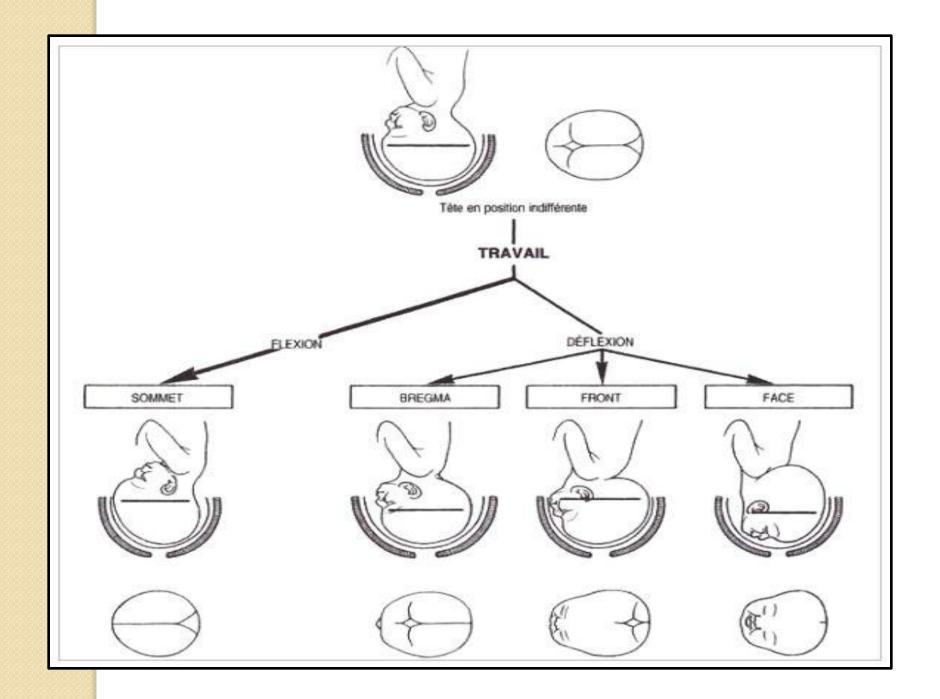
Les présentations défléchies

Réalisé par: Dr.Titah.

GENERALITES

- Les présentation défléchies: Les présentations céphaliques avec tête défléchie.
- Classification de Burger:
 déflexion I/3= présentation bregma.
 - déflexion2/3=présentation front. déflexion3/3=présentation face.



- Présentations très rares : moins de 1%.
- conséquence d'une mauvaise accommodation foeto –pelvienne:
 * maternel.
 - * annexiel.
- Diagnostic positif : au cours du travail.
- Diagnostic differenciel : Présentation siège.
- Présentations face et bregma: voie basse.
- Présentation front : césarienne.

Etiologies

Facteurs maternels

Facteurs fœtaux

Facteurs ovulaires

Facteurs maternels:

- la multiparité : 60-70%.
- bassin rétrécis.
- Déformation de la cavité utérine: fibromes, tumeur pelvienne.

Facteurs fœtaux:

- macrosomie 10-15%, et hypotrophie.
- Tumeurs: goitre, Tm thymiques.
- Anencéphalie, dolichocéphalie.
- Hypertonie cong des muscles du cou, spina bifida.

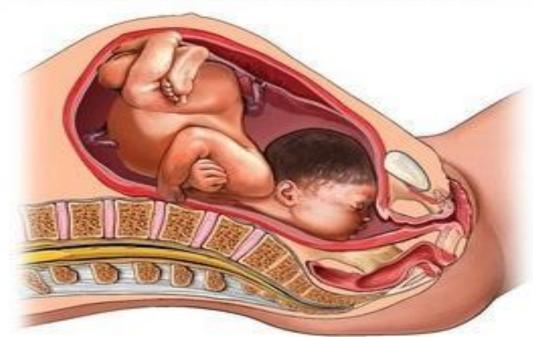
Facteurs annexiel:

- Placenta preavia 1,3%.
- Anomalies du cordon: circulaire 17-20%, court.
- Hydramnios: 6-7%.

