



# PRÉSENTATION TRANSVERSE

Dr L.BOUHMAMA

# DÉFINITION

- On parle de présentation transversale ou oblique quand l'axe du fœtus et du bassin sont perpendiculaires.
- Ces positions transversales ou obliques sont **toujours dystociques**, l'accouchement spontané est impossible



# DÉFINITION

## présentations transverses

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



## présentations obliques

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



# DÉFINITION

- Cette position, prend le nom, en début de travail de présentation de l'épaule

=> c'est l'épaule foetale qui est au contact de l'aire de détroit supérieur et va tenter à s'y engager



# FRÉQUENCE

- La présentation de l'épaule est une présentation rare
- Représente 0.3 à 0.8 % de l'ensemble des présentations



# VARIÉTÉS

- Le repère est l'acromion
- Le dos du fœtus est en avant ou en arrière
- Les dorso antérieures sont plus fréquentes.
- 4 variétés:
  - Épaule droite en dorso antérieure
  - Épaule gauche en dorso antérieure
  - Épaule droite en dorso postérieure
  - Épaule gauche en dorso postérieure



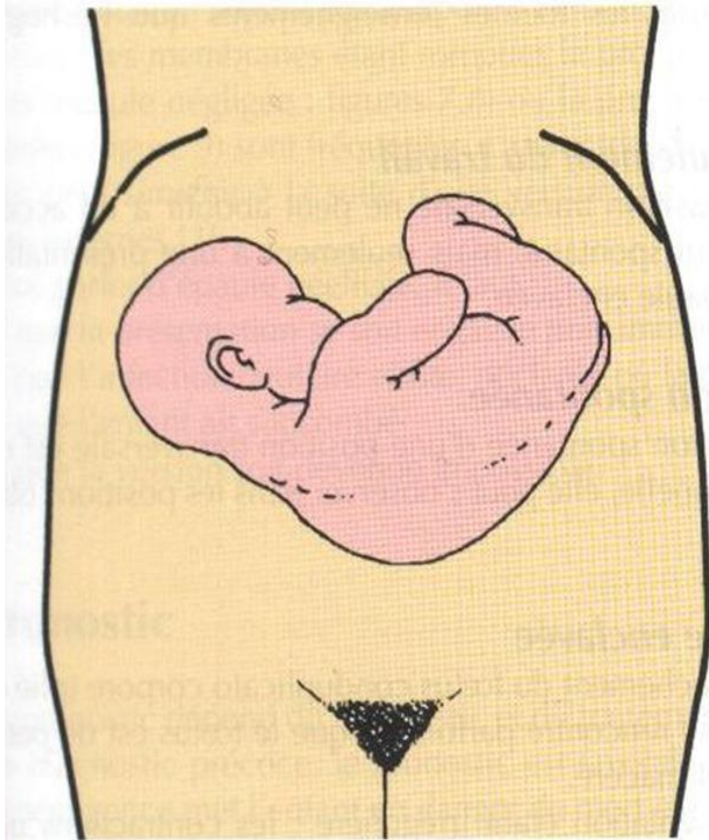


Figure 1 : position transversale (dorso-antérieure)

