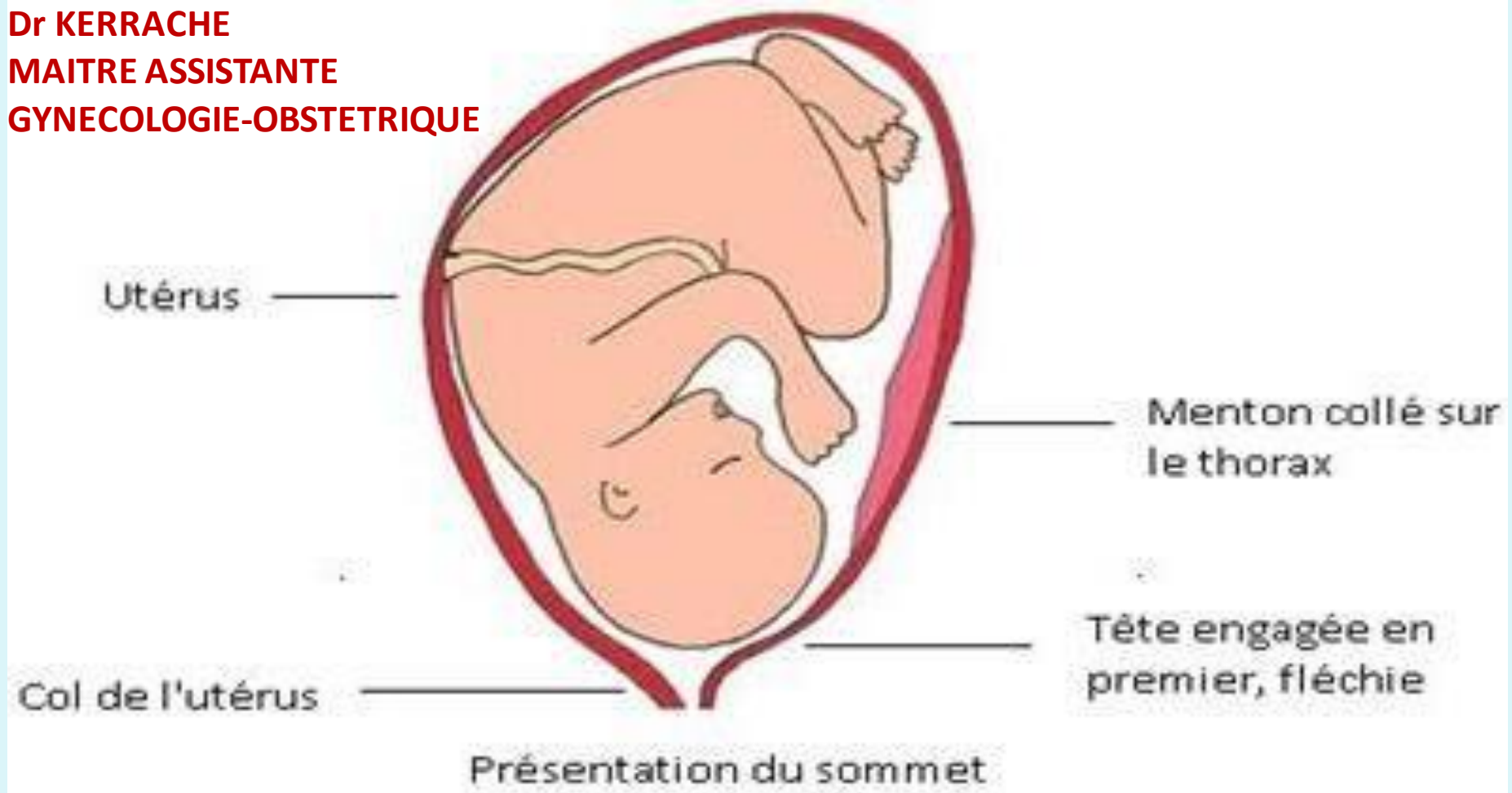


## *Présentation du sommet*

**Dr KERRACHE**  
**MAITRE ASSISTANTE**  
**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE**



# OBJECTIFS :

1. Définir la présentation du sommet
2. Expliquer le mécanisme étiologique de la présentation du sommet
3. Décrire les phénomènes préparatoires à l'engagement en cas de présentation du sommet.
4. Expliquer la mécanique obstétricale de l'accouchement en présentation du sommet en OIGA.
5. Expliquer la mécanique obstétricale dans l'accouchement en présentation du sommet dans les variétés postérieures.
6. Décrire la conduite à tenir lors du dégagement d'un accouchement du sommet

# **PLAN DU COURS**

**INTRODUCTION: notion de la présentation  
éléments en présence;**

**le mobile fœtal  
la filaire pelvienne  
la contraction utérine**

**1DIAGNOSTIC CLINIQUE**

**2ETIOLOGIES**

**3MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT EN PRESENCE DU SOMMET**

**1            1 Le Type de description : La Présentation du sommet en OIGA**

- L'engagement le franchissement du détroit supérieur
- La descente rotation intra pelvienne
- Le dégagement

**2        Les Autres Présentations du Sommet 4- LA**

**CONDUITE À TENIR**

**3-1 Pendant l'engagement 3-2 Pendant**

**le dégagement**

# *Présentation du sommet*

## **Introduction**

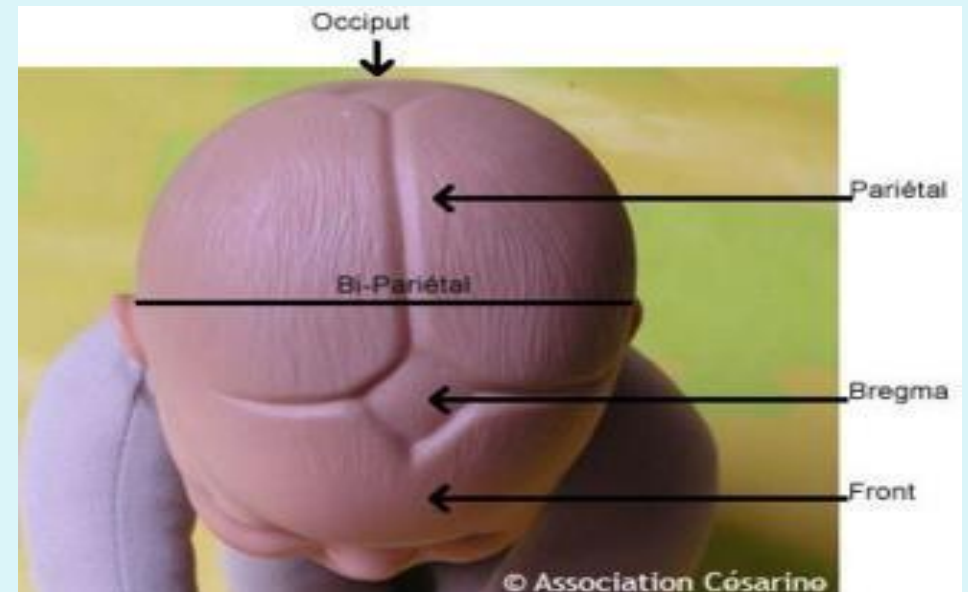
- La présentation est la partie fœtale qui occupe l'aire du détroit supérieur
- La présentation de sommet est la présentation la plus fréquente, la plus favorable et la plus banale, à tel point qu'elle est devenu synonyme de présentation normale.
- Malgré tout, son caractère eutocique ne doit pas faire négliger ou oublier son diagnostic, son mécanisme obstétrical et les paramètres de sa surveillance

