

# Les Présentations défléchies

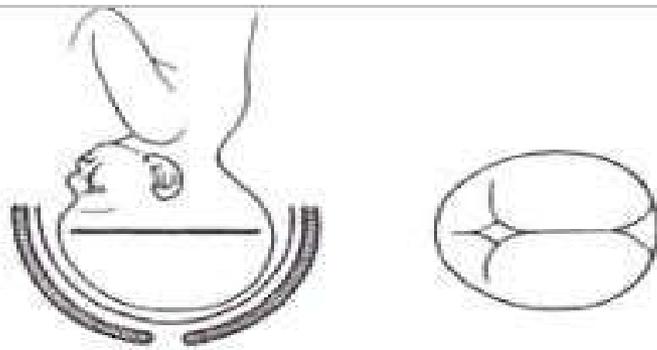
Pr AMIEUR. A  
EPH de ZERALDA

## **□ Introduction**

**Dans l'accouchement céphalique eutocique (présentation du sommet), 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**



Tête en position indifférente

TRAVAIL

FLEXION

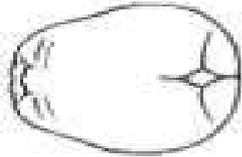
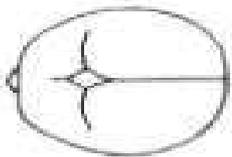
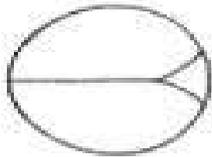
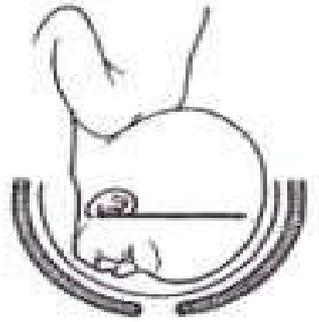
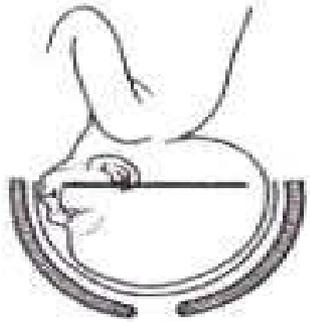
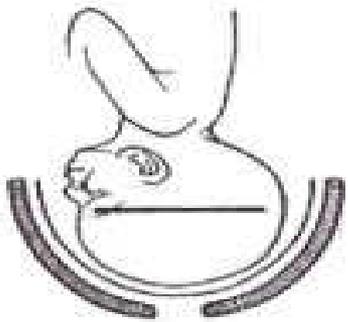
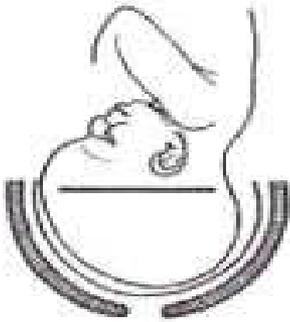
DÉFLEXION

SOMMET

BREGMA

FRONT

FACE



# Présentation de la face

## □ Définition

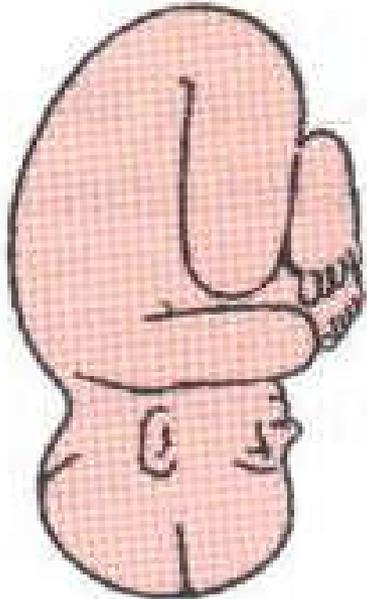
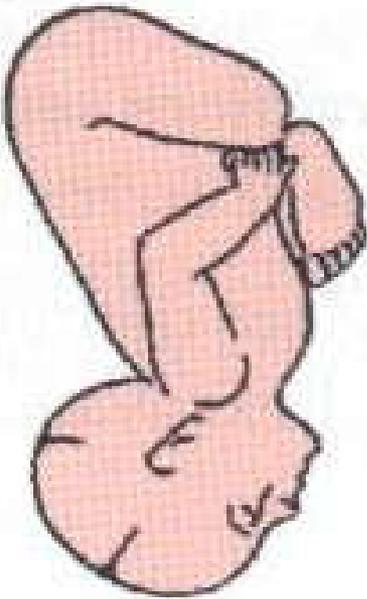
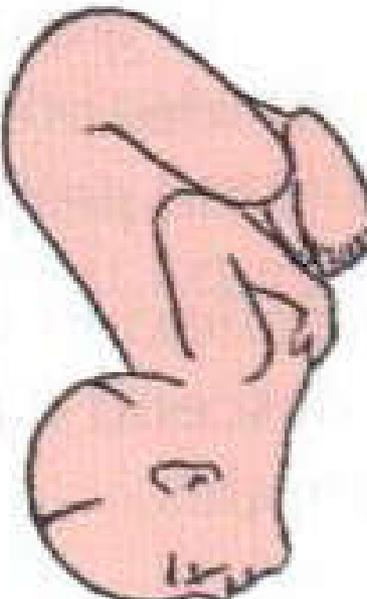
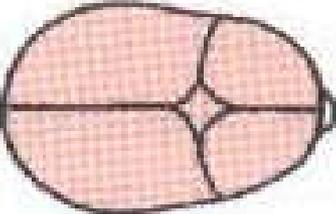
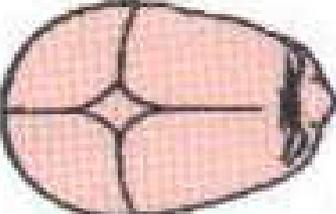
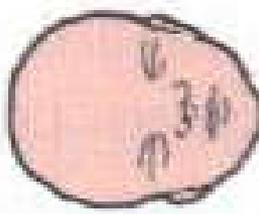
C'est la présentation de **l'extrémité céphalique défléchie** (position d'extension extrême) de sorte que la partie première de la tête qui se présente au DS est la face toute entière, **menton compris**.

Il existe deux types de présentation de la face:

✓ **Présentation de face primitive (exceptionnelle)**: découverte en fin de grossesse lors d'un examen obstétrical ou d'examen échographique ou radiologique.

✓ **Présentation de la face secondaire (le plus souvent)**: découverte pendant le travail, la tête arrive en position indifférenciée et se défléchit

C'est une présentation considérée comme **potentiellement dystocique**.

	<b>Bregma</b>	<b>Front</b>	<b>Face</b>
<b>Position fœtale</b>			
<b>Perception au toucher vaginal</b>			
<b>Degré de déflexion de la tête fœtale</b>	<b>1/3</b>	<b>2/3</b>	<b>3/3</b>

## ❑ Caractéristiques

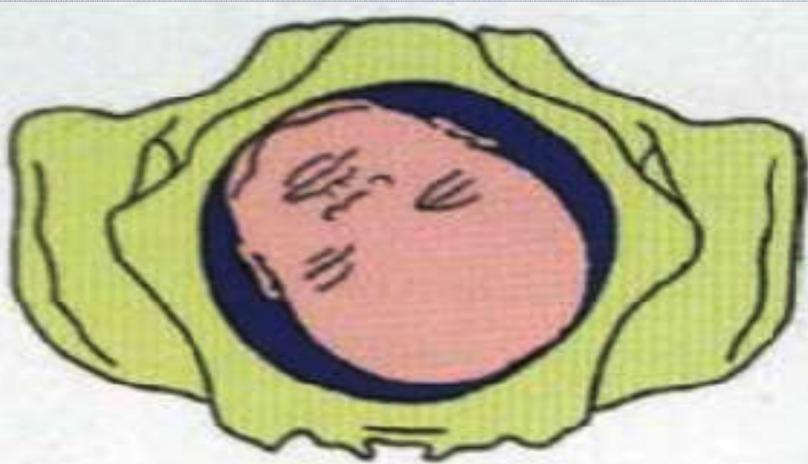
C'est une présentation rare

Sa fréquence se situe entre 0,7 et 2 pour 1000 naissances dont 80% de variétés antérieures

