

PRESENTATIONS DEFLECHIES :
Face, Bregma, Front &
PRESENTATIONS
TRANSVERSESES : Transversales,
obliques et de l'épaule

Comité éditorial de l'UVMaF

2014

Table des matières

Introduction.....	3
1. La présentation de la face.....	3
1.1. Introduction.....	3
1.2. Étiologies.....	4
1.3. Diagnostic.....	4
1.4. Mécanisme de l'accouchement [5].....	5
1.4.1. Accommodation.....	5
1.4.2. Rotation sus-pelvienne et descente.....	5
1.4.3. Dégagement.....	6
1.5. Conduite à tenir pendant le travail et l'accouchement.....	6
2. La présentation du bregma.....	7
2.1. Introduction.....	7
2.2. Étiologies.....	7
2.3. Diagnostic.....	7
2.4. Mécanique obstétricale et conduite à tenir.....	7
2.4.1. Mécanique obstétricale.....	7
2.4.2. Conduite à tenir.....	8
3. Le front.....	8
3.1. Introduction.....	8
3.2. Etiologie.....	8
3.3. Diagnostic.....	9
3.4. La mécanique obstétricale.....	9
3.5. Conduite à tenir.....	9
4. Les présentations transversales et obliques.....	10
4.1. Définition.....	10
4.2. Etiologie.....	11
4.3. Diagnostic.....	11
4.3.1. Examen abdominal :.....	11
4.3.2. Auscultation :	11
4.3.3. Toucher vaginal	11
4.3.4. Echographie.....	11
4.4. Conduite à tenir.....	12
4.4.1. Pendant la grossesse	12
4.4.2. Pendant le travail.....	12
4.5. L'épaule négligée.....	12
5. Bibliographie.....	12

Objectifs spécifiques

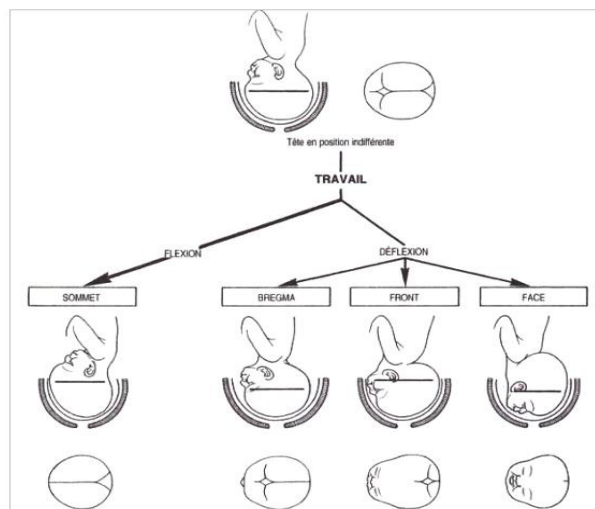
- Savoir dépister les présentations défléchies
- Connaître la CAT en cas de présentation défléchie

Introduction

Dans l'accouchement céphalique eutocique, la tête fœtale est obligée de se fléchir afin de réduire son diamètre antéro-postérieur. Dans moins de 1% des cas, ce mécanisme ne se réalise pas.

Au contraire, une déflexion peut avoir lieu, soit totale dans la présentation de la face soit partielle dans la présentation du front et du bregma.

Figure 1 : Les différentes variétés de présentation céphalique en fonction du degré de flexion ou déflexion la tête fœtale [4]



1. La présentation de la face

1.1. Introduction

La présentation de la face est une présentation céphalique avec déflexion totale de la tête fœtale. Elle représente 0,7 à 2 pour 1000 naissances dont 80% de variétés antérieures.

Il peut s'agir exceptionnellement d'une présentation primitive mais le plus souvent elle est secondaire pendant le travail.

Quand la déflexion est totale, l'occiput est au contact du dos fœtal solidarifiant la tête et le tronc. La déflexion est définitive lorsque la tête est fixée et/ou descendue dans l'excavation quand les membranes sont rompues.

Figure 2 : Fœtus en présentation de la face



Le repère de la présentation est le menton.