## **Intérêt de la question**

- La présentation du sommet est la plus fréquente des présentations
- De 90% des cas (selon Morin en 1965) à 95% (selon l'étude de Body faite entre 1988-1994), la présentation du sommet représente, de loin, la présentation la plus fréquente et eutocique par excellence

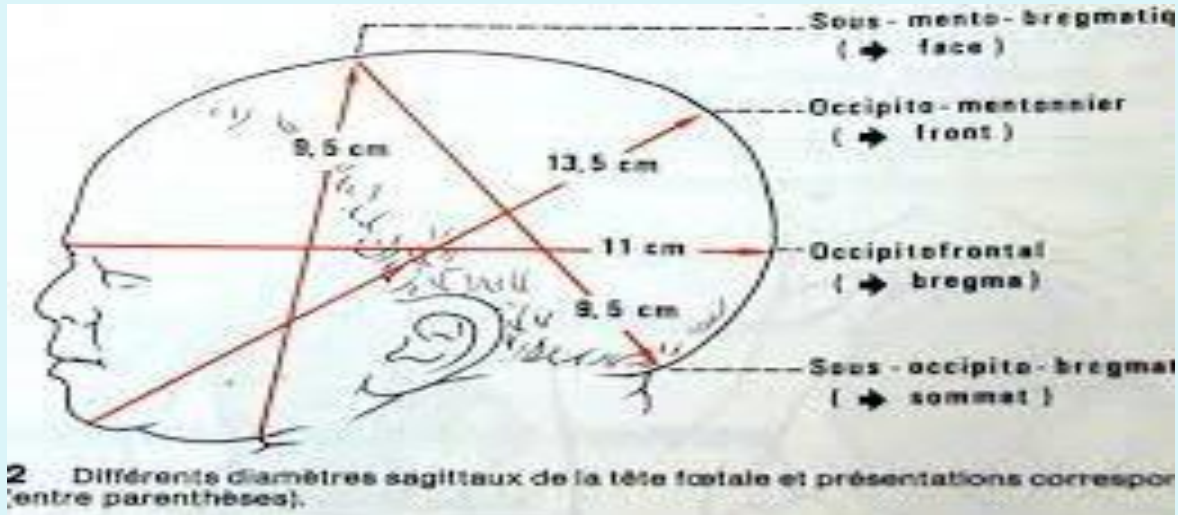
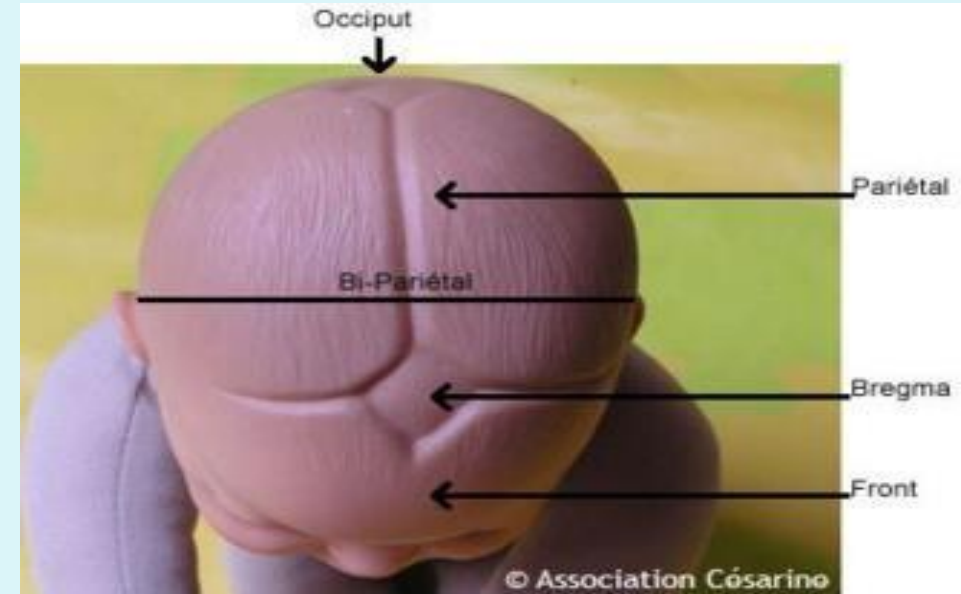
# Etiologie

- La grande fréquence de cette présentation, s'explique par la loi d'accommodation de Pajot énoncée par Pinard : « quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant (utérus puis bassin) est le siège de mouvement et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu (fœtus) tend sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant »
- A cette loi physique, s'ajoute l'attitude naturelle du fœtus humain *in utero* en flexion pour tous les segments du tronc, des membranes, du cou sur le thorax et la tête sur le cou



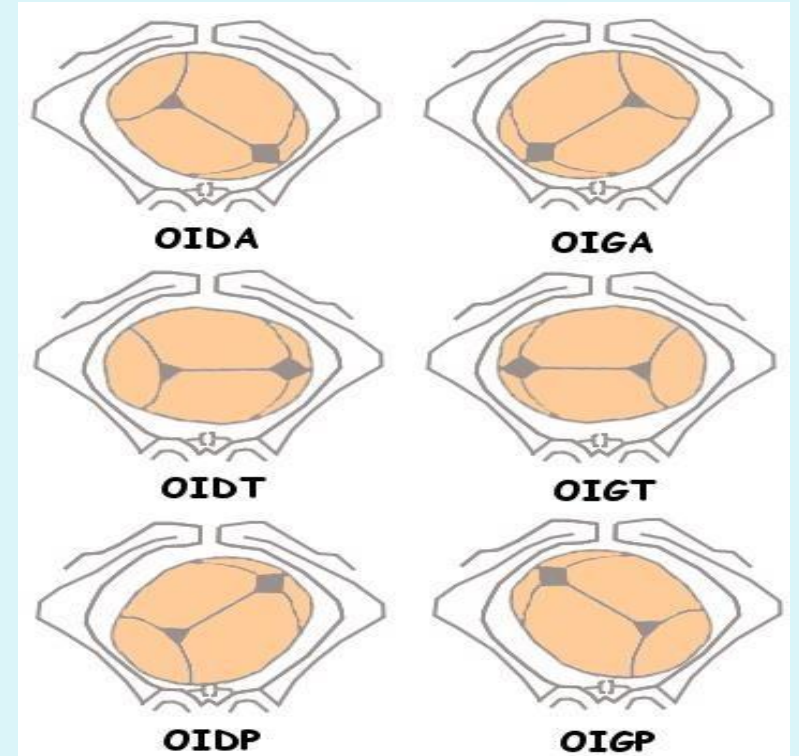
## Caractères de la présentation

- **Repère** : le repère de la présentation est l'occiput, facile à repérer par la petite fontanelle est un carrefour en Y
- **DIAMETRE:C** EST LE DIAMETRE SOUS OCCIPITO-bregmatique qui mesure 9.5 CM



