

# Les présentations

Dr A.Skander.

## I- Les présentations défléchies

### A- présentation de la face

1. Définition
2. Fréquence
3. Etiologie.
4. Diagnostic positif
5. diagnostic différentiel
6. conduite à tenir

### B- Présentation du front

1. Définition
2. Fréquence
3. Etiologie
4. Diagnostic positif
5. Conduite à tenir

### C- Présentation bregma

1. Définition
2. Fréquence
3. Etiologie
4. Diagnostic
5. conduite à tenir

## II- Présentation de siège

1. Définition
2. Fréquence
3. Etiologie
4. Diagnostic
5. Diagnostic différentiel
6. Conduite à tenir
7. Les manœuvres

### **III- Présentation transverse.**

- 1. Définition**
- 2. Fréquence**
- 3. Etiologie**
- 4. Diagnostic positif**
- 5. Conduite à tenir**

#### **Objectifs :**

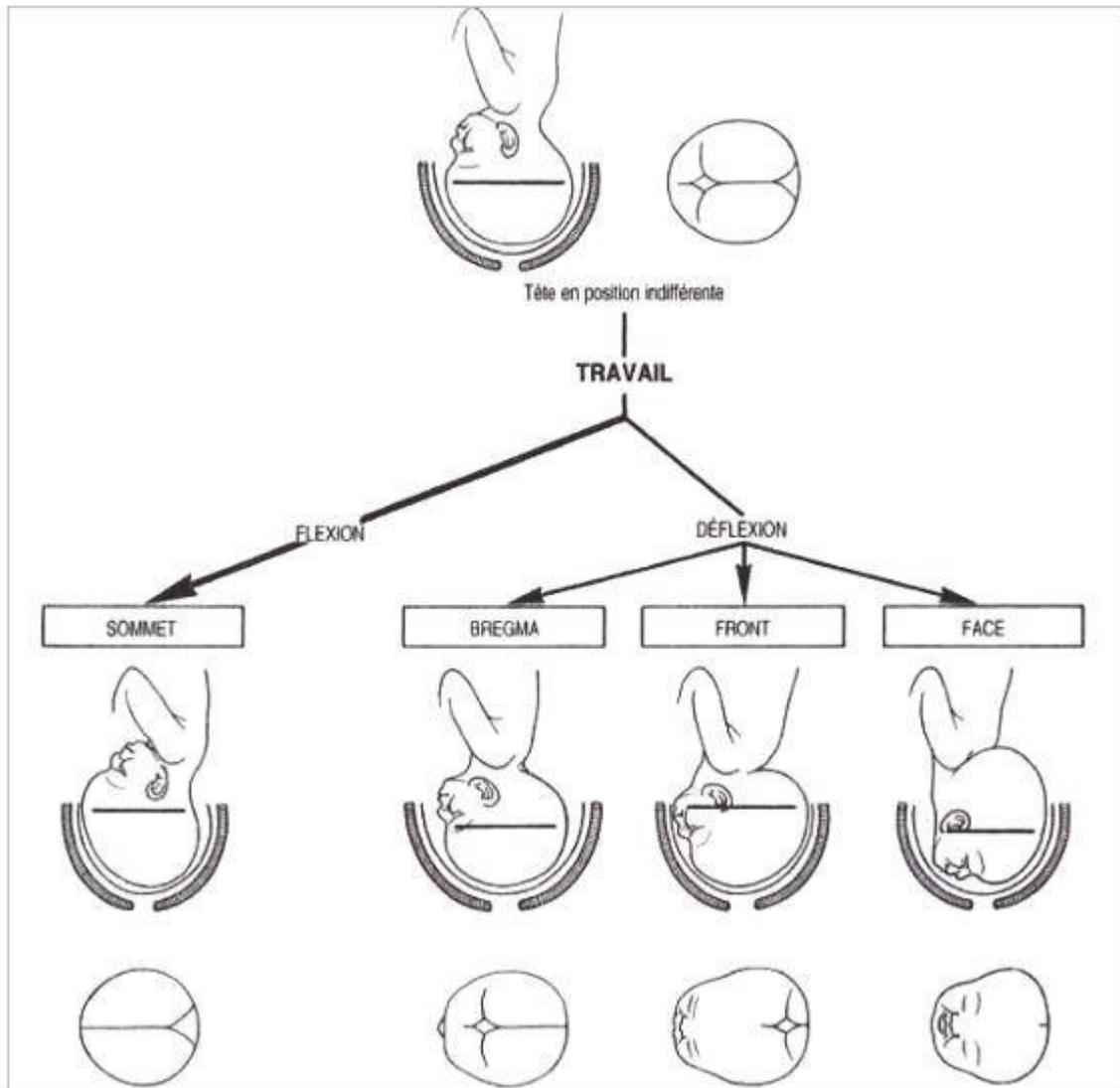
- savoir différencier les présentations .
- Connaître les repères de chaque présentation.
- Différencier les accouchement eutociques des dystociques pour améliorer le pronostic fœto maternel.
- Présentation transverse et présentation du Front ces des indications absolue à la Césarienne.
- Éviter l'enclavement de ma tête dans les face postérieures et surtout le front , le relèvement des bras et la rétention de la tête pour le siège , et la rupture utérine pour le transverse.