Il permet de définir les variétés de position suivantes :

MIDA → Mento iliaque droit antérieur

MIGA → Mento iliaque gauche antérieur

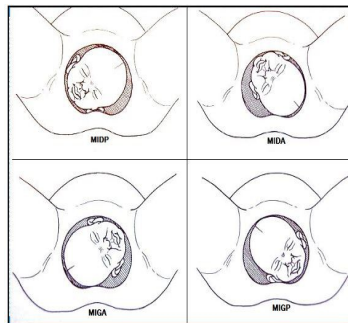
MIDP → Mento iliaque droit postérieur

MIGP → Mento iliaque gauche postérieur

MIDT → Mento iliaque droit transverse

MIGT → Mento iliaque gauche transverse

Figure 3 : Les différentes variétés de présentation de la face



1.2. Étiologies

Les principales étiologies évoquées sont :

- la parité et les rétrécissements pelviens : discuté
- le poids fœtal : macrosomie, hypotrophie, prématuré
- les malformations fœtales
- les facteurs annexiels : hydramnios, placenta prævia et circulaire du cordon

1.3. Diagnostic

Pendant la grossesse, le diagnostic clinique des présentations primitives de la face est difficile. Elles sont souvent découvertes à l'occasion d'examen échographiques ou radiologiques.

Les formes de déflexion transitoires en fin de grossesse, et de présentation primitive de la face peuvent se réduire pendant le travail et se transformer en sommet.

A la palpation : Le fœtus étant en opisthotonos, le dos est mal perçu. Si on suit le rachis, il existe une saillie constituée par l'occiput. Le dos se trouve du même côté que la saillie occiput. L'espace entre la tête et le tronc a un aspect en « coup de hache ».

Au toucher vaginal : Le toucher vaginal est plus précis que la palper. On distingue une masse molle (les joues) avec au milieu les arcades orbitaires, le nez, la bouche et le menton en forme de fer à cheval. La grande fontanelle n'est jamais perçue.

L'échographie permet de confirmer un diagnostic de présentation défléchie.

Le diagnostic différentiel sera le siège décomplété (fesses confondues avec les joues, l'anus avec la bouche et la saillie du sacrum avec le nez) et le front (perception du bregma et non du menton).

1.4. Mécanisme de l'accouchement [5]

1.4.1. Accommodation

L'orientation de la présentation se fait dans un diamètre oblique, dans les 2/3 des cas dans le diamètre oblique gauche.

L'amoindrissement se fait par hyper déflexion de la tête favorisée par la butée de l'occiput contre la margelle du bassin. Le diamètre ainsi présenté est le sous-mento-bregmatique (9,5 cm), puis le diamètre présterno-syncital (13,5 cm à 15 cm) empêche la progression de la tête. Le diamètre sous-mento-bregmatique est à priori très favorable mais rapidement se présente le diamètre suivant le présterno-syncital (aussi appelé diamètre de "solidarisation"), qui lui est incompatible avec les dimensions du bassin.

Figure 4 : Hyper déflexion de la tête fœtale

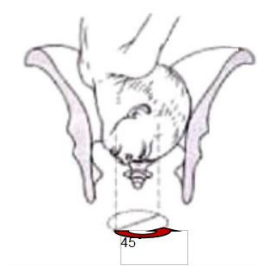


1.4.2. Rotation sus-pelvienne et descente

Pour que l'accouchement soit possible, il va falloir une désolidarisation de la tête et du tronc qui ne fait que dans les variétés antérieures.

Le menton doit obligatoirement tourner en avant de 45° pour les variétés antérieures et de 135° pour les variétés postérieures, pour une terminaison de l'accouchement par voie basse. Le menton est alors sous la symphyse pubienne.

Figure 5 : Rotation de 45° vers l'avant dans une présentation en MIDA



L'occiput se trouve dans la concavité sacrée, la tête peut se désolidariser du tronc par élévation du cou et ainsi descendre dans le bassin.

Figure 6 : Rotation du menton vers l'avant



Si le menton tourne en postérieur, il va buter sur le sacrum, la distance à parcourir pour se dégager est supérieure à l'élongation du cou du fœtus. La rotation en avant est donc indispensable dans le cas contraire, le fœtus s'enclave.

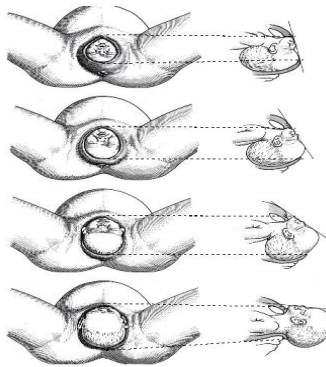
Figure 7 : Enclavement de la tête fœtale



1.4.3. Dégagement

Le dégagement de la tête fœtale se fait par flexion autour de la symphyse pubienne, le sous-menton se fixant au sous-pubis laissant apparaître à la vulve successivement, la bouche, le nez, le front et l'occiput. Quand le sous-occiput arrive à la commissure postérieure de la vulve, la tête effectue une déflexion et se dégage totalement. Pendant le dégagement, le "balayage" du périnée est très important, le périnée est très sollicité.