# Variété de position

- La position est la situation qu'occupe la présentation par rapport à un point de repère pris sur le bassin
- La situation de l'occiput, au regard du pourtour de l'excavation pelvienne, précise les variétés de position de la présentation du sommet. Ainsi, suivant l'orientation de la tête, l'occiput se trouvant :
  - **En avant** : vers l'imminence ilio-pectinée
  - **En arrière** : vers le sinus sacro-iliaque
- Quatre variétés de position d'engagement sont possibles :
  - Occipito-Iliaque Gauche Antérieure (OIGA) : 60%
  - Occipito-Iliaque Droite Postérieure (OIDP) : 32%
  - Occipito-Iliaque Gauche Postérieure (OIGP) : 6%
  - Occipito-Iliaque Droite Antérieure (OIDA) : 2%
- Ainsi, les positions antérieures sont les plus fréquentes (70%)
- Le diamètre oblique gauche du bassin est le plus utilisé (92%), ceci est dû au fait que ce diamètre a souvent quelques millimètres de plus que le droit





## Etude clinique

L'examen clinique doit être réalisé dans de bonnes conditions : décubitus dorsal, paroi abdominale relâchée, vessie vide, en-dehors des contractions utérines

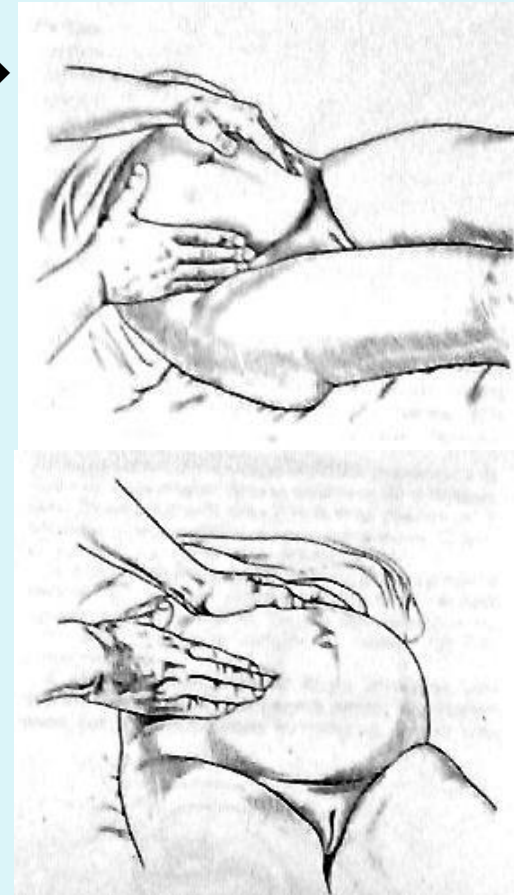
- **Examen abdominal :**

- **Inspection** : elle permet de reconnaître que l'utérus est développé longitudinalement. Il a sa forme ovoïde à grosse extrémité supérieure

➤ **Palpation** : pratiquée dans l'intervalle des contractions utérines, méthodiquement selon les manœuvres dites de Léopold :

▪ **Palpation de la région sus-pubienne** : les deux mains posées à plat palpent le pôle pelvien cherchant par leurs paumes et par la pulpe des doigts à reconnaître à travers la paroi abdominale les reliefs du pôle fœtal . Elle permet de préciser :

- ✓ **Caractères de ce pôle** : s'il est sphérique, dur, régulier → pôle céphalique
- ✓ **Volume de ce pôle**
- ✓ **Son degré de flexion** :
  - ❖ D'un côté, les doigts perçoivent une saillie osseuse, nette, angulaire → le front
  - ❖ De l'autre, les doigts suivent un contour doucement arrondi → l'occiput
  - ❖ Front et occiput ne sont pas sur le même plan horizontal



## ✓ **Son degré de descente et d'engagement :**

- ❖ Si la tête ballotte d'une main à l'autre c'est parce qu'elle est mobile
- ❖ Si la tête ne peut plus être mobilisée, elle est fixée
- ❖ Si l'on ne perçoit plus l'occiput, elle est engagée
- ❖ **Signe de Fabre** : la tête est engagée si la distance entre la saillie acromiale et le bord supérieur du pubis est inférieure à 7 cm, soit quatre travers de doigt

## ■ Palpation du fond utérin :

les doigts, des deux mains, posés à plat sur le fond utérin retrouvent un pôle ayant les caractères suivant : arrondi, plus volumineux que le pôle pelvien, contours moins réguliers, résistance inégale, moins dur que l'extrémité céphalique, en continuité avec le plan du dos, sans sillon intercalaire, moulé par le fond utérin, il ne ballotte pas sauf en cas d'excès de liquide amniotique → pôle podalique. Les membres inférieurs sont perçus sous forme de plus petits volumes, durs et mobiles



le diagnostic de la

- **Palpation des faces latérales de l'utérus** : les deux mains posées à plat sur l'abdomen palpent successivement, de haut en bas, l'un puis l'autre des bords utérins. Elles reconnaissent ainsi :

- ✓ D'un côté, un plan allongé, régulier, ferme et lisse → plan du dos. Il se continue en haut avec le siège, en bas avec la tête dont il est séparé par une dépression séparant le dos du pôle céphalique → sillon du cou. Ce sillon est d'autant plus marqué que la tête est plus défléchie. A proximité du sillon du cou, le moignon de l'épaule et l'acromion peuvent être perçus



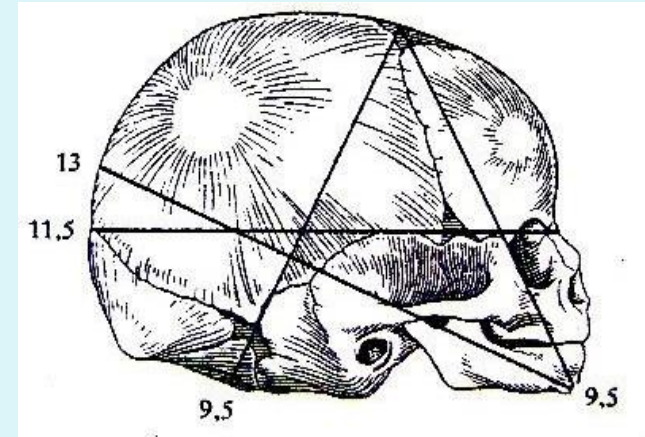
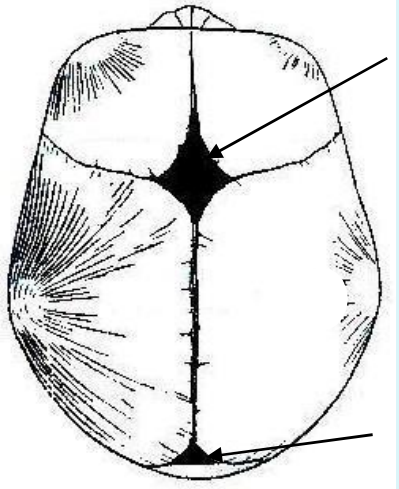
## ➤ **Auscultation des battements cardiaques fœtaux :**

- elle se fait en-dehors des contractions utérines. Le foyer maximum des
- battements se situe un peu au-dessous de l'ombilic, du côté du plan dorsal