Idiopathique.

Présentation de face:

FACE PRESENTATION



Définition:

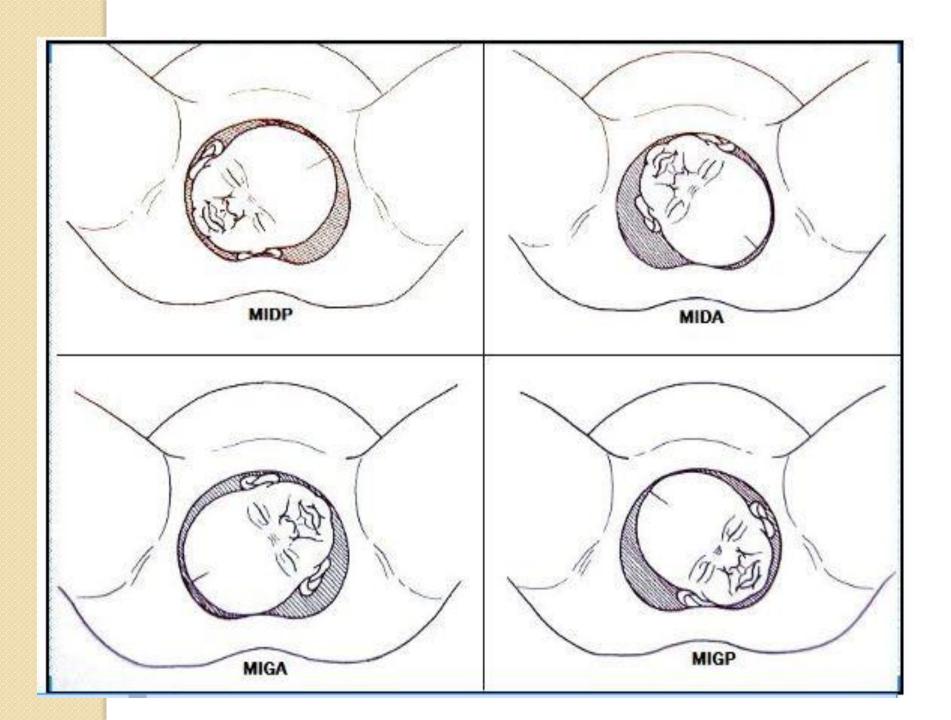
Présentation céphalique en déflexion maximale, amenant l'occiput contre le plan du dos.

caractéristiques

- Pronostic moins favorable/sommet.
- Fréquence : 0, I 0,3%.
- Repère de la présentation : menton.
- Variétés de position: mento -iliaque gauche antérieure (MIGA) mento -iliaque droite antérieure (MIDA) 65%

mento –iliaque droite **postérieure** (MIDP) mento -iliaque gauche **postérieure**(MIGP) 26%

mento -iliaque gauche ou droite transverses 9 %



Diagnostic

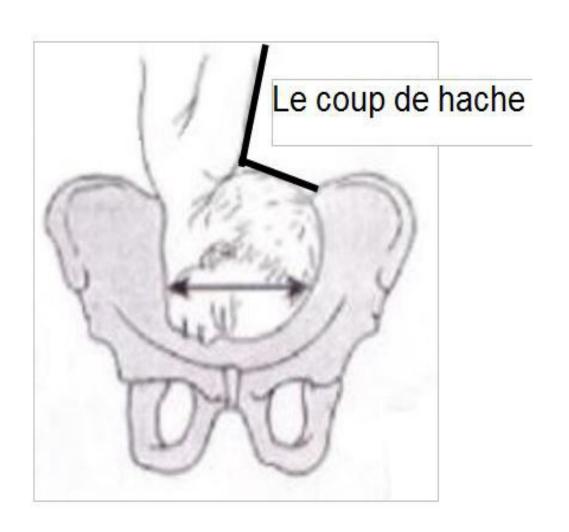
Examen clinique

Pendant la grossesse :

- le diagnostic clinique de la face est difficile
- découverte fortuite lors d'examens échographiques en fin de grossesse.
- Situation primitive est transitoire.