#### **I Les présentations défléchies**

Les présentations défléchies sont des présentations céphaliques non occipitales, qui dépendent du degré de déflexion que la tête fœtal, ce qui augmente le diamètre céphalique :

1. Présentation de la face
2. Présentation du front

### 3. Présentation bregma



## A-Présentation de la face

### 1-Définition :

- Déflexion totale 3/3 , 3 tiers ,
- l'occiput touche le dos fetal, avec hyperlordose tu dors,
- le repère c'est le menton.

**2 fréquence** : 0,18 % des accouchement.

**3 facteurs de risque** ou Facteurs Favorisant :

- Parité : primipare et grande multipare ( hypotrophie et laxité utérine )
- rétrécissement pelvien (bassin rétréci )
- poids foetal : Macrosomie et hypotrophie foetale .
- mal formation foetales.
- facteurs annexiels :
  - . placenta praevia
  - . Hydramnios
  - . Circulaire du cordon

**4 Diagnostic positif** :

- pendant la grossesse : radiologiques où échographiques
- Pendant le travail

le diagnostic se fait en général par le toucher vaginal, poche des eaux rompue : on perçoit masse molle avec les arcades orbitaires, nez ,la bouche et le menton.

**5 Diagnostic différentiel** :

Présentation du siège : la bouche peut être confondu avec l'anus

Présentation du front.

**6 Conduite à tenir :** La présentation de la face eux aussi pour les voir pour les variétés non tout intérieur, et même pour le manteau postérieur à condition qu'elle fasse le rotation vers l'avant

Pendant le travail surveillance de la dilatation cervicale ,surveillance du rythme cardiaque foetal, perfusion d'ocytocine

Expulsion n est possible que pour les variétés menton anetérieures

Par césarienne est indiquée pour les variétés menton postérieur.

variétés antérieures :

- MIDA : mento-iliaque droite antérieure .



- MIGA : mento-iliaque gauche antérieure.

Variétés postérieures :

- MIDP : mento-iliaque droite postérieure
- MIGP : mento-iliaque gauche postérieure.

Car dans les variétés postérieures mento -postérieures ou le menton reste au niveau du coccyx , ça va aboutir à l'enclavement ,c'est-à-dire la tête est bloquée et l'accouchement est impossible .

## **B Présentation du front**

### **1 Définition :**

**C'est la déflexion c'est la déflexion partielle de la tête te tiers**

**2 fréquence** assez rare encore pour 1000 naissances

**3 Etiologie** de quoi partage les mêmes étiologies avec la présentation de face.

### **4 Diagnostic :**

Le repère de la présentation et le nez et le diamètre est le syncipito-mentonnier il mesure 13,5 centimètres Qui est diamètre incompatible avec dimensions tu penses à maternel.

### **5 Conduite à tenir :**

Dès Que le diagnostic de présentation de front et poser l'indication de césarienne et posé

vu que le diamètre de la présentation est incompatible avec le bassin à terme, l'utérus Va lutter pour favoriser l'expulsion ce qui va donner de rupture utérine hémorragie de la délivrance, hypoxie voir mort foetal.