- **Examen vaginal** : le toucher vaginal doit être conduit systématiquement et méthodiquement.
- C'est souvent par le toucher vaginal que l'on acquiert la certitude du diagnostic de présentation :
  - **Signes propre de la présentation du sommet** : les doigts intra-vaginaux confirment le diagnostic :
    - **Présentation céphalique** : par la perception de la tête dure, lisse, arrondie
    - **Présentation du sommet** : s'il y a une dilatation cervicale, on perçoit l'occiput et la petite fontanelle

Elle est triangulaire et formée par l'union des sutures interpariétales et des deux sutures inter pariéto-occipitales. Selon la position de cette fontanelle par rapport au bassin maternel on définit les différentes variétés de position:

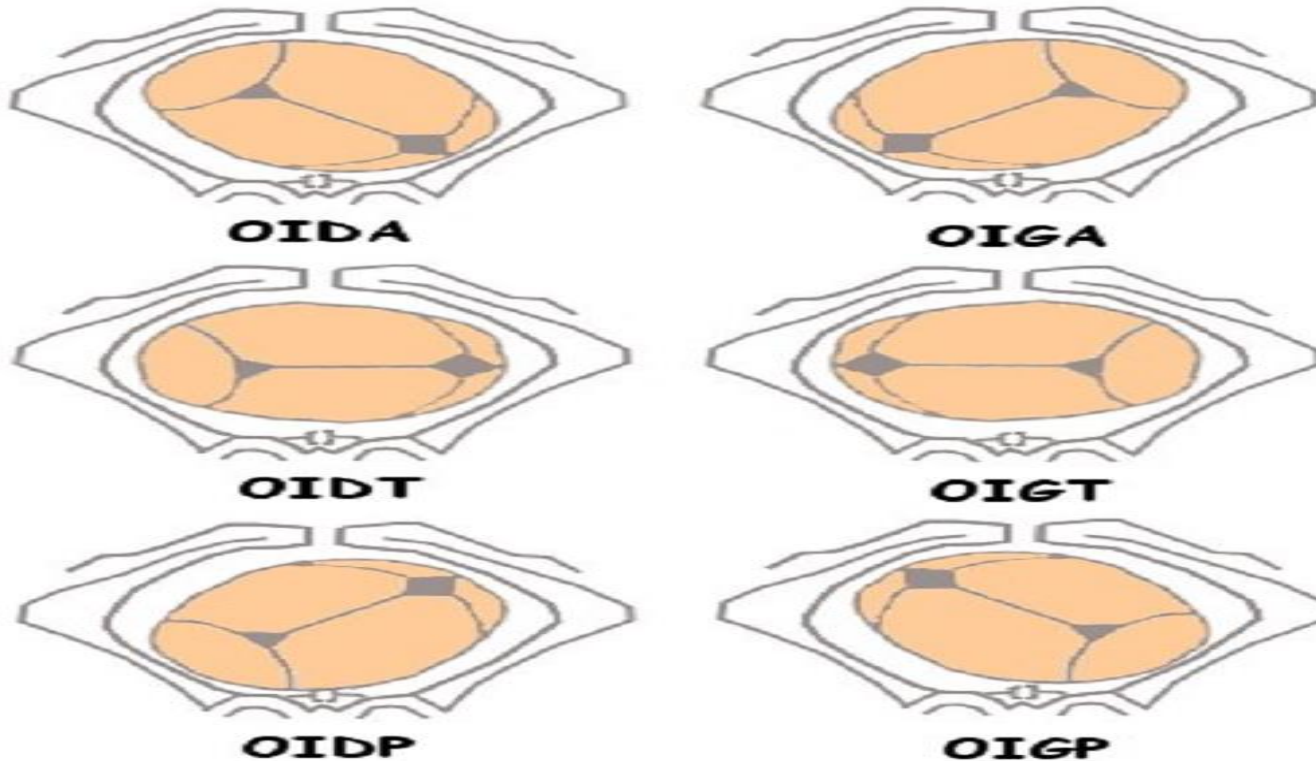


- **Variété de position** : difficile pendant la grossesse, il devient facile au cours du travail lorsque la dilatation est suffisante et les membranes rompues, à moins qu'une bosse séro-sanguine ne se soit développée effaçant sutures et fontanelles. Ainsi, par la direction de la suture sagittale on sait quel diamètre, gauche ou droit, la tête a emprunté, et par la situation de la fontanelle postérieure, en avant ou en arrière :

- ✓ A gauche et en avant : OIGA
- ✓ A droite et en arrière : ODP
- ✓ A gauche et en arrière : OIGP
- ✓ A droite et en avant : OIDA



- ✓ A gauche et en avant : OIGA
- ✓ A droite et en arrière : ODP
- ✓ A gauche et en arrière : OIGP
- ✓ A droite et en avant : OIDA



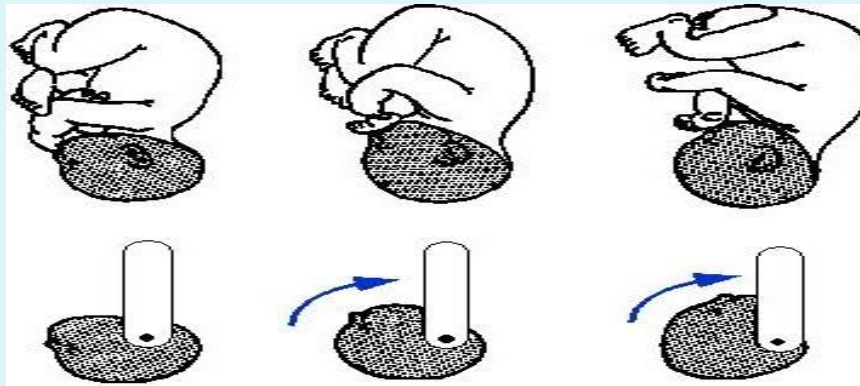
**Degré de flexion** : Plus la fontanelle postérieure est proche du centre du bassin, la flexion, meilleur est le pronostic. C'est le cas habituel dans les **variétés antérieures**

Plus la fontanelle postérieure est reportée excentriquement vers le rebord pelvien alors que la grande fontanelle se rapproche de centre de bassin moins bonne est la flexion

C'est le cas habituel dans **les variétés postérieures**

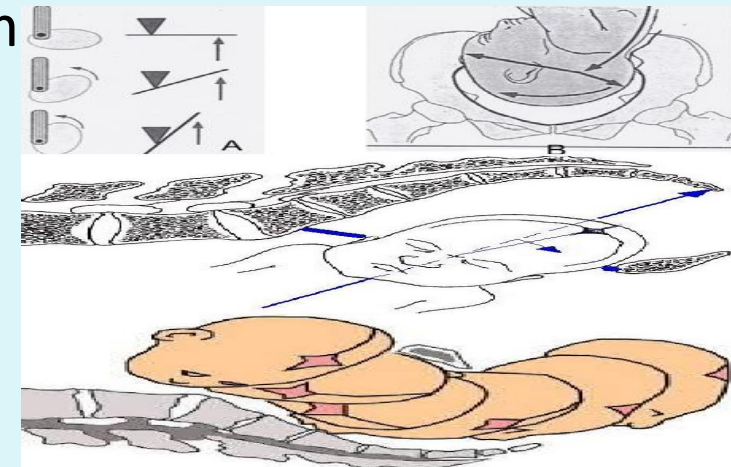
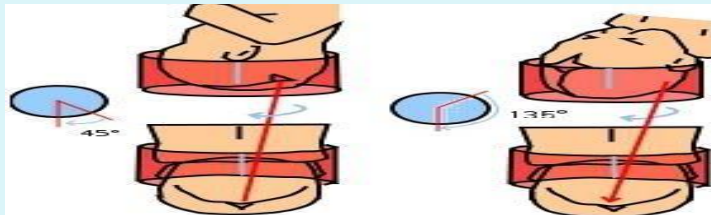
## Etude paraclinique