L'examen obstétrical

- inspection: présentation longitudinale.
- palpation:
 - une présentation haute mais peu mobile
 - au-dessus de la symphyse pubienne, une saillie osseuse régulière arrondie débordant la sp ≪ occiput ≫, qui délimite avec le dos en hyper lordose un sillon en coup de hache.
 - fond utérin est occupé par le siège.
 - latéralement, la perception du dos n'est nette qu'au voisinage du siège.



- Auscultation:
 - les bruits du cœur sont nettement perçus du coté opposé au plan du dos.
- TV: présentation céphalique haute et mobile avec un SI épais.

Au cours du travail:

Le toucher vaginal

- diagnostic facile (membranes rompues avec col dilate).
- Centre: le nez.
- D' un cote : les arcades sourcilières et le front
 - (la gde fontanelle n'est jamais sentie).
 - De l'autre coté : menton.

Examen paraclinique:

- Radiographie:
 - hyper lordose dorso -lombaire.
- Echographie:
 - étude morphologique fœtale et recherche des malformations.
 - viabilité et biométrie fœtales.
 - localisation placentaire et quantité du liquide.

Diagnostic différentiel:

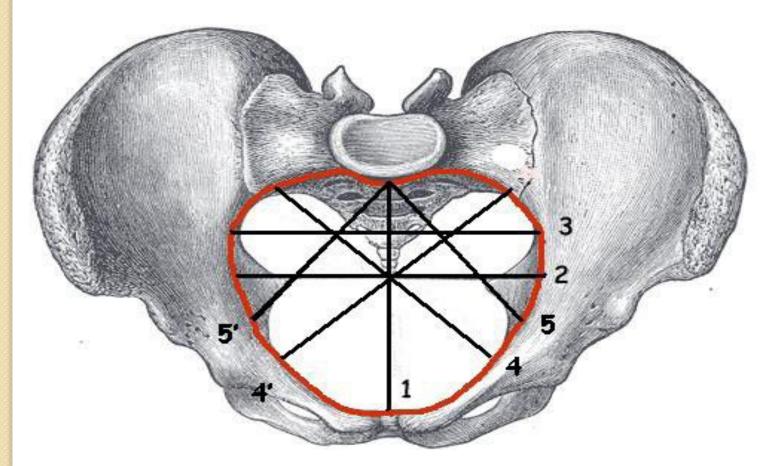
- Présentation siège.
- Présentation du front (la gd fontanelle).
- Anencéphalie.

Mécanisme de l'accouchement:

Phénomènes mécaniques:
 <u>l'engagement:</u>

*phénomènes préparatoires

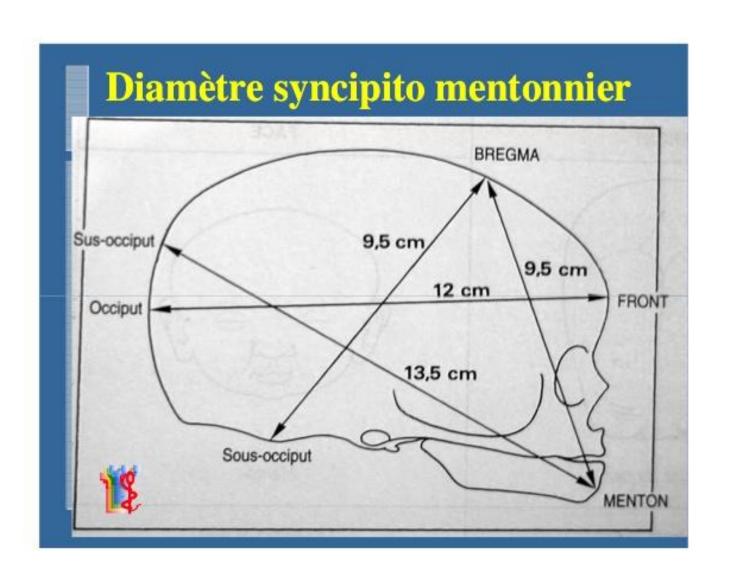
l'orientation du diamètre syncipito –mentonier (13,5cm), dans l'un des 2 diamètres obliques Ou le diamètre transverse.