## C Présentation bregma

**1 Définition :** La tête foetal présente une déflexion légère 1/3 un sur 3.

### Le repaire de la présentation et le front

**2 Fréquence de quoi mal élucidée car** confondue souvent avec les autres présentation.

**3 Etiologie :** Les mêmes causes que la présentation de la face

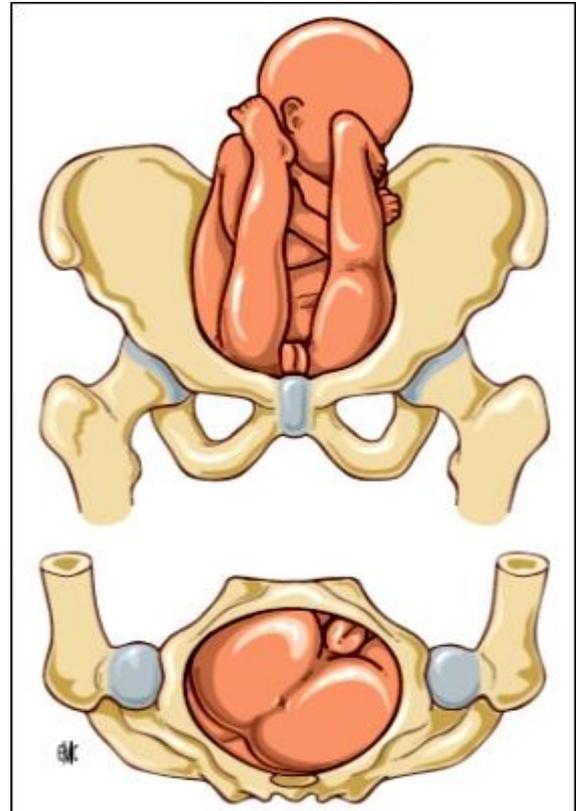
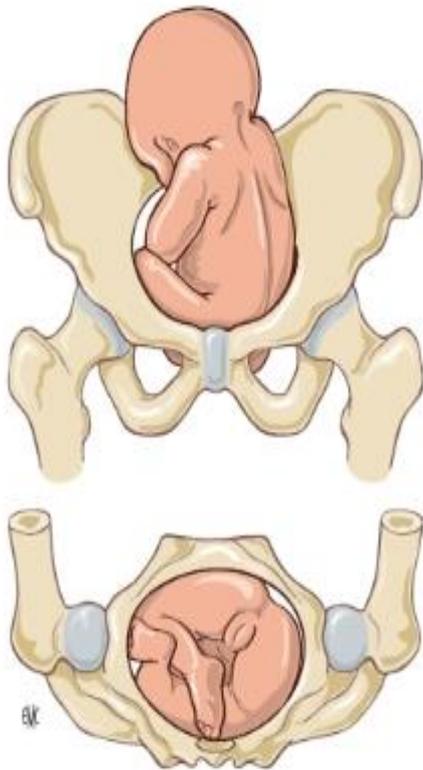
**4 Diagnostic il :** fait par le toucher vaginal pendant le travail après rupture des membranes ,par perception de la grande fontanelle avec ses 4 angles ,La petite fontanelle n'est jamais perçue, le nez n'est jamais complètement perçu dans cette présentation

**5 Conduite à tenir :** La durée du travail est généralement prolongé par rapport à la présentation du sommet faisant de la présentation du crémant un accouchement prolongé .

### La présentation du siège

- **Définition :** La présentation du siège où présentation pour d'alik et une présentation longitudinale où l'extrémité pelvien du mobile fatal est en contact avec le détroit supérieur du bassin maternel alors que l'extrémité céphalique et au niveau du fond utérin, On distingue 2 modalités je te présentation de siège

- Le siège complet un Pierre de Caen un sur 3, le fœtus semble assis en tailleur avec les 2 jambes fléchies



Le siège décomplété au mode des fesses, les jambes sont totalement en extension devant le tronc

- Fréquence : c'est la présentation la plus fréquente après celle du sommeil avec une fréquence aux alentours de 4,5 pour 100.
- Étiologie :
  - Les causes fœtales :  
Prématurité, mal formation le grossesse multiple | hyperextension de la tête fatale
  - Les causes maternelles :

le hypoplasie utérine, les malformations utérines, multi parité  
laxité utérine, premier port Thérèse tonique, les tumeurs  
déformons la cavité utérine par exemple fibrome, les tumeurs  
extrinsèques Christophe rien par exemple

- Les causes au vu leur :

Anomalie du liquide amniotique hydramnios où oligoamnios

Anomalie du cordon

Placenta bas inséré.

### **Diagnostic :**

à l'interrogatoire on va rechercher des antécédents  
l'accouchement de siège chez la patiente.

. à l'inspection utérus à développement longitudinal

la palpation perçoit la tête fetal au niveau du fond utérin

toucher vaginal, ne perçoit pas de présentation dur t'inquiète  
mais le diagnostic est difficile en dehors du travail .