- **Echographie** : elle permet de vérifier la nature de la présentation, de mesurer le diamètre bipariétal (BIP), d'estimer le poids fœtal et de préciser le siège de l'insertion placentaire. L'appréciation de la variété de position et du degré de flexion est beaucoup plus aléatoire



# Mécanismes de l'accouchement en présentation du sommet

- La traversée du bassin maternel comporte trois étapes qui s'enchainent et se chevauchent et qui se répètent pour chaque segment du corps fœtal (tête, épaule, siège) :
  - Engagement ou franchissement du détroit supérieur
  - Descente et rotation dans l'excavation pelvienne
  - Dégagement ou franchissement du détroit inférieur et du diaphragme périnéal
- Le mécanisme diffère sensiblement <sup>une fois le détroit</sup> suivant que l'occiput se trouve en avant (variété antérieure) ou en arrière (variétés postérieures)
- le diamètre: sous-occipito- bregmatique de 9.5 cm



- **Accouchement dans les variétés antérieures**

- **(type de description : accouchement dans l'OIGA,**

variété la plus fréquente et la plus eutocique)

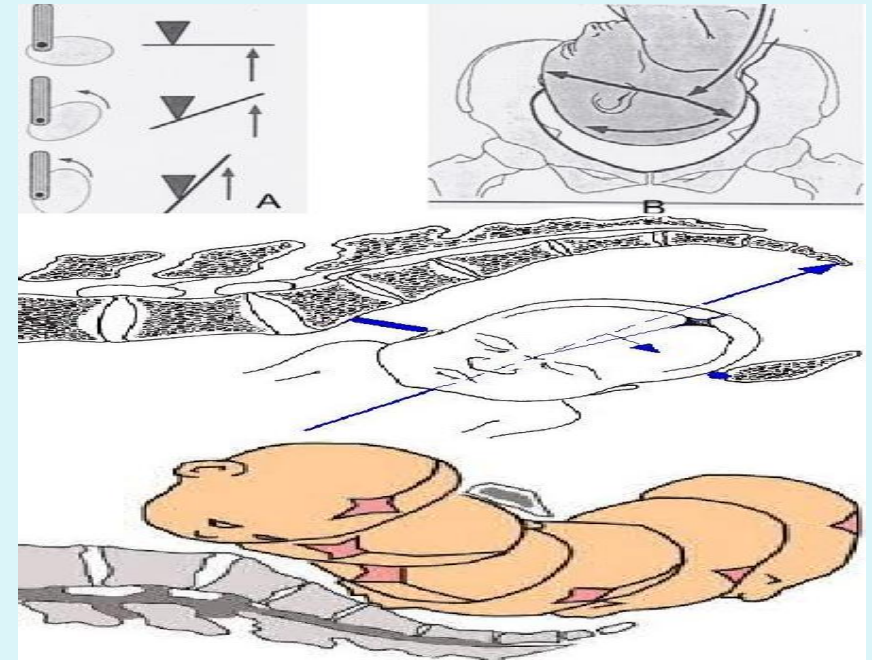
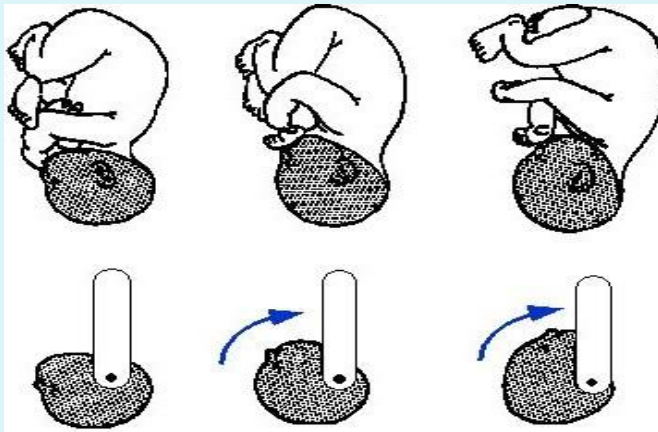
- **Accouchement de la tête** : l'accouchement céphalique est le temps le plus important :

- **Engagement de la tête** : c'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Il peut s'accomplir au début du travail ou avant celui-ci surtout chez la primipare. Il est précédé par 2 phénomènes préparatoires :

- ✓ **Orientation** : du grand axe de la présentation céphalique selon le diamètre oblique gauche du bassin

:

**Amoindrissement** : il est nécessaire car même orienté selon le diamètre oblique de 12 cm sur le squelette, il est sensiblement réduit *in vivo* par les parties molles. L'amoindrissement est assuré par le complément de flexion de la tête fœtale. Au diamètre occipito-frontal de 11.5 cm se substitue le diamètre **sous-occipito- bregmatique de 9.5 cm fœtale** descend au niveau de l'excavation pelvienne, en direction du diaphragme périnéal, et subit une rotation la faisant passer d'un axe oblique à un axe médian antéropostérieur. Descente et rotation peuvent être successives ou se faire simultanément :



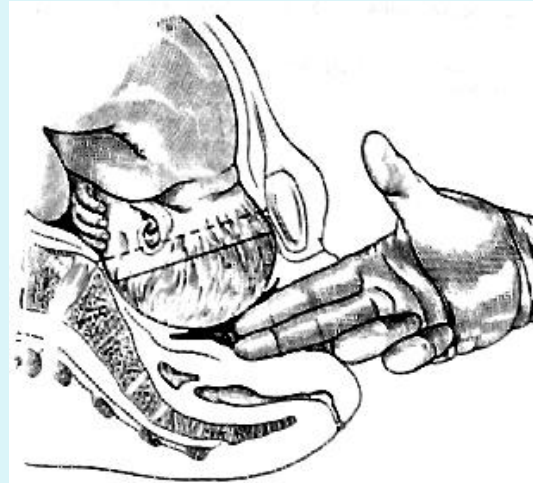


• **Sur le plan clinique :**

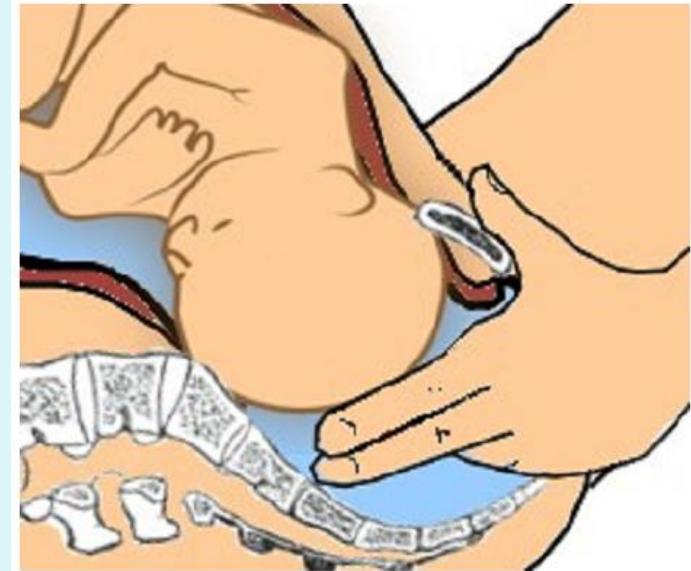
Quand la tête est engagée, au toucher vaginal, les 2 doigts de la main droite dirigés vers le sacrum, ne peuvent pas atteindre la 2ème vertèbre sacrée, car ils rencontrent dans leur progression la présentation : C'est le signe de FARABEUF.