I = Promonto-Rétro-Pubien (PRP) = 10,5 à 11 cm; 2 = Transverse médian (TM) ou utile = 12 cm à 12,5

cm; 3 = Transverse maximal = 13,5 cm; 4 et 4' = Diamètres obliques gauche et droit = 12,5 cm à 13 cm;

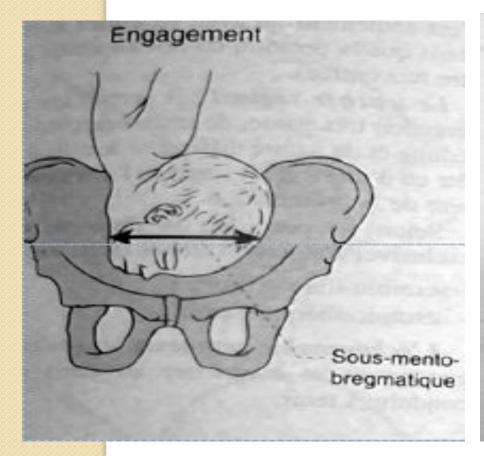
5 et 5' = diamètre sacro-cotyloïdien gauche et droit = 9 cm

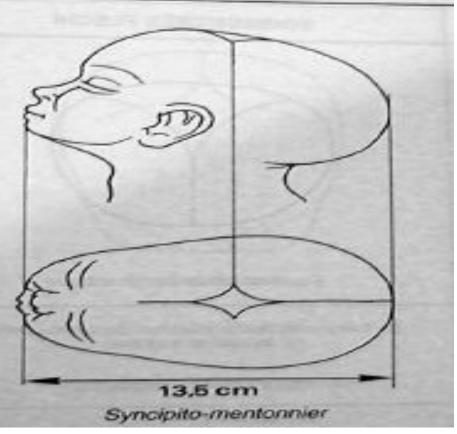


- * l'amoindrissement: de la déflexion .
- -bregmatique=

9,5cm.

- exagération
- diamètre sous Mento

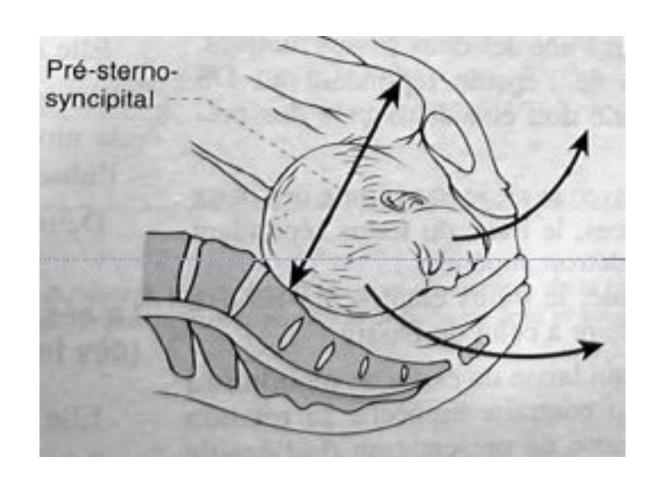


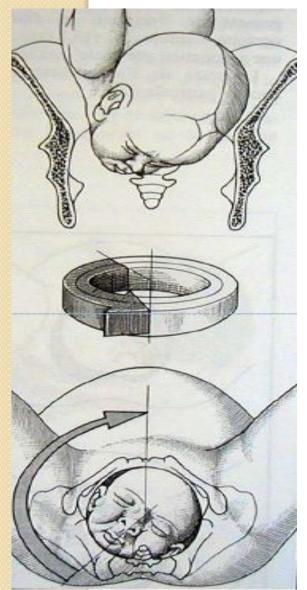


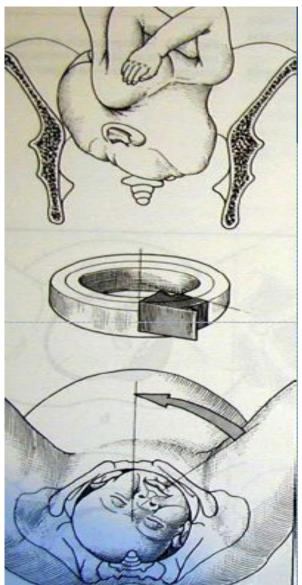
- * l'engagement proprement dit:
 - Facile au debut.
 - Limite après une courte progression suite a la solidarisation de la tête et du dos amenant au détroit supérieur le diamètre syncipito -presternal (13,5 a 15 cm).