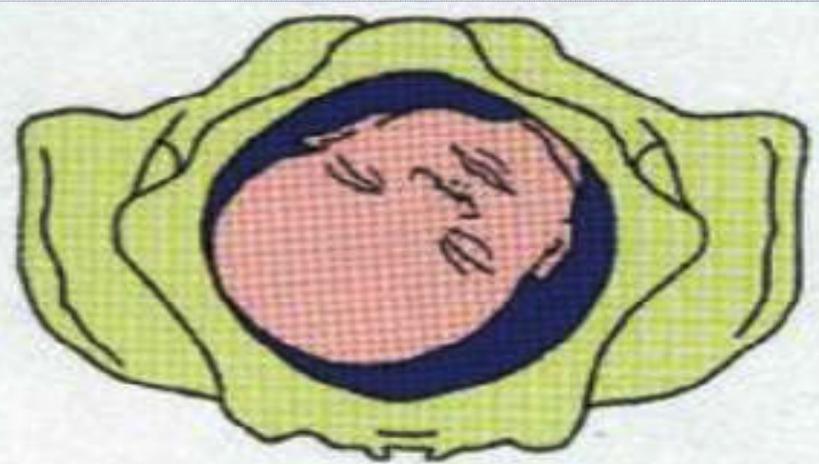
Son repère est le menton qui permet de déterminer les variétés de position

### Les Variétés de position

- Mento-iliaque gauche antérieure (MIGA)
- Mento-iliaque droite postérieure (MIDP)
- Mento-iliaque droite antérieure (MIDA)
- Mento-iliaque gauche postérieure (MIGP)
- Mento-iliaque gauche transverse (MIGT)
- Mento-iliaque droite transverse (MIDT)



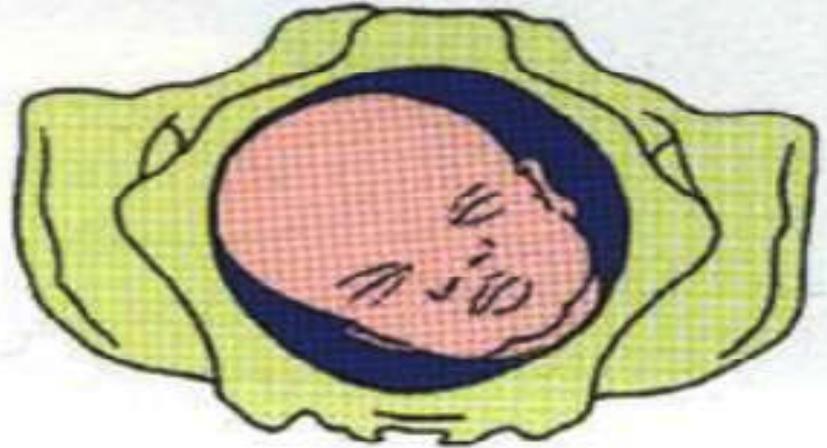
**MIDA**



**MIGA**



**MIDP**



**MIGP**

Variétés de position de la face

## □ Etiologie

L'analyse étiologique revient à l'étude des causes qui empêchent la flexion de la tête fœtale ou favorisent sa déflexion, encore que bien souvent, aucune cause précise n'est retrouvée

### ➤ Les étiologies maternelles :

- ✓ Les viciations pelviennes dont le **rétrécissement modéré du bassin** et **les bassins aplatis** (dans lesquels l'accommodation se fait par légère déflexion qui peut s'exagérer lors de la tentative d'engagement)
- ✓ **La grande multiparité**
- ✓ **Les Malformation utérines**
- ✓ **L'obliquité utérine**
- ✓ **La contractilité asymétrique du segment inférieur (Lacomme)**

## ➤ Les causes foétales:

- ✓ **Les tumeurs ou malformations du cou** (goitre, thymome, lymphangiome)
- ✓ **L'hypertonie des muscles cervicaux du fœtus** (torticollis congénital)
- ✓ **L'hydrocéphalie**
- ✓ **La dolichocéphalie:** considérée une cause primordiale pour Merger
- ✓ **La prématurité**
- ✓ **Le retard de croissance**

## ➤ Les causes annexielles:

- ✓ **L'hydramnios** permettant au fœtus de se mettre dans n'importe quelle position
- ✓ **Un placenta prævia**
- ✓ **Une circulaire du cordon**

## □ Diagnostic

Pendant la grossesse, le diagnostic clinique des présentations primitives de la face est difficile et **rarement posé en fin de gestation**. Elles sont souvent découvertes lors d'examen échographique ou radiologique.

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.

Pendant le travail, le diagnostic clinique parfois difficile est fait dans plus de 60% des cas au-delà de 05cm de dilatation.

## ➤ Le diagnostic positif

### ❖ Clinique

#### ▪ A l'interrogatoire on recherche la notion de:

✓ Présentations défléchies à répétition faisant suspecter une cause permanente (viciation pelvienne)

✓ Accouchements dystociques ayant nécessité des manœuvres obstétricales foeticides ou non ( Front, Bregma)

#### ▪ A l'inspection

On ne relève aucune particularité par rapport aux autres présentations céphaliques:

l'utérus est à grand axe longitudinal, assez souvent oblique latéro-dévié à droite

## ▪ A la palpation :

### ✓ En regard de l'aire du DS:

- On note l'existence d'un débord sus-symphysaire
- On palpe une masse dure, régulière, excentrée (n'occupant que la moitié du DS)
- A l'opposé de l'occiput il est rare qu'on palpe la saillie angulaire en « **fer à cheval** » mandibulaire du maxillaire inférieur constituant une forte présomption diagnostique