Figure 8 : Dégagement de la tête fœtale en présentation de la face [2]



La suite de l'accouchement est sans particularités.

1.5. Conduite à tenir pendant le travail et l'accouchement

- Le diagnostic doit être précoce, les conditions locales (bassin, poids fœtal) doivent être normales pour accepter la voie basse.
- Une césarienne est indiquée en cas de disproportion foeto-pelvienne, bassin rétréci, obstacle prævia ou de malformations fœtales à l'échographie.
- Il ne faut pas réaliser de manœuvre intempestive pour tenter d'obtenir une présentation du sommet.
- Le toucher vaginal doit être prudent pour ne pas être traumatique pour la face (notamment les yeux), la poche des eaux est conservée au maximum et il faut surveiller que le menton tourne en avant.
- Une variété postérieure persistante relève de la réalisation d'une césarienne afin d'éviter l'enclavement.
- La durée du travail est classiquement plus longue et en particulier dans les variétés mento-postérieures mais ceci est discuté. En effet beaucoup d'auteurs considèrent qu'en l'absence de disproportion fœtopelvienne, la durée de travail doit être normale.
- L'utilisation d'ocytocine est discutée : Elle est contre-indiquée pour certains en raison du risque de rupture utérine et conseillée pour d'autres en cas de dilatation "trainante" par manque de contractions utérines,
- Après le dégagement du menton, il faut fléchir la tête et freiner le dégagement de l'occiput afin de protéger le périnée. Le dégagement de l'occiput ne soit pas trop rapide.
- Le nouveau-né présente un aspect caractéristique qui disparaît dans les 24-48 heures : face tuméfiée,

hyper extension du cou, lordose dorsale haute, opisthotonos, cri rauque. Il peut également avoir transitoirement des troubles de la déglutition. Attention, l'hyper extension de la tête peut ralentir l'adaptation à la naissance. Il faut ne pas hésiter à aider le nouveau-né en le positionnant pour libérer les voies aériennes supérieures.

2. La présentation du bregma

2.1. Introduction

La présentation du bregma représente 0,1% des naissances dont 80% de variétés antérieures.

La déflexion de la tête est partielle 1/3 ou indifférente. La grande fontanelle constitue le point de déclive dans l'axe de la filière génitale.

Le repère de la présentation est le front.

2.2. Étiologies

Les étiologies sont rarement retrouvées. Elles sont les mêmes que pour la présentation de la face.

- Maternelles :
 - grande multiparité,
 - utérus malformé,
 - anomalies du bassin (diamètre antéro-postérieur supérieur au diamètre transverse)
- Fœtales :
 - tumeurs (goitre, lymphangiome),
 - hydrocéphalie, dolichocéphalie,
 - prématurité,
 - retard de croissance,
- Annexielles :
 - hydramnios.
 - obstacle prævia,

2.3. Diagnostic

Le diagnostic est réalisé pendant le travail.

Au toucher vaginal : la grande fontanelle ou bregma se situe au centre du détroit supérieur. Elle est palpée dans sa totalité avec ses 4 angles. La petite fontanelle n'est jamais palpée.

Parfois, à dilatation complète, il est possible de sentir l'encoche nasale et les arcades sourcilières mais sans jamais palper le nez.

Diagnostic différentiel : la variété de position Occipito-Sacrée (OS) et le front.

2.4. Mécanique obstétricale et conduite à tenir

2.4.1. Mécanique obstétricale

Le diamètre antéro-postérieur se présentant au détroit supérieur est l'occipito-frontal (11,5 à 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 qui se déforme en prenant l'aspect d'un cylindre, l'engagement et la descente se faisant alors sans difficulté.

Après l'engagement, 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. Cette succession de flexion puis déflexion permet de protéger un peu le périnée particulièrement exposé dans cette présentation.

Figure 9 : dégagement de la tête fœtale en présentation du bregma [4]



Le dégagement en fronto-postérieur est exceptionnel.

2.4.2. Conduite à tenir

Le bregma est une présentation potentiellement dystocique (40% de césarienne, 40% d'extractions instrumentales).

Il est important de réaliser un diagnostic précoce car l'apparition d'une bosse séro-sanguine peut la faire méconnaître.

La poche des eaux sera respectée le plus longtemps possible.

La dilation est plus longue et les lésions périnéales plus fréquentes.