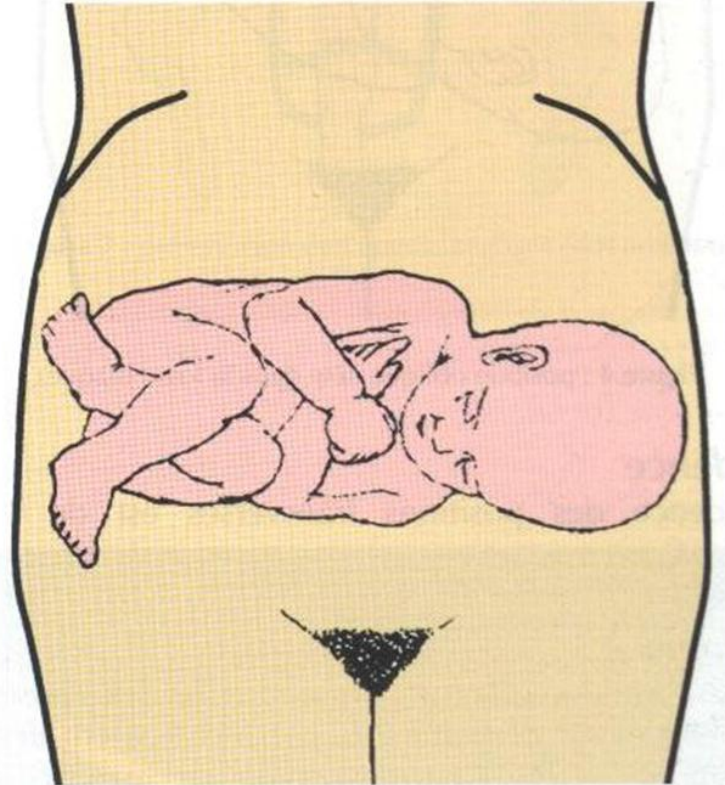


Figure 2 : position transversale (dorso-postérieure)



# ÉTIOLOGIES

- 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 foetales dont anencéphalie et hydrocéphalie,
  - Hydramnios,
  - Grande prématurité,
  - Disproportions foeto-pelviennes,
  - Utérus malformé ou déformé par un fibrome.





# CLINIQUE

- En fin de grossesse
- À l'interrogatoire:
- Antécédents obstétricaux de présentation d'épaule, de malformation utérine , obstacle prævia



# CLINIQUE

- l'utérus à un développement transversal
- 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 foetale ni le siège, excavation vide, segment inférieur épais mal amplifié
- Auscultation : Les BCF en péri-ombilical sont nets quand le dos est en avant



# CLINIQUE

- Au moment du travail
- l'inspection, palpation , auscultation rapportent les mêmes renseignements.
- TV :
  - Si les membranes sont intactes, la PDE sera volumineuse , saillante bombante , gênant l'examen, les repères foetaux difficiles à apprécier.
  - Si la PDE est rompu, le toucher vaginal : perception du moignon de l'épaule, du creux axillaire , du gril costal et parfois du membre supérieur entier dont la main est dans le vagin



# ÉPAULE NÉGLIGÉE

- L'évolution spontanée non traitée (méconnue)
- Trois conditions sont nécessaire pour parler d'épaule négligée:
  - Femme en travail
  - Œuf ouvert
  - L'utérus doit être rétracté ( certain temps depuis début du travail et RPM)
  - **Il est inconcevable actuellement de voir l'épaule négligée**