❖ **Tête non engagée**

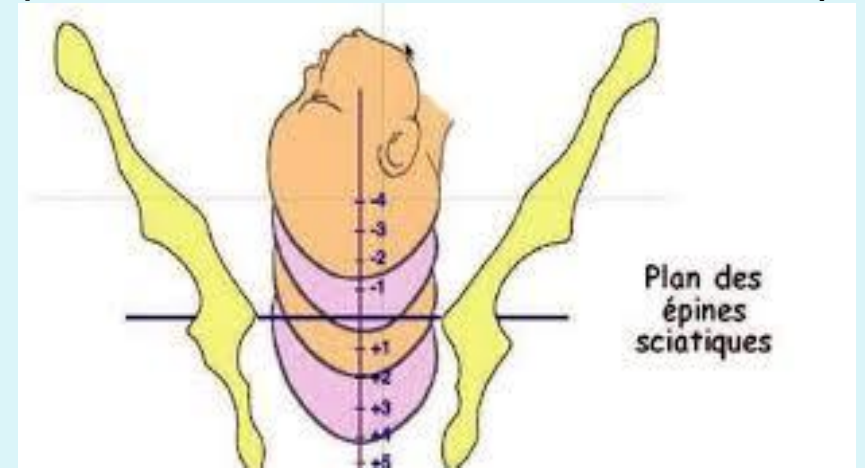


**Tête engagée (Signe de FARABEUF)**



Selon l'altitude de la présentation par rapport à la ligne horizontale passant par les 2 épines sciatiques on définit le degré d'engagement. On dit que la tête est engagée :

- A Zéro (0) : si le vertex atteint cette ligne horizontale.
- A Plus Un (+1) : si le vertex dépasse cette ligne de 1cm
- A Plus Deux (+2) : si le vertex dépasse cette ligne de 2cm
- A Plus Trois (+3) : si le vertex dépasse cette ligne de 3cm
- A Plus un (+4) : si le vertex dépasse cette ligne de 4cm. En ce moment la tête est sur le périnée.
- NB : De la même façon avant que la présentation n'atteigne le plan de cette horizontale, on l'évalue à « -1 » ou « -2 » ou « -3 » selon qu'il lui reste 1 ou 2 ou 3 centimètres pour atteindre cette ligne





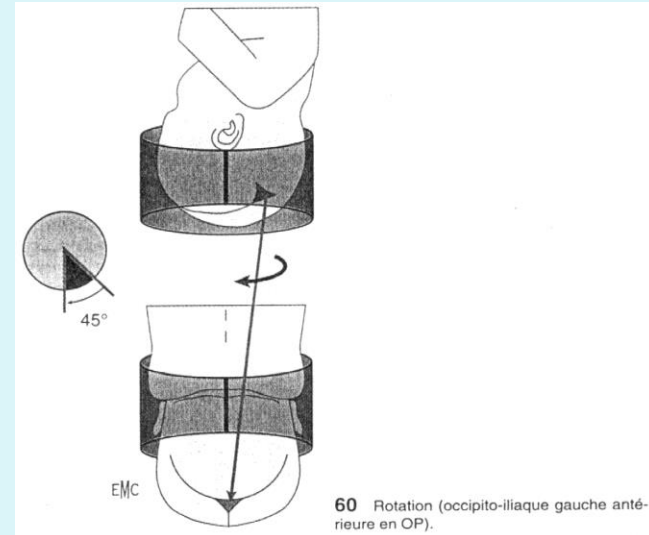
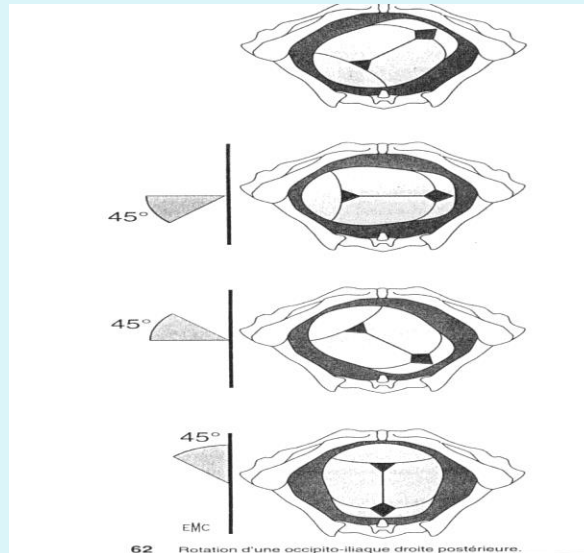
## Descente et rotation :

Le détroit supérieur franchi, la tête fœtale descend au niveau de l'excavation pelvienne, en direction du diaphragme périnéal, et subit une rotation la faisant passer d'un axe oblique à un axe médian antéropostérieur. Descente et rotation peuvent être successives ou se faire simultanément :

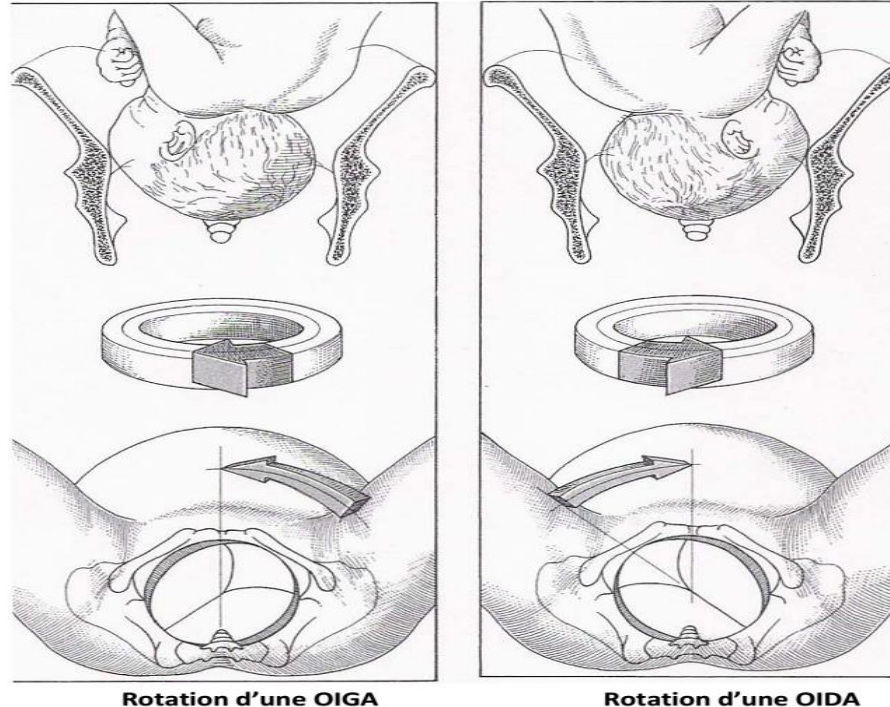
- ✓ **Descente** : la tête descend suivant l'axe ombilico-coccygien. La hauteur de l'excavation est franchie lorsque la grande circonférence céphalique arrive au plan sous-symphysaire. La poussée utérine maintenant en permanence l'occiput contre la symphyse pubienne. La descente se fait sur une hauteur de 5 cm