.examens complémentaires c'est l'échographie qui permet de  
poser avec certitude le diagnostic servir perception de la tête  
fetal au niveau du front différent et le siège en bas.

### **Diagnostic différentiel :**

- Bosse sero -sanguine dans la présentation du  
sommeil

- Présentation de la face ou la bouche peut être confondue avec l'anus
- Présentation transverse

Conduite à tenir :

Pour accepter la voie pas encore de présentation de siège il faut certaines conditions

- bassin maternel normal radio pelvimétrie normal
- absence de déflexion de la tête fœtal
- poids entre 2 kilos 500 et 3 kilos 800
- siège décomplété mode des fesse

Fondation d'un ami l'américaine collègue obstétricienne en gynécologie St 2006 la décision concernant le mode d'accouchement du siège dépend de l'expérience de l'obstétricien là César il doit être préféré par la majorité des médecins du fait de la diminution de la pratique de manœuvre du siège place de la césarienne avant tout travail les les indications formelles sont

- Anomalie du bassin,
- Macrosomie fœtal documenté,
- déflexion primitive de la tête,
- Utérus multi cicatriciel ,
- Placenta préviens,

- Briefe t congénital d'un périnée cicatriciel

les indications relatives sont

- Grand prématurité
- Souffrance fetal chroniques retard de croissance intra utérin par exemple
- Primipare âgée, antécédent de stérilité,
- Antécédents de dystocie

L'accouchement du siège : le repère de la présentation et le sarcum

### Repère de la présentation du siège :

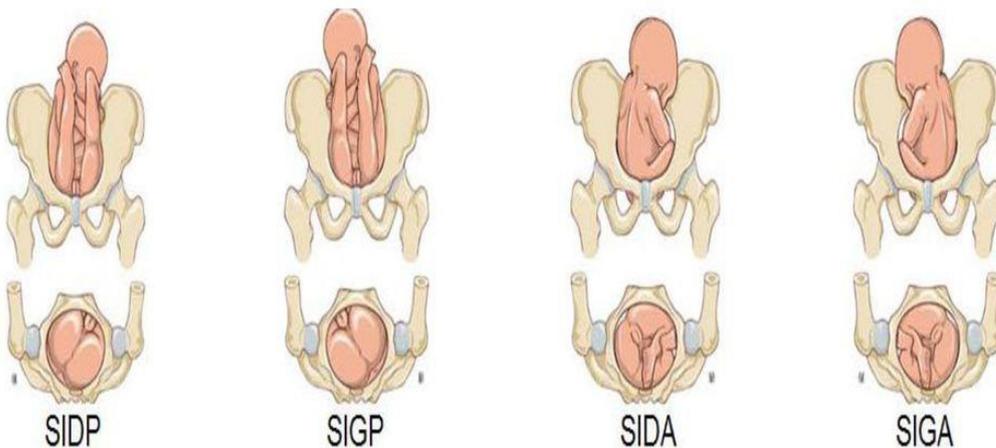
Le sacrum définit quatre variétés de présentation :

Sacro iliaque gauche antérieur : SI GA

Sacro iliaque droite antérieur : SI DA

Sacro iliaque gauche postérieur : SI GP

Sacro iliaque droite postérieur : SI DP



### 1. L'accouchement du siège :

Le diamètre bi-trochantérien s'oriente dans un diamètre oblique du bassin. L'engagement en SIGA est le plus fréquent ainsi le diamètre bi-trochantérien se retrouve dans le diamètre oblique droit du bassin maternel. Une rotation à 45°. Le sacrum se retrouve toujours en transverse. La hanche antérieure se cale sous la symphyse, entraînant une inflexion du tronc, puis la hanche postérieure se dégage, jusqu'au franchissement de la commissure vulvaire. Une fois les hanches dégagées, le siège monte. Le pôle pelvien poursuit un mouvement d'enroulement autour de la symphyse pubienne et le dos tourne alors en avant. Ce mouvement est plus ou moins facile selon que le siège est complet ou décomplété :