### ✓ Au niveau du fond utérin:

- On palpe une masse irrégulière molle correspondant au siège

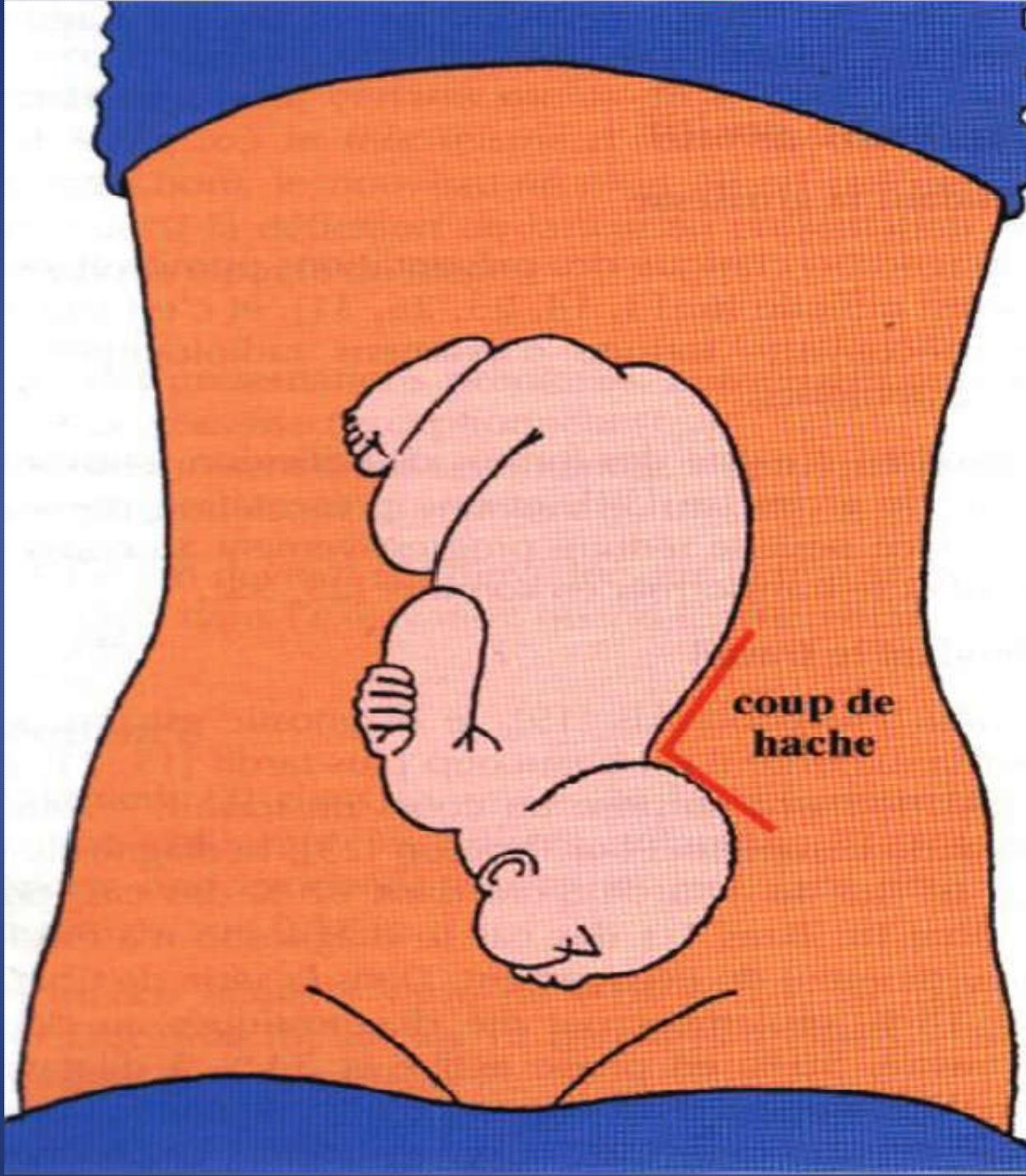
### ✓ Latéralement:

- les doigts descendant le long du dos rencontrent comme « **un pas de marche** »  
(l'occiput est séparé du dos par un sillon)

C'est « **le coup de hache** » de la présentation défléchie ou **signe de Tarnier** , plus accentué que dans la présentation du front et du bregma.

Au total:

**La palpation permet tout juste de poser le diagnostic de  
présentation céphalique mal fléchie**



**coup de  
hache**

## ▪ L'auscultation

Elle n'est d'aucun intérêt pour le diagnostic

## ▪ Au toucher vaginal (plus précis que la palpation)

On distingue une masse molle (les joues) avec au milieu les arcades orbitaires et leurs globes oculaires mous et rénitents, le nez, la bouche reconnue grâce aux mouvements de succion déclenchés par le doigt qui pénètre dans la cavité buccale et le menton en forme de fer à cheval qui sera bien perçus lorsque la dilatation cervicale atteint 6-7cm.

**La grande fontanelle n'est jamais perçue.**

## ❖ Paraclinique

Souvent il se produit une bosse séro-sanguine au niveau de la face qui va modifier les sensations digitales

▪ Une radio du contenu utérin sera demandée permettant de poser le diagnostic en mettant en évidence la déflexion de la tête

▪ L'échographie peut aussi être utile pour :

✓ préciser la présentation

✓ visualiser la déflexion de la tête

✓ éliminer une anomalie foetale : Hydrocéphalie, dolichocéphalie...

**Ainsi**

**Le diagnostic positif est posé par la clinique:  
c'est la perception du menton  
et  
la non perception de la grande fontanelle**

**Ce diagnostic peut être, si besoin est, confirmé par la radio du contenu  
utérin ou l'échographie**

## ➤ Le diagnostic différentiel

On discutera:

- ✓ La présentation du front: la perception du bregma et la non perception du menton sont la clé du diagnostic
- ✓ La présentation du siège: elle ne prête guère à confusion, à moins de prendre les fesses dans le siège décomplété pour les joues du fait de l'existence d'une volumineuse BSS
- ✓ La présentation du sommet du fait d'une importante BSS qui peut faire errer le diagnostic:

**La perception du lambda est la clé du diagnostic;  
celui-ci n'est jamais retrouvé dans les présentations défléchies**

## □ Mécanique obstétricale

### ➤ L'engagement:

#### ✓ L'Orientation

la tête se défléchit modérément, amenant le grand diamètre de la face, le sincipito-mentonnier dans un diamètre oblique du bassin , ou dans le diamètre transverse.

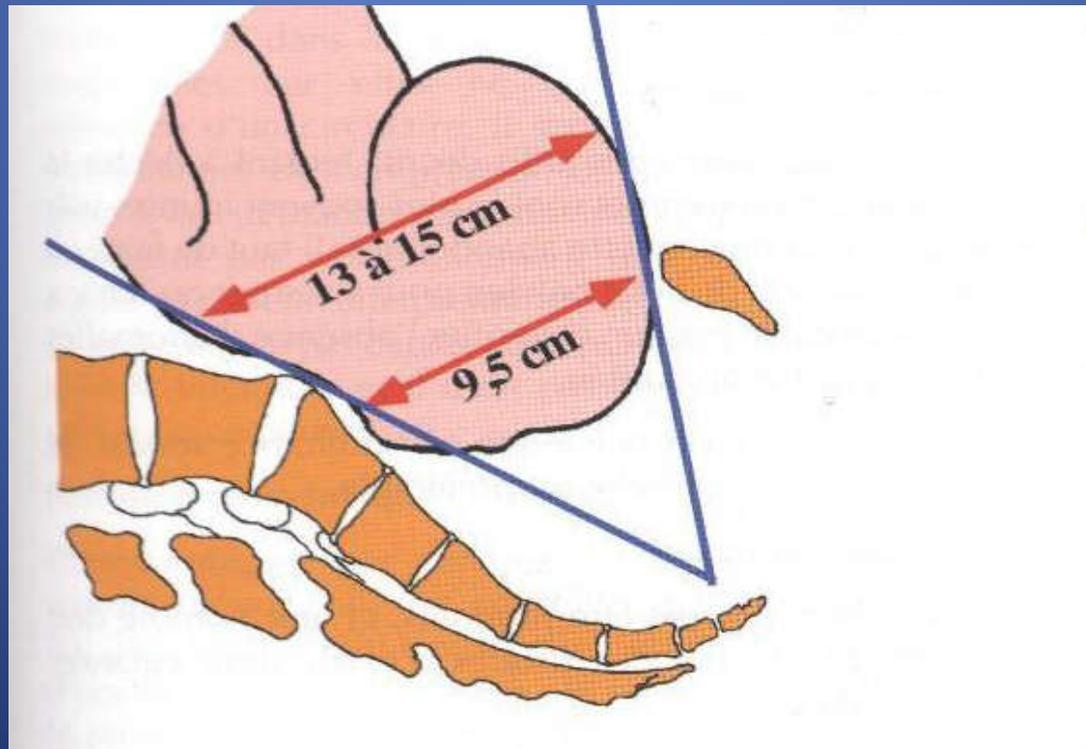
#### ✓ Amoindrissement

Il se fait par une exagération de la déflexion de la tête du fait de la contre pression de l'occiput butant le 1<sup>er</sup> contre la margelle du bassin.

Au diamètre sincipito-mentonnier trop grand est substitué le sous mento-bregmatique de 9.5 cm facilement acceptable.

