

Présentations défléchies

Présentation de la face

I Introduction :

La présentation de la face est une présentation rare, qui a été longtemps méconnue et qui aujourd'hui est classée comme présentation potentiellement dystocique. La connaissance de ses caractères, ses étiologies, son mécanisme d'accouchement ainsi qu'un diagnostic adéquat nous permettons de suggérer une CAT logique dans le cadre de l'obstétrique moderne.

II Définition :

C'est la présentation où le fœtus aborde le détroit supérieur en position céphalique totalement défléchi c.a.d en position d'extension extrême.

Caractéristiques

- a- fréquence : rare, 1 pour 500 à 1000 accouchements.
- b- Le repère de la présentation est le menton.
- c- Le diamètre d'engagement : théoriquement le diamètre d'engagement est le sous-mentobregmatique (9.5cm) mais en réalité un deuxième diamètre intervient : c'est le sincipito-présternal qui mesure 13.5cm et dont dépendra l'engagement de la présentation.
- d- Les variétés de position :
 - Avant l'engagement : 2 variétés ; la mento-droite transverse ou le menton est à l'extrémité droite du diamètre transverse du DS et la mento-gauche transverse ou le menton est à gauche.
 - Pendant l'engagement : 4 variétés ;
 - MIGA mento-iliaque gauche antérieure. 50 à 70 %
 - MIDP mento-iliaque droite postérieure. Pronostic réservé
 - MIDA mento-iliaque droite antérieure. Rare
 - MIGP mento-iliaque gauche postérieure. Exceptionnelle
- e- au moment du dégagement : une seule éventualité compatible avec un accouchement par voie basse ; c'est la dégagement menton en avant. Il n'y a pas de dégagement possible en mentosacré, donc la face tourne en avant ou s'enclave.

III Etiologies :

Il existe 2 sortes de présentations de face ;

- Les présentations dite primitives : ce sont celles découverte en fin de grossesse lors d'un examen obstétrical ou radiologique.
- Les présentations dites secondaires : ce sont celles découvertes pendant le travail. La tête arrive en position indifférenciée et se défléchit.

On distingue 3 groupes de causes ;

a- les causes maternelles :

- 1- la parité : -la multiparité ; ceci s'explique par l'atonie utérine de la multipare qui permet au fœtus de se mettre dans n'importe quelle position.
 - la primiparité ; ceci s'explique par l'hypotrophie utérine empêchant la correction de la déflexion.
- 2- les malformations osseuses : Bassin généralement rétréci,

Bassin aplati,
3-les causes utérines : obliquité utérine,
Mouvement de bascule de l'utérus,
Contractilité asymétrique du segment inférieur,
Tumeurs utérines, (par gêne de l'accommodation exp.
fibrome).

b- les causes fœtales : la dolichocéphalie par augmentation du diamètre antéropostérieur de la tête.

L'anencéphalie : notons que certains auteurs n'incluent pas ces accouchements dans les présentations de la face.

Tumeurs fœtales cervicales ; goitre, tumeurs thymique ; empêchant la déflexion de la tête.

Macrosomie fœtale : un poids > à 4kg semble favoriser la présentation de face.

Hypertonie congénitale des muscles cervicaux du fœtus : les muscles extenseurs du cou.

les causes annexielles :- Hydramnios :souvent un facteur associé ; il serait secondaire à la présentation de la face par compression de l'œsophage gênant la déglutition du LA.

- Placenta prævia : gênant la déflexion de la tête.

- Anomalie du cordon

Souvent aucune étiologie n'est retrouvée ; on parle alors de présentation de face idiopathique.

IV Diagnostic :

A- Diagnostic clinique :

- En fin de grossesse :

Il est rarement posé en fin de gestation.

-L'inspection : retrouve une présentation longitudinale.

-la palpation : la tête est perçue au dessus de l'aire du détroit supérieur dont elle ne semble occupé qu'une moitié formant là une forte saillie qui correspond à l'occiput. Le front n'est pas perçu.

Sur les faces latérales utérines ; difficulté de retrouver nettement le plan du dos. Existence du coté du cou d'une saillie arrondie séparée du plan du dos par une dépression en coup de hache ; c'est le signe de Tarnier qui correspond à l'angle occiput – dos. Ce signe permet d'avancer le diagnostic.

Le fond utérin est occupé par le siège.

- l'auscultation des BCF ne permet pas de trancher. Elle retrouve un foyer para ombilical perçu du coté opposé du plan du dos.

- le toucher vaginal ne retrouve qu'une présentation haute.

- Au cours du travail :

Le diagnostic devient possible ; et même facile, lorsque le col est dilaté.

La palpation reste, en effet, aussi incertaine que pendant la grossesse.

Au toucher ; les doigts perçoivent à travers l'orifice cervical, directement ou par l'intermédiaire de la poche des eaux le front, au centre le nez qui est une petite saillie pyramidale terminée par les narines et la lèvre supérieure, de part et d'autre du nez les rebords orbitaires avec leurs globes oculaires mous et rénitents, la bouche reconnue grâce au mouvements de succion déclenchés par le doigt qui pénètre dans la cavité buccale et le menton ; en forme de fer à cheval qui permet d'affirmer le diagnostic de présentation de face.