Plus facile dans le siège complet

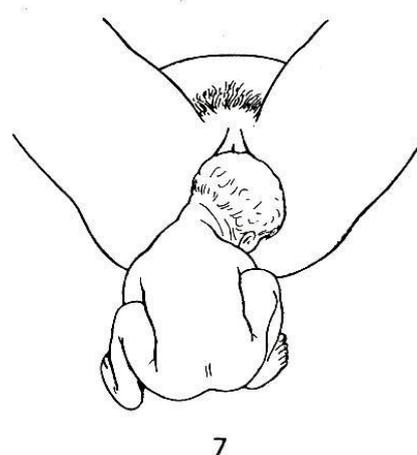
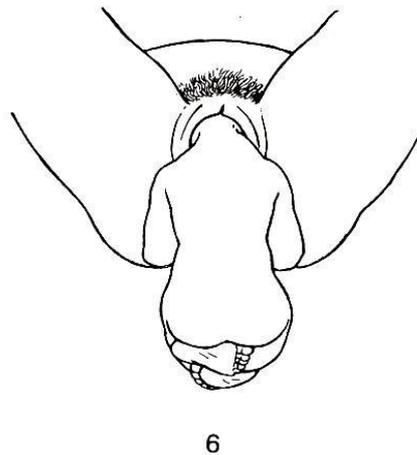
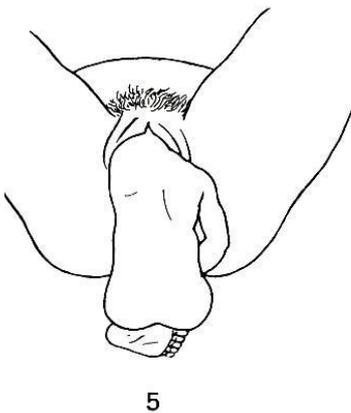
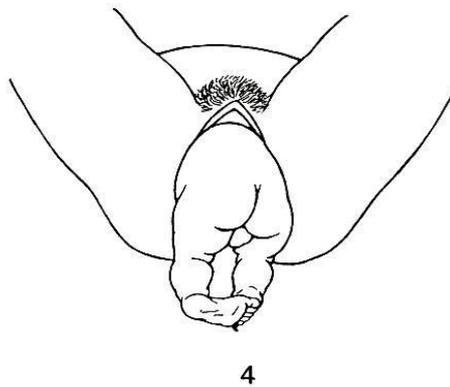
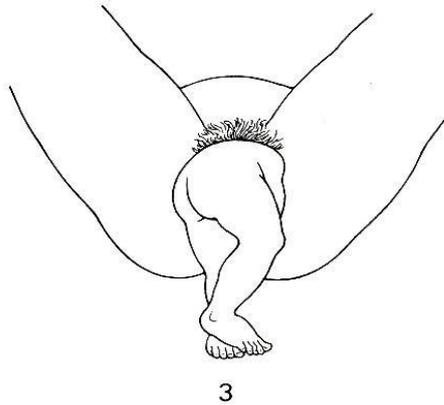
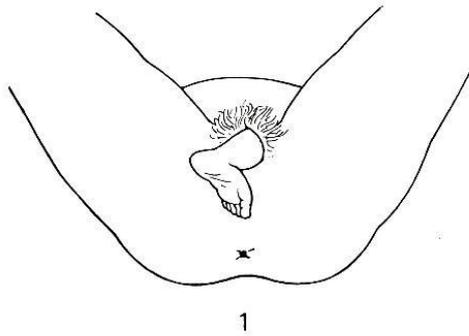
### 2- Dégagement des épaules :

Dès que le siège se dégage, l'engagement des épaules au détroit supérieur s'effectue. Les épaules entrent en contact avec le détroit supérieur. Le diamètre bi-acromial s'engage :  $\approx$  dans le même diamètre oblique que le bi-trochantérien dans les variétés antérieures, le fœtus continue alors son mouvement de spirale qui amène le dos en avant. Le dos tournant en avant, les épaules se dégagent en général en transverse. Puis comme par une sorte d'asynclitisme, les bras

tombent l'un après l'autre hors de la vulve en même temps que le dos tourne en avant.

Une rotation accidentelle du dos en arrière est gravissime pour le fœtus entraînant l'accrochage du menton sur la symphyse pubienne.

.3 L'accouchement de la tête : L'engagement de la tête s'effectue en même temps que la descente et le dégagement des épaules. La tête bien fléchie s'engage . La tête engagée tourne en occipito-pubien et se fixe sous la symphyse pubienne et se dégage.