## ✓ L'engagement proprement dit

Ainsi préparé, il se fait aisément, mais il est vite limité du fait de la solidarisation céphalo-thoracique (l'occiput de la tête défléchie s'incrétant dans le dos) qui amène au DS le diamètre presterno-sincipital de 13.5 cm beaucoup plus grand pour franchir celui-ci



## ➤ La descente et rotation:

Il est indispensable que le diamètre sincipito-présternal soit remplacé par un diamètre plus faible.

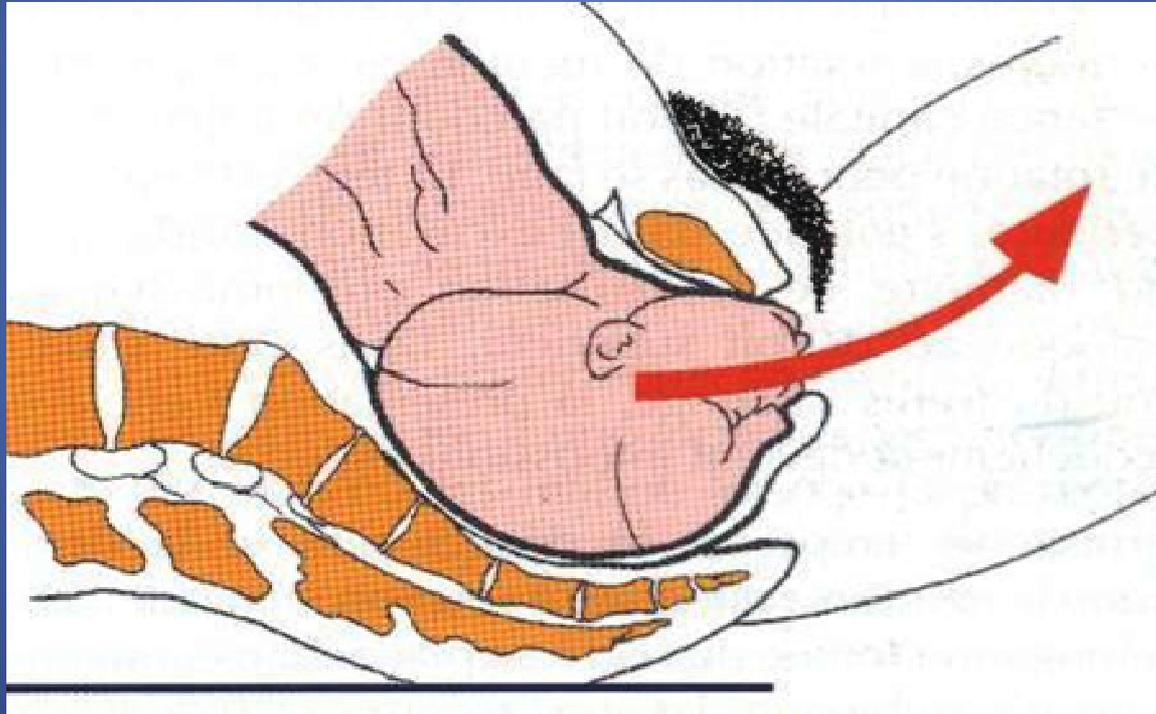
Pour cela, **le menton doit s'échapper en avant** pour permettre la désolidarisation du bloc thoraco-céphalique.

**Il ne peut s'échapper**, en effet, **qu'en avant** en s'engageant sous la symphyse pubienne, avec une rotation de **45°** pour les variétés **antérieures** et de **135°** pour les variétés **postérieures**

Il ne peut le faire ni en arrière, ni latéralement car il rencontre respectivement le sacrum et les surfaces quadrilatères.

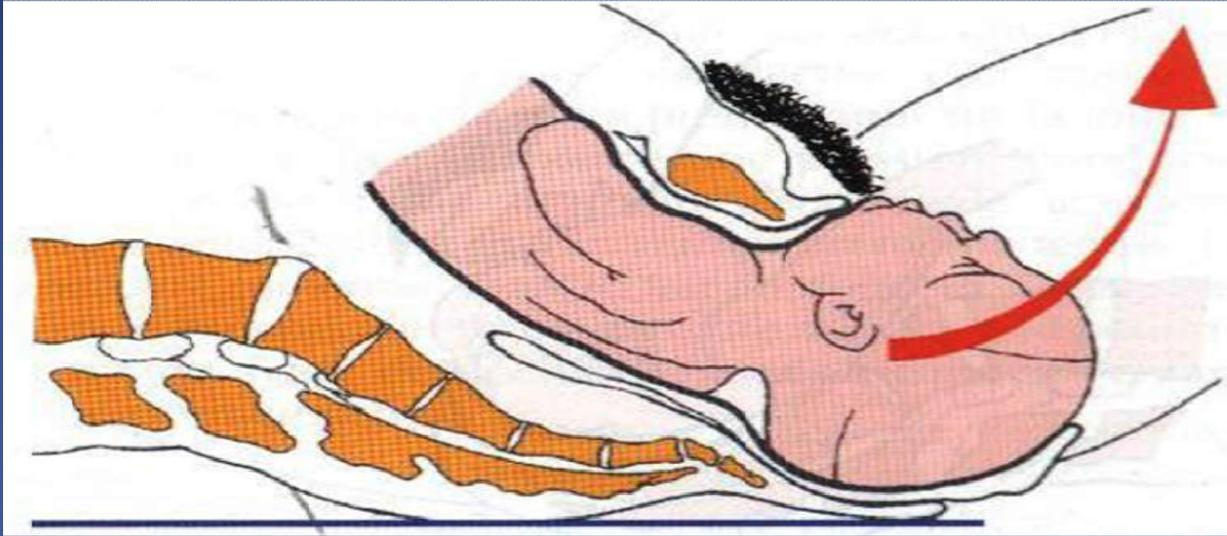
## ➤ le dégagement:

Le menton se fixe sous la symphyse pubienne, sa saillie en avant diminue les diamètres céphaliques, de plus que l'occiput se place en arrière de la concavité sacrée



Le bord inférieur de la symphyse sert alors de charnière, un mouvement de flexion se produit progressivement

**La tête se dégage alors face en dessus :**



**on voit apparaître à la vulve successivement la bouche, le nez, le front, le bregma et l'occiput.**



**Ce dégagement est suivi d'une rotation extra-pelvienne dite mouvement de restitution.**

**L'accouchement des épaules et du siège sont identiques à celui du sommet**

## □ Les Phénomènes dynamiques:

La face restant longtemps élevée, le col est mal sollicité et **la dilatation cervicale est alors perturbée.**

**La poche des eaux**, assez souvent, bombante **se rompt précocement.**

## ❑ Les Phénomènes plastiques:

✓ La BSS intéresse les lèvres, les joues et les paupières avec assez souvent des excoriations siégeant au niveau des téguments fragiles de la face suite à des TV trop fréquents.



✓ Des déformations intrinsèques telle la dolichocéphalie passagère ou la lordose vertébrale qui persiste, parfois assez longtemps; la tête rejetée en arrière gêne le jeu du larynx, est à l'origine de la raucité de la voix.

## □ Pronostic

### ➤ Pronostic maternel :

✓ La mortalité maternelle est exceptionnelle (possible au cours de l'enclavement de la tête induisant à une rupture utérine)

✓ La morbidité maternelle est par contre, élevée en rapport avec les lésions périnéales au cours du dégagement

### ➤ Pronostic Foetal : Il est réservé en rapport avec :

✓ La survenue d'une procidence du cordon

✓ Les manœuvres obstétricales parfois difficiles et traumatisantes

## ✓ L'enclavement



## □ Conduite à tenir

La présentation de la face **est la moins dystocique des autres présentations défléchies.**

l'accouchement étant possible voire facile dans la plupart des mento-iliaques antérieures, et même dans certaines mento-iliaques postérieures à condition que la rotation se fasse en avant.