- ✓ **Rotation** : il s'agit d'une rotation de  $45^\circ$  en avant, en sens inverse des aiguilles d'une montre, soit à la partie haute de l'excavation, soit à la partie basse, soit plus souvent par un mouvement spiral
- ✓ Au terme de la descente, la présentation céphalique fléchie se trouve donc au- dessous du plan sous-symphysaire, son grand diamètre orienté selon l'axe antéro-postérieur, occiput en avant, en occipito-pubien



toutes les variétés antérieures tournent en avant en  
occipito-pubienne après **une rotation de 45°**  
**+dans le sens des aiguilles d'une montre pour les**  
**OIDA**  
**+dans le sens inverse des aiguilles d'une montre**  
**pour les OIGA**



- **Dégagement** : arrivé au détroit inférieur, l'occiput se trouve donc en regard du pubis maternel. Le dégagement se fait en occipito-pubien. Il comporte 3 phénomènes simultanés :
  - ✓ **Changement de direction de la progression de la tête** : l'axe de progression, dirigé vers le bas et arrière pendant la descente, se redresse au moment du passage du détroit inférieur. Sur la femme en position couchée, il devient horizontal puis oblique en avant lors du passage de l'anneau vulvaire
  - ✓ **Changement de l'attitude de la tête** : il se fait en 2 étapes :
    - ❖ **Complément de flexion** et le front venant buter contre la face antérieure du sacrum, la flexion s'accroît ; cet amoindrissement permet à la tête hyper-fléchie de continuer quelque peu sa progression jusqu'à ce que le sous-occiput se fixe au bord inférieur de la symphyse pubienne
    - ❖ **Déflexion** : le sous-occiput se fixe sous la symphyse pubienne puis marque un léger temps d'arrêt, la tête se défléchit ensuite progressivement, la nuque prenant point d'appui sous la symphyse pubienne



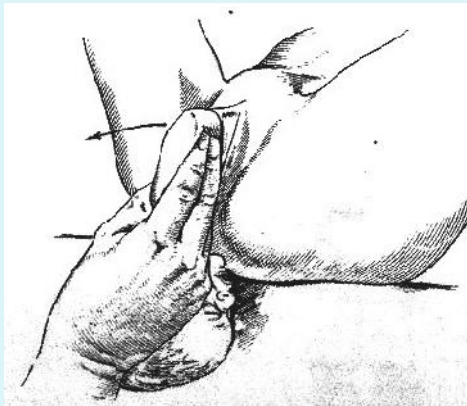
## ✓ **Ampliation du périnée :**

peut se décomposer en 3 temps

:

- ❖ **Distension du périnée postérieur** : région ano-coccygienne, coccyx rétro pulsé + orifice anale béant et étalé encore plus à chaque contraction utérine, la tête commence à apparaître à la vulve mais disparaît dans l'intervalle
- ❖ **Distension du périnée antérieur** : progression horizontale de la tête se poursuivant, elle distend à son tour le périnée antérieur qui se moule sur la présentation, tandis que l'orifice vulvaire s'horizontalise puis regarde en haut
- ❖ **Distension de l'orifice vulvaire** : sous la pression devenu ascendante de la tête, libérant successivement le front, nez, la bouche et le menton

- **Accouchement des épaules** : l'accouchement des épaules se déroule sans problème, du moins si le fœtus est de dimensions normales
  - **Engagement** : le diamètre bis-acromial s'amointrit par tassement, et s'oriente dans le diamètre oblique opposé à celui emprunté par la tête soit l'oblique droit dans le cas de l'OIGA et s'engage en même temps que la tête se dégage
  - **Descente et rotation** : amènent l'épaule droite dans la symphyse
  - **Dégagement** : s'effectue par un mouvement de l'épaule antérieure, achève son dégagement par glissement
- **Accouchement du siège** : encore plus facile, le diamètre bi-trochantérien suit le même mécanisme que le bis-acromial



❖ **Accouchement de l'épaule antérieure**



❖ **Accouchement de l'épaule postérieure**

- **Accouchement dans les variétés postérieures :**

- plus rares que les variétés antérieures, l'accouchement des variétés postérieures a des particularités et des difficultés assez propres pour que son mécanisme mérite d'être distingué de celui des accouchements de variétés antérieures, l'accouchement en variété postérieure la plus fréquente est OIDP

- **Accouchement de la tete:**

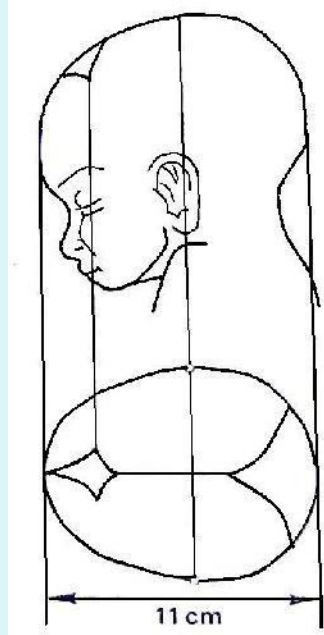
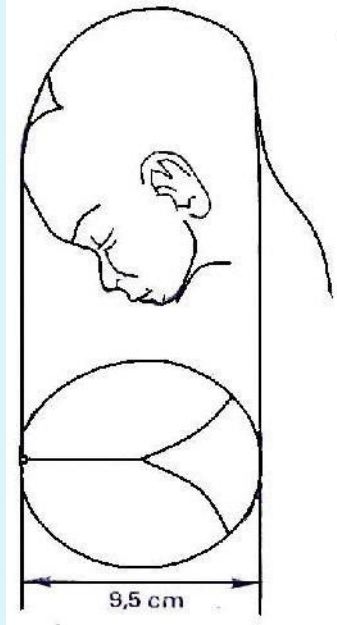
- **L engagement:** il est précédé par les deux phénomènes préparatoires

L'orientation :elle s'oriente selon le diamètre oblique gauche du bassin ,l'occipute en arrière au regard du **sinus sacro iliaque droit** La courbure du front s'adapte moins a l'arc antérieur du bassin

L' amoindrissement :la flexion de la tête est moins bonne

**Descente est rotation :**





### ❖ Présentation du sommet bien fléchi

*Fontanelle postérieure au centre du bassin*

### ❖ Présentation du sommet mal fléchi

*(Les deux fontanelles sont perceptibles)*



la grande majorité des postérieures tourne aussi en avant mais après une **grande rotation de 135° (3/8° de cercle)**