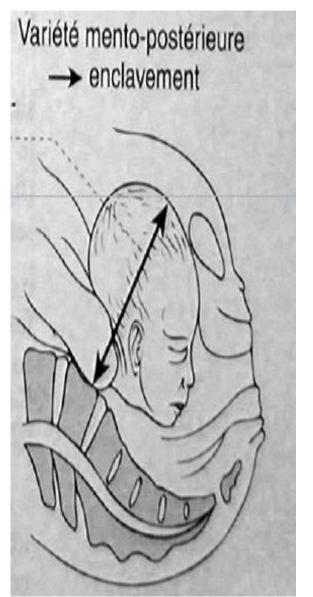
2- Descente et rotation:

- Dans la descente le menton s' échappe sous la symphyse pubienne.
- la rotation en avant permette le dégagement.
- la rotation en arrière provoque l'enclavement de la tête.









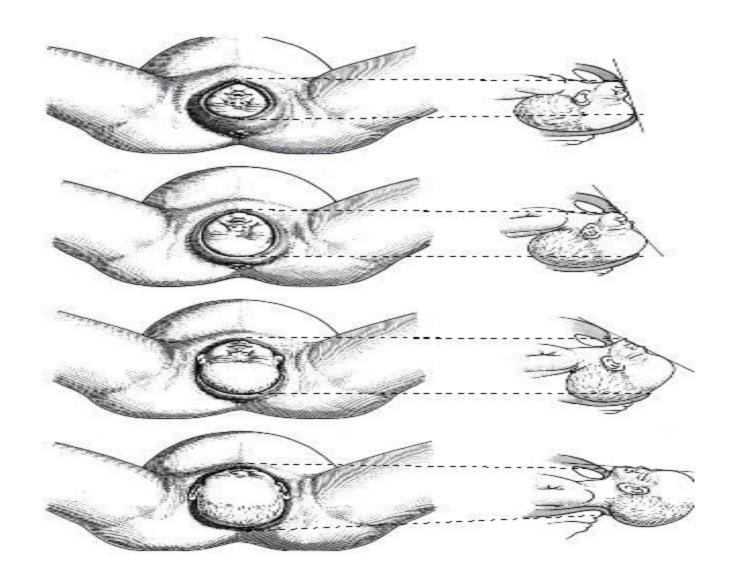
3-Le dégagement:

- le menton

se fixe sous la symphyse

pubienne . - le dégagement se fait par mouvement de flexion .

successivement: la bouche, le nez, le front, le bregma et l'occiput.
 l'accouchement des épaules et du siège est identique a la présentation du sommet.



- Phénomènes dynamique :
 - travail long.
 - dilatation trainante (présentation haute).
 - PDE reste bombonte et se rompe précocement.

Phénomènes plastiques:

 BSS: joues, lèvres, paupière, et
 respecte le nez.
 dolichocéphalie passagère.
 attitude d'opisthotonos avec forte
 lordose vertébrale.
 raucité du cri (œdème laryngé).







Evolution /complications:

- * l'enclavement:
 - dystocie grave.
 - tête bloquée a la partie basse de l'excavation.
 - variétés post et transverse.
 - mort fœtale.
- * défaut d'engagement.
- * trauma vulvo-vaginales et la rupture utérine.
- * changement de la présentation de face en présentation de front.