Il paraît donc licite de ne pas intervenir systématiquement, mais de laisser le travail se dérouler naturellement, sous surveillance étroite.

## ➤ En cas d'évolution favorable

Il est impératif de :

- ✓ Vérifier et surveiller le bon déroulement de l'accouchement
- ✓ Préserver l'intégrité des membranes en évitant leur rupture précoce spontanée (les TV doivent être rares et prudents) ou artificielle.

## ➤ En cas d'évolution défavorable

### ✓ Face non engagée au dessus du DS :

La **césarienne** reste l'intervention la mieux adaptée (version ou forceps sont déconseillés voire contre-indiqués)

### ✓ Face engagée; la tête étant à la partie haute de l'excavation:

On intervient pour défaut de rotation (fréquente dans les mento-iliaques transverses ou mento-iliaques postérieures).

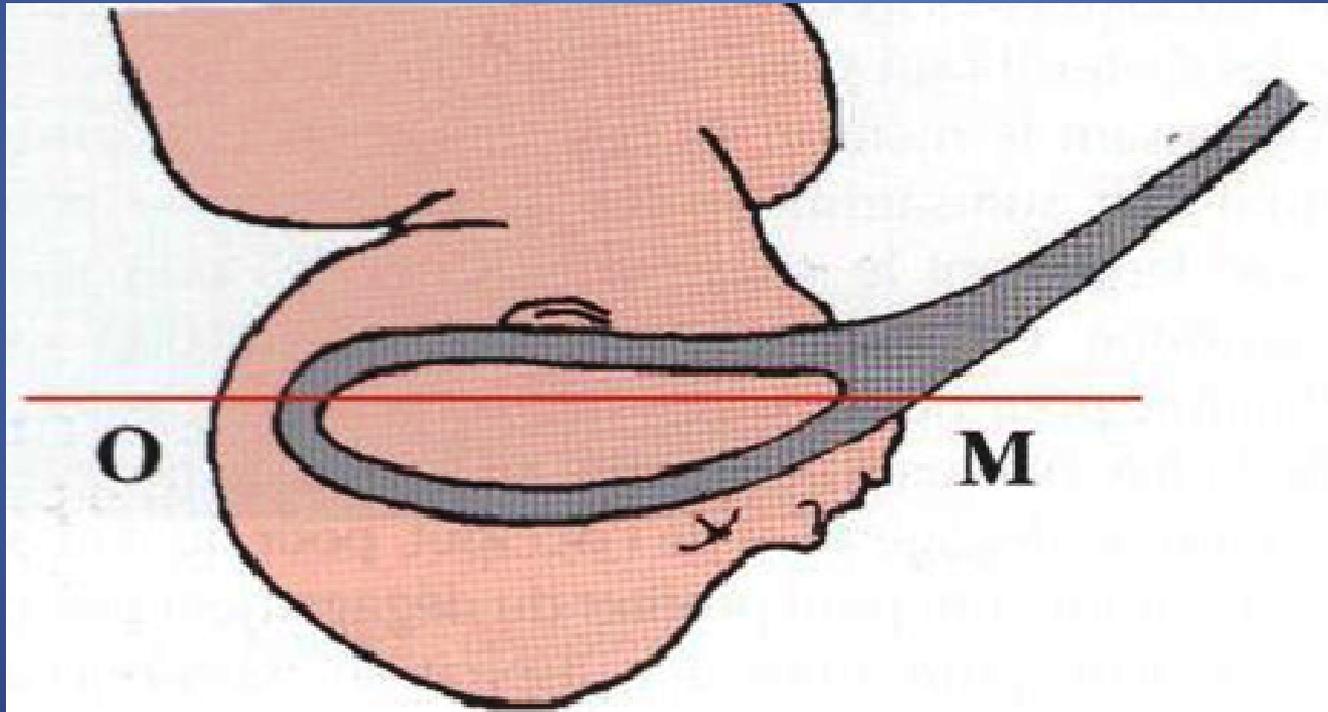
Pour cela :

- On fera, dans un 1<sup>er</sup> temps, pousser un peu la gestante et on suivra l'évolution de la tête

- En cas d'échec on pratiquera une rotation manuelle : c'est la **manœuvre de Demelin** qui consiste à transformer cette variété postérieure en une variété antérieure, en faisant effectuer cette rotation en avant au moment d'une contraction utérine.
- Si malgré de bonnes contractions et un bon relâchement utérin , la tentative manuelle échoue la **césarienne** s'impose

## ➤ En cas de retard au dégagement

Bien que le menton soit sous la symphyse, l'expectative ne doit pas être longue; l'extension des vaisseaux du cou pouvant menacer la vie de l'enfant.

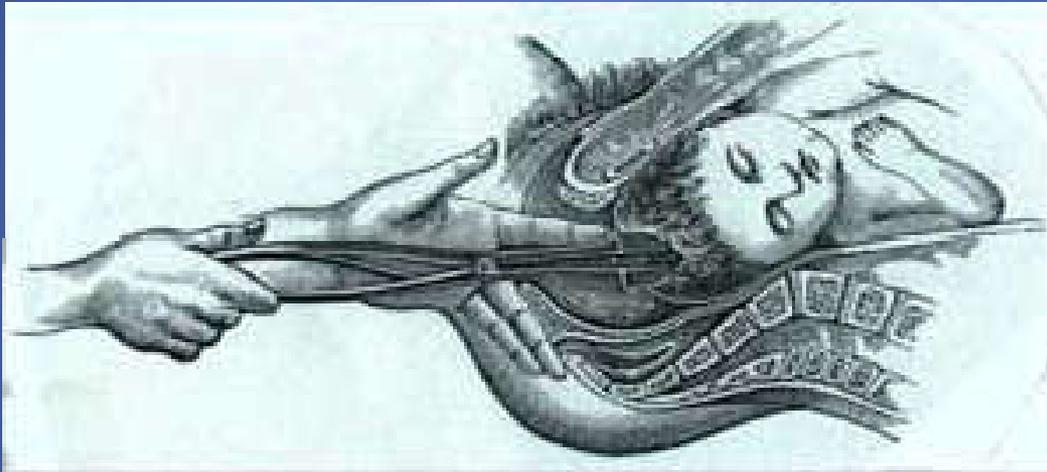


Une prise de forceps directe permettra le dégagement par flexion progressive.

➤ En cas d'enclavement de la tête (exceptionnelle)

✓ Enfant mort (le plus souvent) :

On peut pratiquer une **cranioclasie** (le perforateur introduit en plein front, puis la rotation est effectuée en avant)



✓ Enfant vivant (parfois) :

On peut effectuer une **symphysiotoomie** qui donne de bons résultats mais les séquelles maternelles sont souvent importantes, ce qui fait que l'on opte actuellement vers le recours à la **césarienne**

## □ Conclusion

La présentation de la face est une présentation rare.

C'est une présentation céphalique potentiellement dystocique dans laquelle la tête est en déflexion complète .

Son repère est le menton.

**La face tourne en avant ou meurt.**

# Présentation du front

## □ Définition

On parle de présentation du front lorsque lors de l'accouchement par voie basse, la position de la tête est intermédiaire entre la présentation du sommet et celle de la face; en un mot entre la flexion et la déflexion

C'est donc **une présentation céphalique du travail** dans laquelle **la tête fœtale en déflexion partielle au 2/3** se fixe au DS et tente de s'engager

Cette définition exclut donc les présentations dites « transitoires » qui se transforment secondairement en sommet ou en face

En effet, nombre de fois le diagnostic de présentation du front est posé faussement, avant que la présentation ne soit fixée au DS, souvent chez des multipares en début du travail

## ➤ Caractéristiques

C'est une présentation rare.