3. Le front

3.1. Introduction

La déflexion de la tête fœtale est partielle au 2/3.

C'est une présentation dystocique nécessitant une césarienne systématique.

On ne parle de présentation du front que durant le travail avec une présentation fixée au détroit supérieur et une poche des eaux rompue.

Le repère de la présentation est le nez.

Sa fréquence se situe entre 1,3 et 2,6 pour 1000 naissances.

3.2. Etiologie

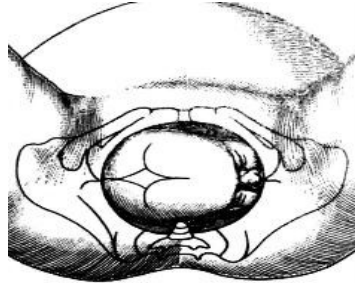
Les étiologies maternelles sont les mêmes que pour la présentation du bregma.

3.3. Diagnostic

Au toucher vaginal :

- On perçoit la grande fontanelle excentrée, le front déformé (il tend à vouloir descendre dans l'excavation), la racine du nez, les narines sont parfois palpées.
- On ne perçoit jamais la bouche ni la petite fontanelle.

Figure 10 : Présentation du front en naso-iliaque gauche transverse (NIGT) [4]



3.4. La mécanique obstétricale

Le diamètre antéro-postérieur de la tête fœtale est le syncipito-mentonnier (13 cm) ou le syncipito-facial si la bouche est ouverte (13,5 cm). Ce diamètre est supérieur aux diamètres d'engagement d'un bassin normal.

Les présentations naso-transverses sont les plus fréquentes. Les variétés naso-postérieures sont exceptionnelles et les variétés naso-antérieures rares.

Tant que la présentation est mobile, elle peut se fléchir ou se défléchir, la présentation se constituant qu'après sa fixation.

Le diagnostic de la présentation du front doit être précoce afin de réaliser une césarienne avant l'enclavement de la présentation améliorant ainsi le pronostic fœtal.

3.5. Conduite à tenir

Dès que le diagnostic est posé, la césarienne doit être faite sans tarder afin d'éviter les complications redoutables :

- Complications fœtales
 - Souffrance fœtale avec risque d' :
 - Embarrure frontale
 - Hématome extra dural
 - Mort fœtale
- Complications maternelles
 - Rupture utérine
 - Mort maternelle.

4. Les présentations transversales et obliques

4.1. Définition

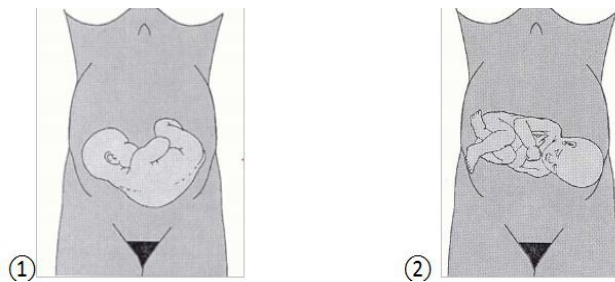
On parle de présentation transversale ou oblique quand l'axe du fœtus et du bassin sont perpendiculaires.

Selon la position du fœtus on distingue :

→ **Les présentations transversales :**

- Le fœtus est en position perpendiculaire à l'axe du bassin.

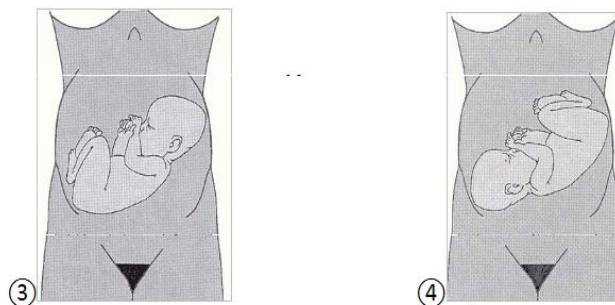
Figure 11 : Position transversale dorso antérieure ① et dorso postérieure ②



→ **Les présentations obliques :**

- Le siège du fœtus siège dans l'une des deux fosses iliaques
- Le flanc du fœtus est en regard du DS

Figure 12 : Position oblique avec siège dans la fosse iliaque ③ et avec tête dans la fosse iliaque ④



→ **Les présentations de l'épaule :**

- Il s'agit d'une présentation oblique
- La tête du fœtus siège dans l'une des deux fosses iliaques
- Le moignon de l'épaule est en regard du détroit supérieur (DS)

Figure 13 : Présentation de l'épaule : dos antérieur



Ces présentations sont rares, elles représentent 0,2 à 0,3% des accouchements.