Conduite a tenir:

- La présentation de face est la plus eutocique des présentations défléchies.
- Ne pas intervenir systématiquement .
- Laisser se dérouler le travail naturellement, sous étroite surveillance
 - surveillance de la mère et du fœtus.
 - éviter la rupture précoce et artificielle des membranes.
 - l'épisiotomie est systématique.

En cas de complications césarienne

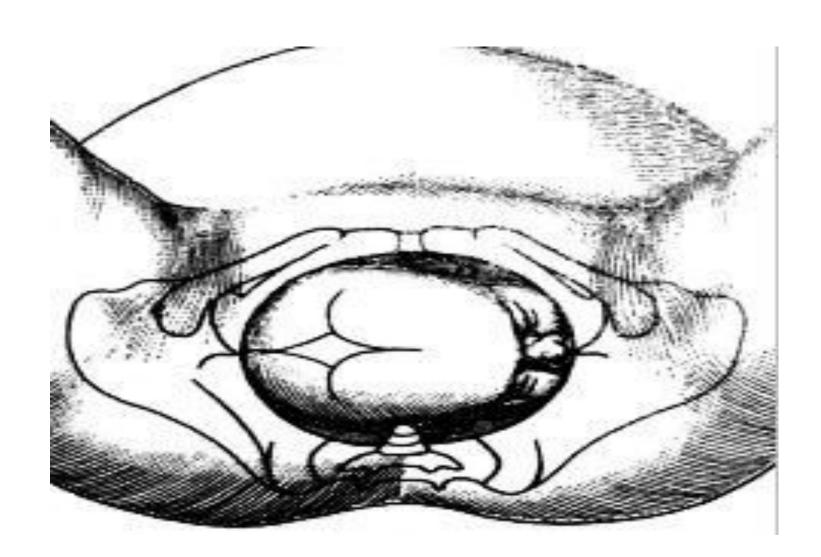
Césarienne:

- anomalies du bassin.
- macrosomie fœtale.
- parties molles résistantes, et périnée cicatriciel.
- utérus cicatriciel.
- placenta prævia.
- RPM de plus de 12h.

Pronostic:

- Pronostic maternel:
 - bon, mortalité nulle et morbidité et presque la même que pour le sommet.
- Pronostic fœtal:
 risque de morbi mortalité +++:
 variété postérieur ou transverse. RPM.
 - stagnation de la dilatation et/ou arrêt de progression.
 - -l'extraction instrumentale.

La présentation du front



GENERALITES

- Présentation céphalique en déflexion partielle (2/3).
- Elle a été décrite par Lacomme comme une « présentation où la déflexion partielle du pôle céphalique fixe de façon définitive et fait pénétrer dans le détroit supérieur une partie plus ou moins voisine du front ».
- Présentation hautement dystocique
- Diagnostic au cours du travail, il doit être aussi précoce que possible, permettant de poser l'indication d'une césarienne qui évite les complications fœto-maternelles.

Diagnostic

La clinique

- Inspection: présentation longitudinale.
- Palpation: la palpation du pole inferieur de l'utérus retrouve une présentation haute et peu mobilisable.
 les doigts perçoivent d'un cote, la saillie anormale de l'occiput séparée du plan du dos par un sillon en coup de hache; de l'autre cote la saillie en fer a cheval du menton.

Au niveau du fon utérin :perception d'une masse irrégulière ,volumineuse le siège.

 L' auscultation: les bruit du cœur sont perçus au dessus de l'ombilic.

Le toucher vaginale:

- On perçoit la grande fontanelle excentrée.
- le front déformé (il tend a vouloir descendre dans l'excavation)
- la racine du nez
- les arcades sourcilières et les globes oculaires.
- On ne perçoit jamais le menton ni la petite fontanelle.

Examens complémentaires:

posent le diagnostic et éliminent une anomalie fœtale (anencéphalie ou hydrocéphalie)

- -Radiographie du contenu utérin.
- -Echographie.