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

C'est la présentation la plus dystocique des présentations céphaliques

Avec la présentation de l'épaule, elle constitue la dystocie majeure: en aucun cas, dans les conditions normales (bassin normal et fœtus normal) l'on ne doit compter sur un accouchement par les voies naturelles

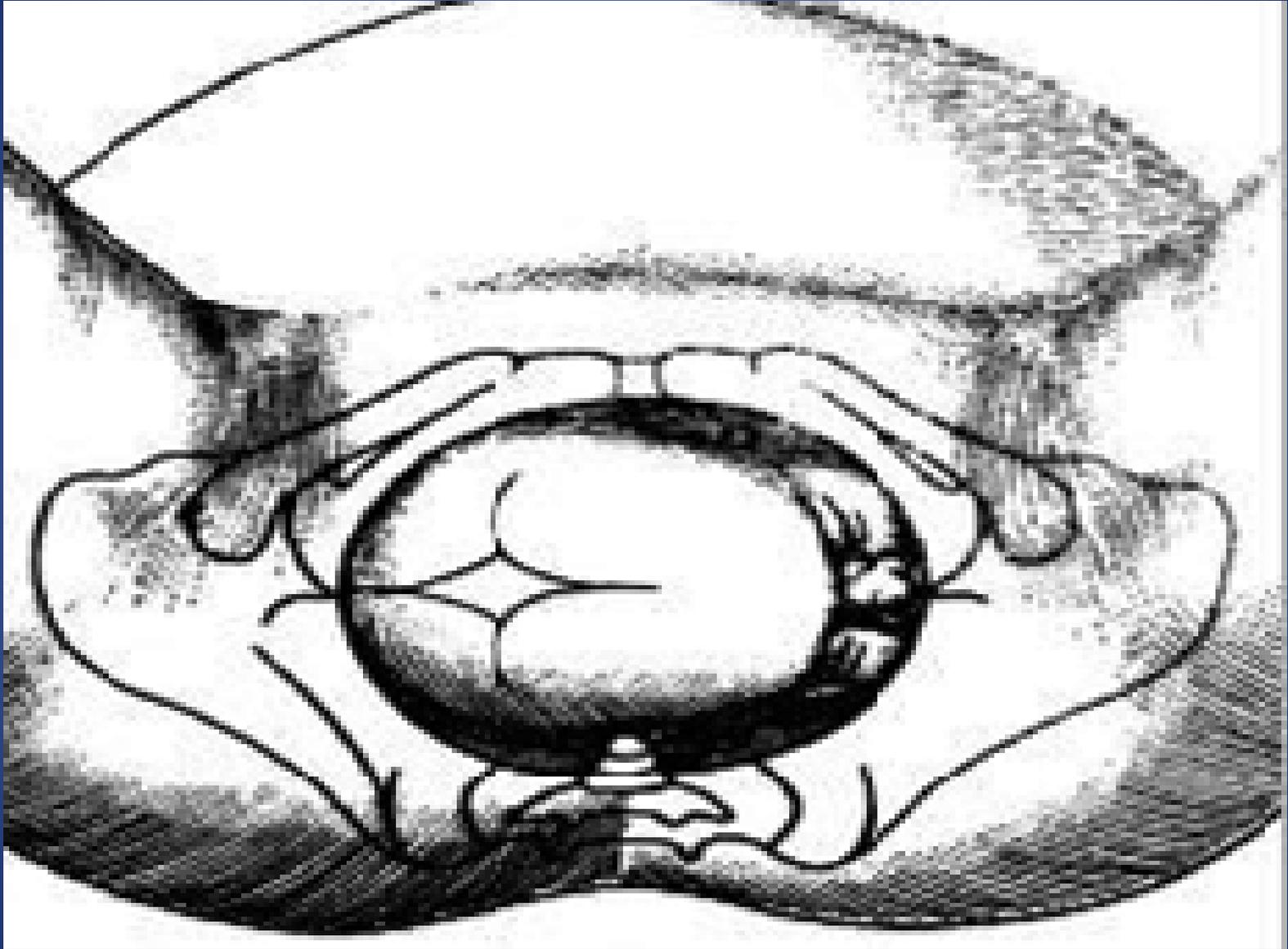
**Cette dystocie est universellement résolue par le recours systématique à la césarienne**

**Son repère est la racine du nez .**

## **Les Variétés de position**

**En fonction de la position du nez dans le bassin, on distingue les variétés suivantes :**

- **Naso-iliaque gauche antérieure (NIGA)**
- **Naso-iliaque droite postérieure (NIDP)**
- **Naso-iliaque gauche postérieure (NIGP)**
- **Naso-iliaque droite antérieure (NIDA)**
- **Naso-iliaque gauche transverse (NIGT)**
- **Naso-iliaque droite transverse (NIDT)**



**Naso-iliaque gauche transverse (NIGT)**

La NIDP est la plus fréquente, correspondant à la MIDP dans la face et à l'OIGA dans le sommet

Classiquement, on subdivisait cette présentation en « **variété frontale** » et « **variétés bregmatique** » selon que la position de la tête se rapproche un peu plus de la flexion (Bregma) ou un peu plus de la déflexion (Front)

En fait, entre ces deux variétés, il existe de profondes différences (cliniques, pronostiques et thérapeutiques) qui font qu'actuellement il est admis par tous que la présentation du Bregma est une entité à part

## □ Etiologie

L'analyse étiologique revient à l'étude des causes qui empêchent la flexion de la tête fœtale ou favorisent sa déflexion, encore que bien souvent, aucune cause précise n'est retrouvée

### ➤ Les étiologies maternelles :

Elles sont les mêmes que pour la présentation de la face:

- ✓ **Les viciations pelviennes** dont le **rétrécissement modéré du bassin** et **les bassins aplatis** (dans lesquels l'accommodation se fait par légère déflexion qui peut s'exagérer lors de la tentative d'engagement)
- ✓ **La grande multiparité**
- ✓ **Les Malformation utérines**
- ✓ **L'obliquité utérine**
- ✓ **La contractilité asymétrique du segment inférieur (Lacomme)**

## ➤ Les causes foétales:

- ✓ **Les tumeurs ou malformations du cou** (goitre, thymome, lymphangiome)
- ✓ **L'hypertonie des muscles cervicaux du fœtus** (torticolis congénital)
- ✓ **L'hydrocéphalie**
- ✓ **La dolichocéphalie**: considérée une cause primordiale pour Merger
- ✓ **La prématurité**
- ✓ **Le retard de croissance**
- ✓ **L'ouverture malencontreuse de la bouche bloquant le maxillaire inférieur sur la margelle du petit bassin** (théorie de Borell et Fernstrom)

## ➤ Les causes annexielles:

- ✓ **L'hydramnios** permettant au fœtus de se mettre dans n'importe quelle position
- ✓ **Un placenta prævia**
- ✓ **Une circulaire du cordon**

# □ Diagnostic

## ➤ Le diagnostic positif

### ❖ Clinique

#### ▪ A l'interrogatoire on recherche la notion de:

✓ Présentations défléchies à répétition faisant suspecter une cause permanente (viciation pelvienne)

✓ Accouchements dystociques ayant nécessité des manœuvres obstétricales foeticides ou non ( Front, Bregma)

#### ▪ A l'inspection

On ne relève aucune particularité par rapport aux autres présentations céphaliques:

l'utérus est à grand axe longitudinal, assez souvent oblique latéro-dévié à droite

## ▪ A la palpation :

### ✓ En regard de l'aire du DS:

- On note l'existence d'un débord sus-symphysaire
- On palpe une masse dure, régulière, excentrée (n'occupant que la moitié du DS)
- A l'opposé de l'occiput il est rare qu'on palpe la saillie angulaire en « **fer à cheval** » mandibulaire du maxillaire inférieur constituant une forte présomption diagnostique

### ✓ Au niveau du fond utérin:

- On palpe une masse irrégulière molle correspondant au siège

### ✓ Latéralement:

- les doigts descendant le long du dos rencontrent comme « **un pas de marche** »  
(l'occiput est séparé du dos par un sillon)

C'est « **le coup de hache** » de la présentation défléchie ou **signe de Tarnier** , mais moins accentué que dans la présentation de la face.