Les repères de ces présentations sont l'épaule (ou acromion) et le dos.

- Epaule droite dorso- antérieure
- Epaule gauche dorso-antérieure
- Epaule droite dorso-postérieure
- Epaule gauche dorso-postérieure

4.2. Etiologie

Il s'agit d'un défaut d'accommodation.

La cause principale est la grande multiparité par relâchement des parois utérines et de la paroi abdominale.

Les autres causes sont :

- Obstacle prævia : placenta ou fibrome
- Grossesse gémellaire,
- Malformations fœtales dont anencéphalie et hydrocéphalie,
- Hydramnios,
- Grande prématurité,
- Disproportions foeto-pelviennes,
- Utérus malformé ou déformé par un fibrome.

4.3. Diagnostic

4.3.1. Examen abdominal :

- L'utérus présente un grand axe transversal.
- La hauteur utérine est inférieure à la normale pour le terme.
- La palpation des pôles supérieur et inférieur de l'utérus ne retrouve ni la tête ni le siège
- La tête est retrouvée dans un des flancs maternels, le siège dans l'autre flanc.

4.3.2. Auscultation :

Les bruits du cœur sont retrouvés dans la région sous-ombilicale.

4.3.3. Toucher vaginal

- Pendant la grossesse : l'excavation est vide.
- Pendant le travail avec membranes intactes :
 - Poche des eaux volumineuse saillante,
 - La recherche des repères fœtaux manque de précision.
- Pendant le travail avec membranes rompues :
 - Perception du moignon de l'épaule et sa pyramide osseuse : l'acromion
 - Perception du creux axillaire dont le fond est dans la direction de la tête fœtale:
 - Dans certains cas le membre supérieur pend dans l'excavation et peut apparaître à la vulve.

4.3.4. Echographie

L'échographie confirme la position de la tête fœtale mais elle permet surtout la recherche de l'étiologie, les signes cliniques étant suffisamment évocateurs pour le diagnostic de la présentation.

4.4. Conduite à tenir

La version spontanée d'une position transversale est exceptionnelle, elle peut s'observer dans les positions obliques.

L'accouchement du fœtus "conduplicato corpore" c'est à « dire plié en deux », se rencontre quelque fois si le fœtus est de petite taille et mort-macéré.

4.4.1. Pendant la grossesse

- Surveillance de la présentation le dernier mois de grossesse
- Eliminer une anomalie fœtale en cas de présentation oblique ou transversale ou un obstacle prævia
- Version par manœuvre externe (VME) en l'absence de contre-indication vers 38 semaines d'aménorrhée (SA) suivie d'un déclenchement du travail si la version est réussie ou par une césarienne si elle échoue
- Césarienne d'emblée s'il existe un obstacle prævia ou une disproportion foeto-pelvienne.

4.4.2. Pendant le travail

- Césarienne si singleton
- Version par manœuvre interne (VMI) si fœtus non viable (pour certaines équipes).
- En cas de présentation transverse sur 2^{ème} jumeau : il existe trois possibilités :
 - Version par manœuvre interne avant la rupture de la 2^{ème} poche des eaux en cas de grossesse bi amniotique
 - Version suivie d'une grande extraction après rupture des membranes
 - Césarienne sur le deuxième jumeau.

4.5. L'épaule négligée

L'épaule négligée ne se voit que chez les femmes amenées en urgence dans cette situation. Il s'agit plutôt d'épaule méconnue.

En effet pour que l'épaule soit négligée, il faut 3 conditions formelles :

- la femme doit être en travail,
- l'œuf doit être ouvert,
- l'utérus doit être plus ou moins rétracté.

Figure 14 : Epaule négligée



5. Bibliographie

- **BENLAHARCHE** : *Présentation de la face* - [lien](#)
- **DUPUIS O.** : *Présentations dystociques in Traité d'obstétrique, Elsevier Masson, Paris, 2010, p. 373-380*

- **LANSAC J.** : *Présentation du front de la face, du bregma, de l'épaule* - [lien](#)
- **LANSAC J., BODY G., PERROTIN F.,MARRT H.** : *Pratique de l'accouchement. Masson ,3ème Edition, Paris, 2001.*
- **MERGER R.,LEVY J., MELCHIOR J.** : *Précis d'Obstétrique. Masson, 5ème Edition, Paris, 1979.*
- **SCHAAL J.P.,RIETHMULLER D., MAILLET R., UZAN M.** : *Mécaniques et techniques obstétricales. Sauramps Médical. 2007.*