Le doigt ne retrouve plus le bregma.

La position du menton par rapport au détroit supérieur permettra de préciser les variétés de position.

La perception de ces parties fœtales peut être gênée par l'existence d'une infiltration sanguine qui estompe les reliefs. Le nez est toujours exempt d'infiltration ; c'est donc un point de repère essentiel.

B- Diagnostic différentiel : se pose avec :

- Présentation du sommet : le lambda n'est jamais perçu dans la face.
- Présentation du front : le bregma est toujours senti, le menton ne l'est jamais.
- Présentation poudalique (siège décomplété mode fesse) : les joues peuvent simuler les fesses, le nez peut être confondu avec le sacrum et la bouche avec l'anus. cependant le mouvement de sucions et le menton tranche.

C- Diagnostic radiologique : (ASP, échographie)

Le diagnostic radiologique de la présentation de face peut être fait aussi bien en fin de grossesse que pendant le travail .

V Mécanisme d'accouchement :

A- phénomènes mécaniques :

- l'engagement : il débute par des phénomènes préparatoires : la tête va d'abord s'accommoder au détroit supérieur.
- orientation ; la tête en position indifférente se défléchit modérément, amenant le grand diamètre de la face (diamètre scincipito-mentonnier dans l'un des diamètres oblique du bassin (droit ou gauche) voir le diamètre transverse.
- Amoindrissement : s'obtient par exagération de la déflexion ; la contre pression sur l'occiput butant le premier sur la margelle du bassin entraîne la déflexion de la tête. Ainsi au diamètre trop grand est substitué le diamètre sous-mentobregmatique de 9.5 cm facilement acceptable par le bassin.
- L'engagement proprement dit : ainsi préparé, la grande circonférence de la face franchie aisément le plan du DS ; mais il est vite limité car l'occiput solidaire au dos amène au détroit supérieur le diamètre présternosyncipital de 13.5 cm, beaucoup trop grand pour franchir le DS.
 - Descente et rotation : pour que la descente puisse reprendre une fois que la face a plongé dans le pelvis, il est indispensable que le diamètre sincipito-présternal soit remplacé par un diamètre plus faible. Pour cela, il faut que le menton puisse s'échapper en avant permettant ainsi la désolidarisation du bloc thoraco-céphalique. Cette rotation particulière de 45 degrés de tout bloc en avant est d'une absolue nécessité pour que l'accouchement par voie basse puisse se faire **(c'est une rotation de dégagement)**. Pour les variétés postérieures la rotation du menton en avant est capitale ; le menton devant parcourir un trajet de 135 degrés.
 - Dégagement : le menton se fixe sous la symphyse pubienne, l'occiput se place en arrière dans la concavité sacrée, le bord inférieur de la SP servant de charnière, la tête se défléchit

progressivement. Elle se dégage << face en dessus >> ; la bouche, le nez, le front, la voûte apparaissent successivement à la vulve.
EN L'ABSENCE DE ROTATION DU MENTON EN AVANT LA FACE EST ENCLAVEE.

B- phénomènes physiologiques :

La face reste longtemps haute ;
Le col est mal sollicité ;
La dilatation du col et l'ampliation du segment inférieur sont troublés ;
La poche des eaux est bombante et se rompt précocement.

C- phénomènes plastiques :

La bosse serosanguine siège sur les lèvres, les joues, les paupières qui sont souvent gonflée et bleue donnant un aspect hideux à toute la face, cependant le nez est toujours respecté.
Le travail est long.
Les touchers répétés favorisent l'apparition d'excoriations au niveau des téguments fragiles de la face.
Déformation de la tête : elle s'allonge d'avant en arrière créant une dolichocéphalie passagère.

VI Conduite à tenir :

A- deux règles préliminaires :

- l'expectative doit être suffisamment prolongée. Elle prendra fin quand le menton ne tourne pas vers l'avant ou quand se produit une complication.
- Les manœuvres destinées à transformer la face en sommet doivent être rejetées (VME, VMI).

B- en cas d'évolution favorable :

- surveiller et vérifier le bon déroulement de l'accouchement,
- éviter la rupture précoce de la PDE,
- les TV doivent être rares et prudents,
- protection du périnée par une épisiotomie systématique,
- la perfusion d'utero toniques est contre indiquée selon certains auteurs.

C- en cas d'évolution défavorable :

- la tête est haute : le recours à la césarienne est indiqué.
- La tête est enclavée : situation exceptionnelle à l'heure actuelle,
Si l'enfant est vivant : la césarienne est indiquée sachant qu'elle n'est ni facile ni sans risque pour l'enfant déjà traumatisé.
Si l'enfant est mort : le forceps est actuellement préférable au cranioclaste devenant un instrument anachronique.

VII Conclusion :

La présentation de la face est en principe eutocique, toutefois la dystocie (spontanée ou créée) moins rare que dans la présentation du sommet, peut être plus délicate à traitée. Si au cours de l'examen ou de la surveillance de la parturiente on découvre une cause de dystocie possible venant s'ajouter à la présentation de la face, il est plus sage de décider une césarienne pour sauvegarder le pronostic à la fois maternel et fœtal.