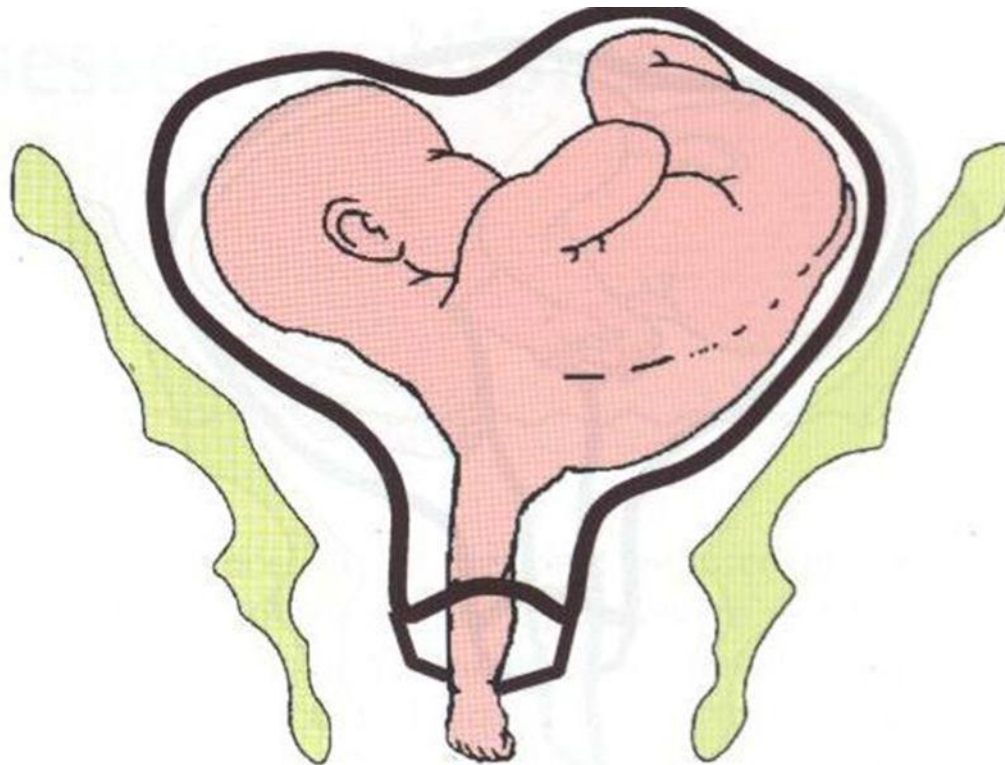


Figure 7 : présentation de l'épaule négligée (dos antérieur)



# EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- L'échographie ainsi que la radiographie confirme le diagnostic



# ÉVOLUTION

- La rétraction utérine => une hypercinésie est liée à l'échec de tentative d'engagement => ébauche de descente avec étirement du cou, tassement => enclavement du fœtus dans l'excavation pelvienne => SFA => mort fœtale



# ÉVOLUTION

- syndrome de lutte contre obstacle => pré-rupture  
=> rupture utérine éclatement => état de choc  
et mort maternelle





# PRONOSTIC

- l'accouchement normal est quasi-impossible.
- On ne parle que de pronostic d'épaule traitée.
- le pronostic maternel est excellent, il n'y a plus de mortalité maternelle.
- Le pronostic foetal dépend de:
  - la précocité du diagnostic
  - du contexte clinique ( procidence du cordon, prématurité..)
  - la mortalité foetale reste non négligeable



# CONDUITE À TENIR

⇒ Avant le travail

- 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.



# CONDUITE À TENIR

=> Avant le travail

- Un diagnostic précis de la position foetale doit être fait.
- Tentative de version par manœuvre externe dans la majorité des cas vers 38SA suivie par un déclenchement du travail .
- Césarienne d'emblée s'il existe un obstacle prævia ou une disproportion foeto-pelvienne



# VME



## VERSION PAR MANŒUVRE INTERNE

- Pendant le travail:
- Uniquement J2 en présentation transverse
- Il s'agit de transformer la présentation en présentation du siège.
- Nécessite que la dilatation du col complète, membranes intactes ou rompues depuis peu de temps
- l'utérus soit sain et souple.
- absence d'autres anomalies obstétricales



# VMI

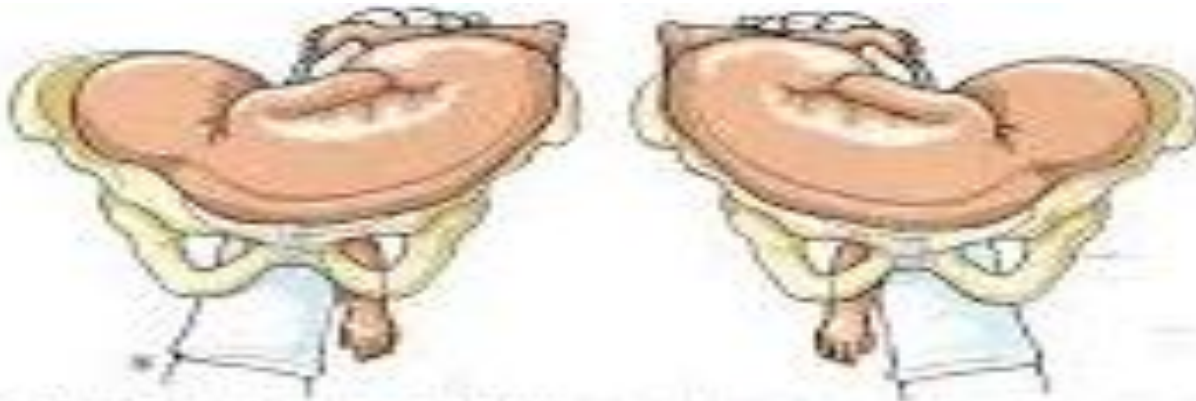


Figure 32. Anterior & posterior to normal position (about 45°) to pelvic axis. Degree of rotation to either extreme cannot be predicted.