**+dans le sens des aiguilles d'une montre pour OIDP**

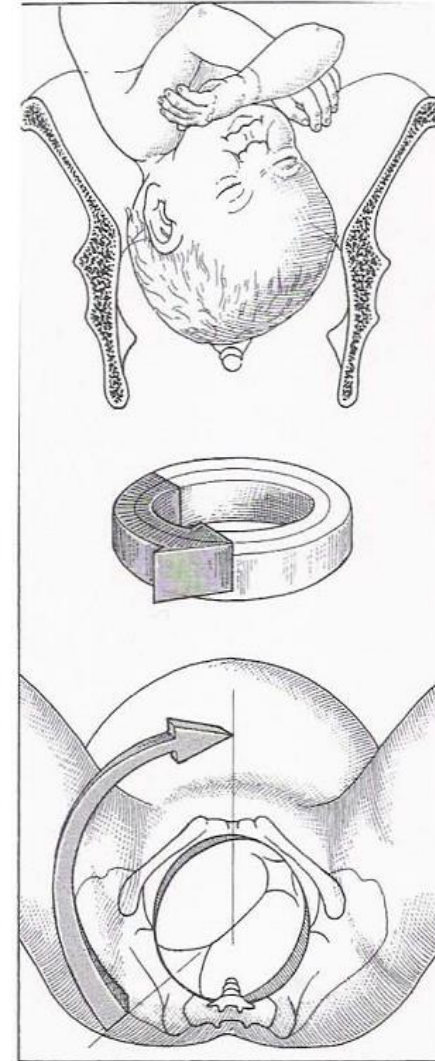
**+dans le sens inverse des aiguilles d'une montre pour OIGP**

**Degagement:** le plus souvent en occipito pubien soit plus rarement en occipito sacre qui plus complexe s'effectue en trois temps selon un mouvement en s

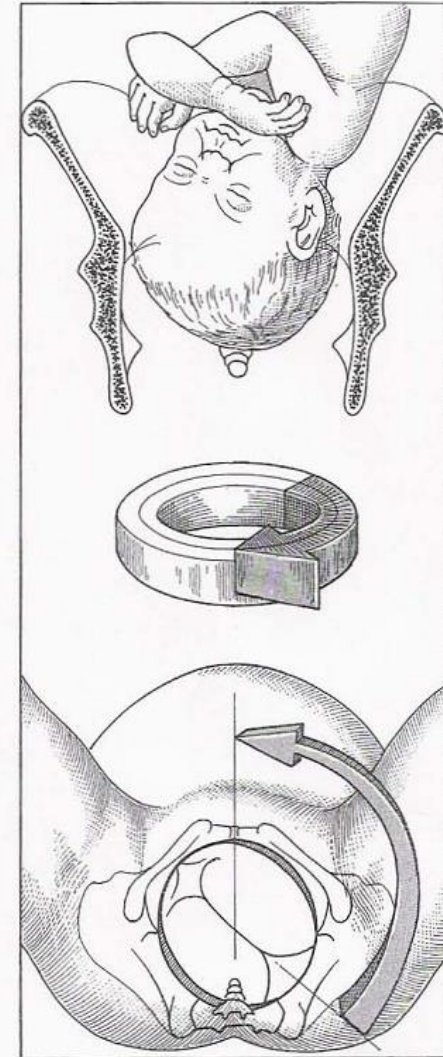
**complement de descente par flexion de la tete**

**degagement par flexion :** ce mouvement amène le sous occiput a la commissure post de la vulve qu'il franchit a force brutalement au risque de provoquer des déchirures

**Complement de degagement par deflexion :** la nuque au contact de la commissure post de la vulve pour déflexion qui dégage le front ,le nez, la bouche et le menton

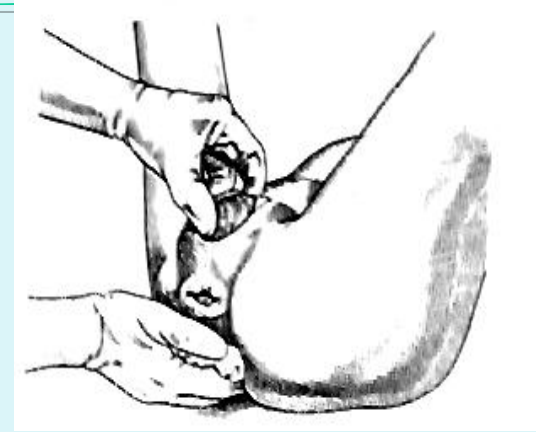


Rotation d'une OIDP



Rotation d'une OIGP

Dans les variétés postérieures OIDP et GP, les déchirures du périnée sont fréquentes. Il faut pratiquer très rapidement une épisiotomie dès le couronnement vulvaire.



❖ Début de l'ampliation du périnée

❖ Ampliation franche du périnée



❖ Tête fœtale au couronnement vulvaire.  
*C'est à ce stade qu'il faut pratiquer l'épisiotomie*



❖ Les différentes épisiotomies

### **3- LA CONDUITE A TENIR**

#### **3 -1 Pendant l'engagement**

Il faut surveiller la patiente, le degré de dilatation du col et la descente de la présentation ainsi que sa rotation au toucher vaginal. Les paramètres du travail sont consignées sur une fiche de surveillance standard appelée PARTOGRAMME.

#### **3 -2 Pendant le dégagement**

La patiente est installée en position gynécologique les pieds dans les étriers, les fesses au bord de la table. Les efforts expulsifs doivent être synchrones des contractions utérines. C'est pendant les contractions utérines seulement qu'il faut demander à la femme de pousser selon une séquence classique : « inspirer, bloquer, pousser, expirer ». Quand la tête commence par franchir l'anneau vulvaire la main de l'accouchement est posée à plat sur le sommet du crâne fœtal sur lequel il appuie légèrement ; ceci dans le but d'éviter une expulsion brutale. La main droite par l'intermédiaire d'une compresse protège le périnée et aide à une déflexion douce et progressive de la tête foetale.

La tête sortie, on procède à la rotation de restitution des épaules sus décrite, on dégage l'épaule antérieure puis l'épaule postérieure.

On conseille que la durée de la phase de dégagement ne dépasse pas 30mn ; sinon on procède à une extraction instrumentale (le forceps ou la ventouse).

## **Conclusion**

La présentation du sommet est la plus fréquente et la plus eutocique des présentations (surtout dans sa variété OIGA). Le fœtus fait correspondre les différents diamètres de sa tête bien fléchie avec les plus compatibles du petit-bassin maternel. Le franchissement du canal pelvi-génital par le fœtus se fait selon la progression : engagement, descente, rotation, dégagement. Dans les variétés antérieures le dégagement est en général facile et se fait en occipito-pubien. Dans les variétés postérieures de la présentation du sommet, le diamètre d'engagement se trouve légèrement augmenté, le travail un peu long et le dégagement se fait en occipito-sacré. Le rôle de l'accoucheur est de surveiller la dilatation cervicale et la descente du mobile fœtal ; et d'aider à un dégagement facile.