**Au total:**

**La palpation permet tout juste de poser le diagnostic de  
présentation céphalique mal fléchie**

## ▪ L'auscultation

Elle n'est d'aucun intérêt pour le diagnostic

## ▪ Au toucher vaginal

- ✓ Les doigts tombent directement sur le front
- ✓ Au pourtour du front, on perçoit :
  - D'un côté la suture sagittale menant à une dépression losangique (le bregma)
  - A l'opposé on reconnaît la saillie mousse et convexe des arcades sourcilières et les globes oculaires
  - Perpendiculairement branchée sur le rebord orbitaire, la racine du nez de forme pyramidale épargnée toujours par une éventuelle bosse séro-sanguine; les narines sont parfois palpées
- ✓ Comme signes négatifs importants, on ne perçoit jamais la bouche ni la petite fontanelle

## ❖ Paraclinique

Devant tout accouchement qui se prolonge anormalement sans explication, il faut penser à :

✓ une anomalie du bassin passée inaperçue

✓ une présentation du front passée inaperçue

▪ Une radio du contenu utérin sera demandée permettant de poser le diagnostic en mettant en évidence une tête en position intermédiaire

▪ L'échographie peut aussi être utile pour :

✓ préciser la présentation

✓ visualiser la déflexion de la tête

✓ éliminer une anomalie fœtale : Hydrocéphalie, dolichocéphalie...

**Ainsi**

**Le diagnostic positif est posé par la clinique:  
c'est la perception de la racine du nez  
et  
la non perception du menton**

**Ce diagnostic peut être, si besoin est, confirmé par la radio du contenu  
utérin ou l'échographie**

## ➤ Le diagnostic différentiel

On discutera:

- ✓ La présentation de la face: la perception du menton est la clé du diagnostic
- ✓ La présentation du siège: elle ne prête guère à confusion, à moins de prendre les fesses dans le siège décomplété pour les joues du fait de l'existence d'une volumineuse BSS
- ✓ La présentation du sommet du fait d'une importante BSS qui peut faire errer le diagnostic:

**La perception du lambda est la clé du diagnostic;  
celui-ci n'est jamais retrouvé dans les présentations défléchies**

## ❑ Phénomènes mécaniques

la tête amène au DS son plus grand diamètre sagittal le **syncipito-mentonnier** ou le **syncipito-facial** si la bouche est ouverte (13,5 et 12,5 cm)

Ce diamètre est supérieur aux diamètres d'engagement d'un bassin normal

**L'engagement est alors impossible**

**L'accouchement par voie basse est impossible pour un fœtus normalement constitué**

**Par conséquent**

**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 foetal**

Dès le diagnostic 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

✓ Délabrements périnéaux

✓ Fistules urinaires, secondaires à la chute d'escarre, générées par l'ischémie des parties molles maternelles

✓ Mort maternelle

Un accouchement par voie basse est possible si le poids foetal est estimé à 2000gr

➤ L'engagement:

✓ **L'Oriantation**

La tête s'oriente dans un diamètre oblique (gauche le plus souvent) ou dans un diamètre transverse

✓ **Amoindrissement**

Il se fait par tassement: il y a un aplatissement de l'occiput et du menton

La circonférence d'engagement est transformée en un véritable cylindre d'engagement

## ✓ **L'engagement proprement dit**

3 théories ont été avancées pour tenter d'expliquer le mécanisme de ce dégageement:

✓ **Pour Mangiagalli**: l'engagement se fait par asynclitisme ; le menton passant le premier

✓ **Pour Pollosson**: l'engagement se fait par asynclitisme ; c'est l'occiput qui passe le premier

✓ **Pour Madame Lachapelle**: l'engagement se fait par frottement dur, le tassement se poursuit, le menton et l'occiput se ratatinent et tout ce cylindre pénètre dans le DS

## ➤ La descente et rotation:

Le tassement continue à se faire et la descente est lente et laborieuse

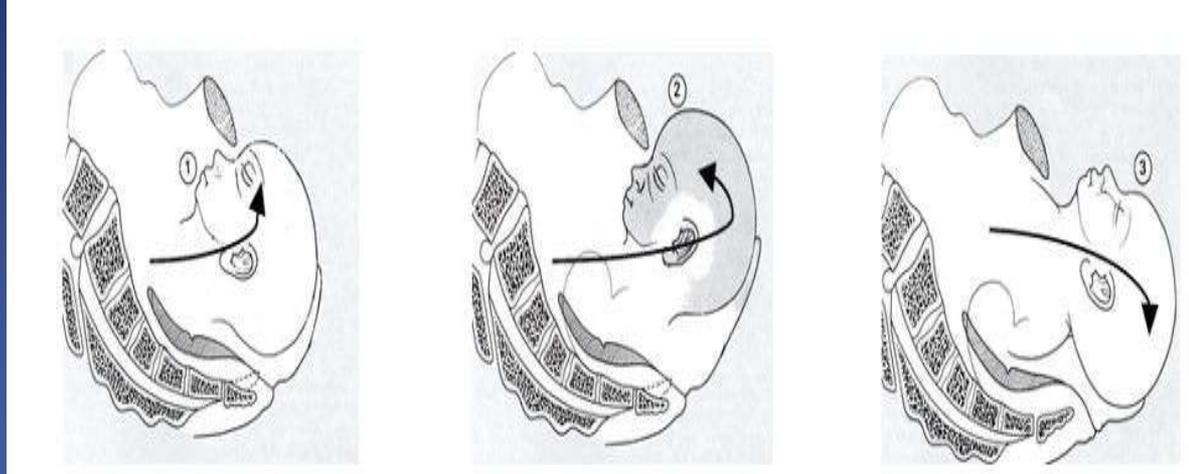
La rotation est également lente et laborieuse se faisant soit:

✓ En avant, le plus souvent, amenant le nez en nasopubien derrière la symphyse pubienne

✓ En arrière amenant le nez en nasosacré

## ➤ le dégagement:

Le tassement se poursuivant encore, le nez continue à descendre jusqu'à ce que la racine du nez se cale sous la symphyse pubienne



Un mouvement de flexion autour du nez va dégager l'occiput et le synciput

Quand le synciput arrive au niveau de la fourchette vulvaire, il y a un mouvement de déflexion autour du sous occiput avec dégagement du nez, de la bouche et du menton

Ce dégagement est suivi d'une rotation extra-pelvienne dite mouvement de restitution.