## 7- les manœuvres :

- **La petite extraction du siège**
- **La grande extraction du siège**
- **Manœuvres de Demelin** : en cas de relèvement des bras ,  
La main de l'opérateur est introduite jusqu'au Déroit supérieur et saisit le bras postérieure pour le dégager
- **Manœuvre de Lovset** : Saisir l'enfant par le train avec les 2 mains le 2 pouces sur les lombes, région lombaire c faire tourner l'enfant à 90 degrés de façon à avoir le dos à droite ou à gauche, BC un peu l'enfant vers le bas de façon à dégager les pôles antérieur après le déclenchement de cette dernière une rotation de 180 degrés défaite okay de façon à avoir le dos à droite ou à gauche , ramener le pôle postérieur antérieur et là dégager quoi
- **Manœuvre de Mauriceau** : Pour faciliter le dégagement de la tête dernière, L'enfant est mis à cheval sur l'avant bras de l'opérateur, l'index et le median sont introduit dans la bouche de l'enfant , L'index et le median l'autre main, sont mis autour du cou de lenfant ,pour le tracter et faciliter le dégagement de la tête en faisant fléchir cette dernière .
- **Manœuvre de Bracht** : après dégagement des épaules, tenir l'enfant par les hanches et le diriger vers le ventre de la mère.

## **C- Les présentations transverses**

### **1-Définition :**

c'est une présentation transversale, incompatible avec l'accouchement par voie basse, vraie urgence obstétricale.

Risque accru de rupture utérine si retard de prise en charge

**2-Diagnostic :** l'étude de l'utérus un développement transversal ce qui est anormal, la palpation , retrouve le pôle céphalique d'un côté ( flanc de la mère ) et le siège d'un autre au toucher vaginal, on perçoit ni la tête fœtale ni le siège, excavation vide .

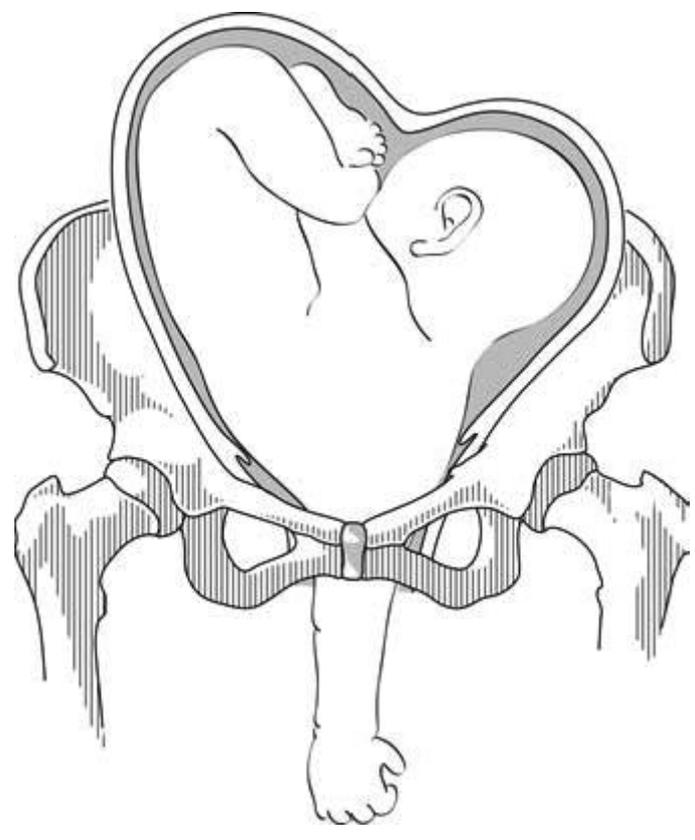
Le diagnostic peut être confirmé par l'échographie avec les 2 pôles photo tête et sièges de part et d'autre du ventre de la malade l'un à droite l'autre à gauche.

### **3-Etiologie :**

- Multipolarité,
- Placenta praevia,
- Grosse gémellaire,
- Malformation utérine,
- Pré maturité.

**4- Conduite à tenir :** présentation transverse = accouchement impossible c'est une indication absolue à la césarienne

- si le diagnostic est fait pendant la grossesse et au delà de la de 36 semaines il césarienne se reprogrammer à partir de 37 semaines d'aménorrhée pour éviter que la pension rentre au travail
- pendant le travail et si Membranes intactes faire une césarienne en urgence  
si membranes rompues, grand risque d'épaule négliger et de descente de la main ,en intra vaginal, Césarienne en extrême urgence.



Cas particulier des grossesses gemellaires :

Si 1<sup>er</sup> jumeau en présentions transverse : Césarienne

Si le 2<sup>ème</sup> : grande extraction du siège .