MECANIQUE OBSTETRICALE

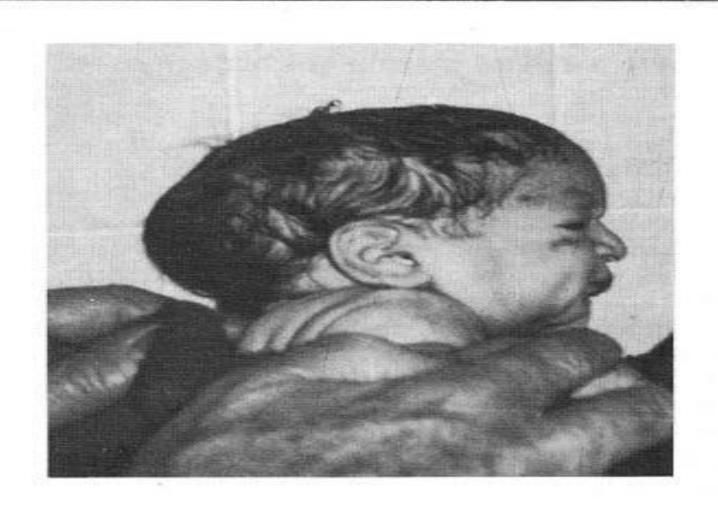
- -Le repère de la présentation du front est le nez.
- -Les variétés nasotransverses sont les plus fréquentes
- Le diamètre présenté au DS est le diamètre syncipitomentonnier 13,5 cm; supérieur au diamètres du DS.
- -Engagement impossible, tassement et modelage, arrêt de progression et blocage.

Conduite a tenir

 Le diagnostic d'une présentation de front doit conduire a une extraction par césarienne avant l'installation des complications

pronostic

- Le pronostic maternel et fœtal est bon en cas de diagnostic a temps.
- En l'absence d'une intervention immédiate, il est très mauvais:
 - Une souffrance fœtale aboutissant la mort du fœtus.
- La mère risque;
 - Une hémorragie du post partum immédiat ;
 - Rupture utérine
 - Lésions vesicovaginale
 - Mort maternelle.



Déformation de la tête fœtale par une présentation du front

La présentation du bregma

GENERALITES

- Présentation céphalique en légère déflexion (1/3).
- La grande fontanelle constitue le point déclive de la présentation.
- le repère de la présentation est le front, on distingues les variétés fronto iliaque droites ou gauches, antérieures ou postérieures

(les variétés ant sont de loin les plus fréquentes 80%).

DIAGNOSTIC

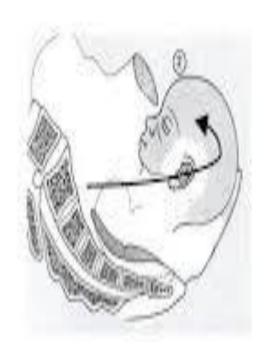
- Au cours du travail.
- TV: grande fontanelle au centre du DS.
 La racine du nez en périphérie La petite fontanelle n'est jamais perçue.
- Diagnostic différenciel:
 sommet en OS.
 Front.

MECANIQUE OBSTETRICALE

- Le diamètre d'engagement est l'occipito -frontal (11,5 a 12 cm).
- La présentation s'oriente dans un des diamètres obliques ou dans le diamètre transverse du détroit supérieur.
- L'amoindrissement se fait par tassement de tous les diamètres de la tête.
- l'occiput descend et effectue une rotation amenant la racine du nez sous la symphyse pubienne qui sera le point de pivot.

Le dégagement s'effectue au départ par une flexion de la tête autour de l'axe formé par la racine du nez et la symphyse pubienne permettant de dégager le front, le bregma et l'occiput puis il y a déflexion avec le sous occiput prenant appui sur la fourchette vulvaire permettant le dégagement du nez, de la bouche et du menton.







CONDUITE A TENIR

- Le bregma est une présentation potentiellement dystocique.
- Il est important de réaliser un diagnostic précoce car l'apparition d'une bosse sero -sanguine peut la faire méconnaitre.
- La poche des eaux sera respectée le plus longtemps possible.
- La dilation est plus longue et les lésions périnéales plus fréquentes.
- En cas d'évolution défavorable la césarienne s'impose.

Références:

- Pratique de l'accouchement.
- Précis d'obstétrique.
- Cours de liere année.

merci