L'accouchement des épaules et du siège sont identiques à celui du sommet

En pratique il existe presque toujours un enclavement de la tête dans la partie haute de l'excavation

## □ Phénomènes dynamiques

L'hypercinésie utérine secondaire à un syndrome de lutte traduit l'anomalie mécanique méconnue

## □ Les phénomènes plastiques

Quelque soit la variété de position, il existe des déformations plastiques

La BSS siège en pleine région bregmatique, disparaît en 24 à 48 heures

Les déformations osseuses générées par les phénomènes d'amoindrissement et la progression de la présentation modèlent la tête qui prend un aspect en « pain de sucre »

## □ Conduite à tenir

### ➤ Chez la primipare

**La sanction ne peut être chirurgicale  
car l'accouchement par voie basse est impossible pour un fœtus  
normalement constitué**

### ➤ Chez la multipare

**la sanction ne peut être chirurgicale pour un fœtus normalement constitué**

✓ En l'absence d'enclavement de la tête fœtale et quand existe un certain degré de mobilisation de celle on peut tenter afin d'éviter une césarienne

soit:

- Par un complément de flexion de transformer cette présentation en sommet
- Par un complément de déflexion de transformer cette présentation en face

✓ En cas d'enclavement de la tête foetale:

- **Césarienne** avec toutes les précautions lors du désenclavement et du refoulement de la tête
- **Symphysiotomie de Zarate** en l'absence de bloc opératoire dans certaines situations (lieu)

✓ En cas de mort foetale

- **Césarienne**
- **Cranioclasie** quand la dilatation cervicale est avancée avec un obstétricien expérimenté

# Présentation du bregma

## □ Définition

On parle de présentation du Bregma lorsque lors de l'accouchement par voie basse, la position de la tête est en légère déflexion , intermédiaire entre la présentation du sommet et celle du front

C'est une présentation céphalique défléchie du travail dans laquelle **la déflexion de la tête fœtale est partielle au 1/3**

**Certains auteurs l'appellent présentation du front en variété bregmatique tant elle ressemble à la présentation du front.**

## ➤ Caractéristiques

Elle représente 0,1% des naissances dont 80% sont des variétés antérieures

Le repère est la grand fontanelle

### Les Variétés de position

C'est la région frontale qui détermine les variétés de position

- ✓ droite ou gauche
- ✓ antérieure ou postérieure

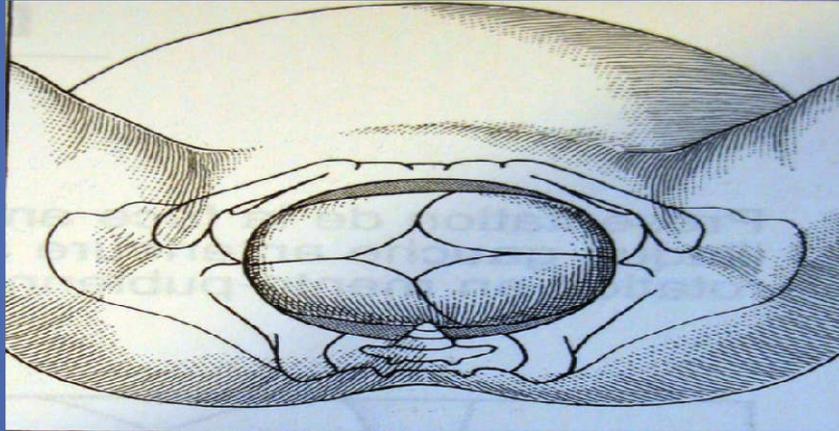
## □ Etiologie

Les étiologies sont rarement retrouvées

Elles sont les mêmes que pour la présentation du front et de la face

## □ Diagnostic

### ➤ Le diagnostic positif



Le diagnostic est réalisé pendant le travail

Au toucher vaginal : le bregma se situe au centre du DS

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

### ➤ Le diagnostic différentiel

✓ la variété de position Occipito-Sacrée (OS)

✓ le front

## ❑ Mécanique obstétricale et conduite à tenir

Marche de l'accouchement :

l'évolution peut être favorable ou défavorable avec risque d'enclavement

### ➤ Les phénomènes mécaniques

#### ✓ L'Orientation

Le diamètre antéro-postérieur se présentant au DS est l'occipito-frontal (11,5 à 12 cm)

La présentation s'oriente dans un des diamètres obliques ou dans le diamètre transverse du DS

#### ✓ L'Amoindrissement

Il se fait par tassement de tous les diamètres de la tête qui se déforme en prenant l'aspect d'un cylindre

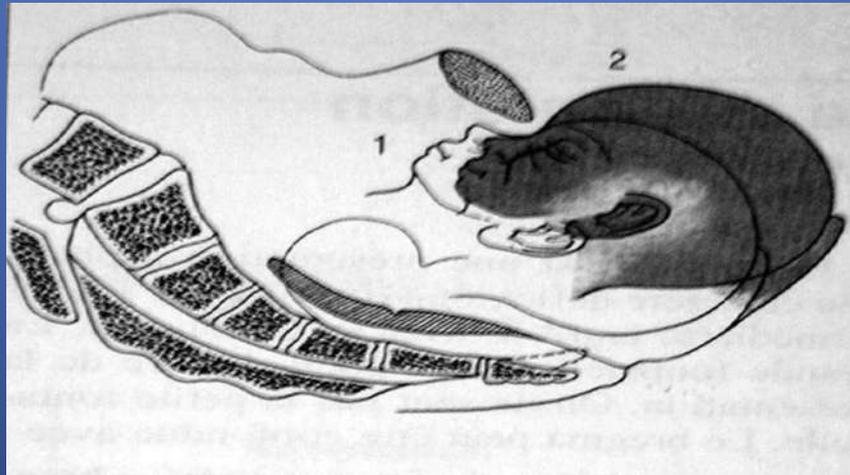
❖ L'engagement et la descente se faisant alors sans difficulté

## ✓ La descente et rotation

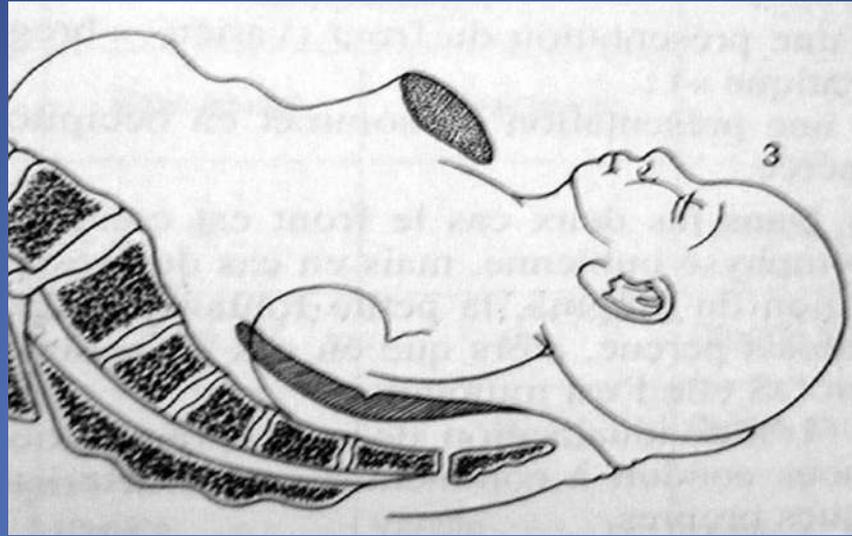
Après l'engagement, l'occiput descend et effectue une rotation amenant la racine du nez sous la symphyse pubienne qui sera le point de pivot

## ✓ Le dégagement

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

**Le dégagement en fronto-postérieur est exceptionnel**

➤ Les phénomènes plastiques

La BSS siège en pleine région bregmatique, disparaît en 24 à 48 heures

## ❑ 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 (**signe de « la croix »**)

La poche des eaux sera respectée le plus longtemps possible

La dilation est plus longue et les lésions périnéales plus fréquentes (**à protéger par épisiotomie**)

➤ **La césarienne sera préconisée:**

✓ **En cas de SFA**

✓ **En l'absence d'engagement de la tête fœtale**

➤ Si durant le travail la tête fœtale se fléchit il s'agit alors d'un sommet mal fléchi avec possibilité d'un accouchement par voie basse au prix très souvent d'une extraction instrumentale (forceps ou vacuum extractor)

➤ Si durant le travail la tête fœtale se défléchit il s'agit alors:

✓ **Soit d'un front** : La sanction ne peut être que chirurgicale (césarienne)

✓ **Soit d'une face** : Possibilité d'un accouchement par voie basse si le menton tourne en avant

**Merci  
De  
Votre Attention**