

PRÉSENTATION DE SOMMET

Dr L. BOUHMAMA



Objectifs

- Reconnaître une présentation du sommet en précisant sa variété
- Faire le diagnostic de l'engagement
- Etre capable d'expliquer le mécanisme de la descente et de la rotation de la tête dans la présentation du sommet

Définition

- L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles.

Rappels

- Le travail comprend trois parties :
 - l'effacement et la dilatation du col
 - l'expulsion du fœtus, ou accouchement proprement dit,
 - la délivrance qui correspond à l'expulsion du placenta et des membranes.

Effacement et dilatation du col utérin chez la primipare et la multipare



Avant le travail



Effacement complet



Début de dilatation



Dilatation complète

PRIMIPARE



Avant le travail



Effacement et dilatation
simultanée



Dilatation presque complète

MULTIPARE

La présentation foetale

- On appelle présentation la partie du fœtus qui se présente en premier dans l'aire du bassin

Céphalique



C

Présentation du sommet.

Transverse



Siège

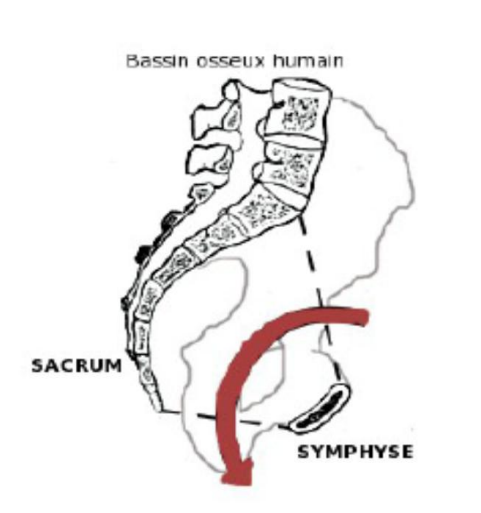
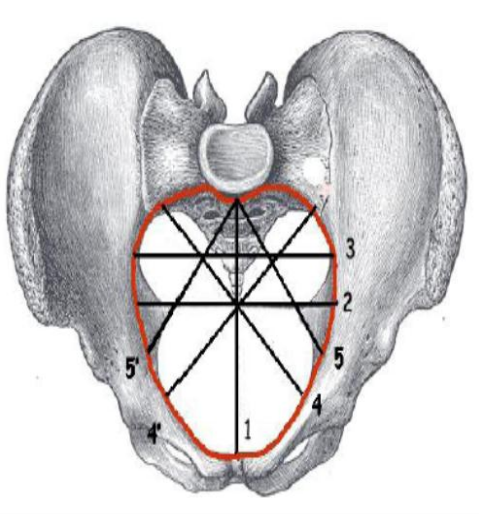


Rappels : bassin

- il est divisé en 02 parties : le grand bassin et le petit bassin.
 - Le grand bassin, sans intérêt obstétrical.
 - le petit bassin correspond au bassin obstétrical.
- => canal osseux est composé de 02 ouvertures : le DS , DI et d'une excavation : l'excavation pelvienne.

Rappels : bassin

- DS : plan d'engagement
- L'excavation : plan de descente et de rotation
- DI : plan du dégagement

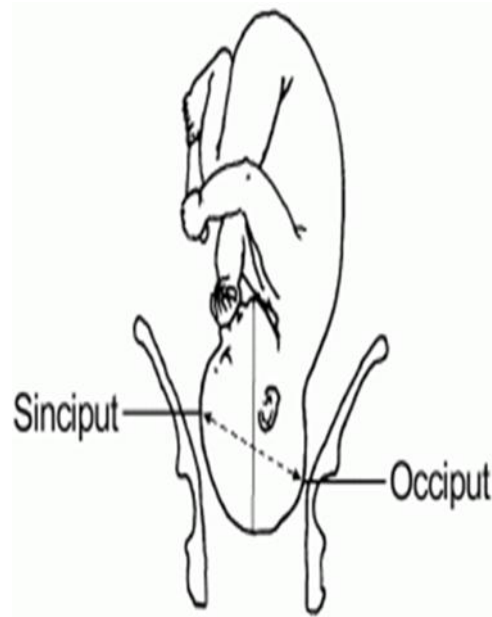


Définition

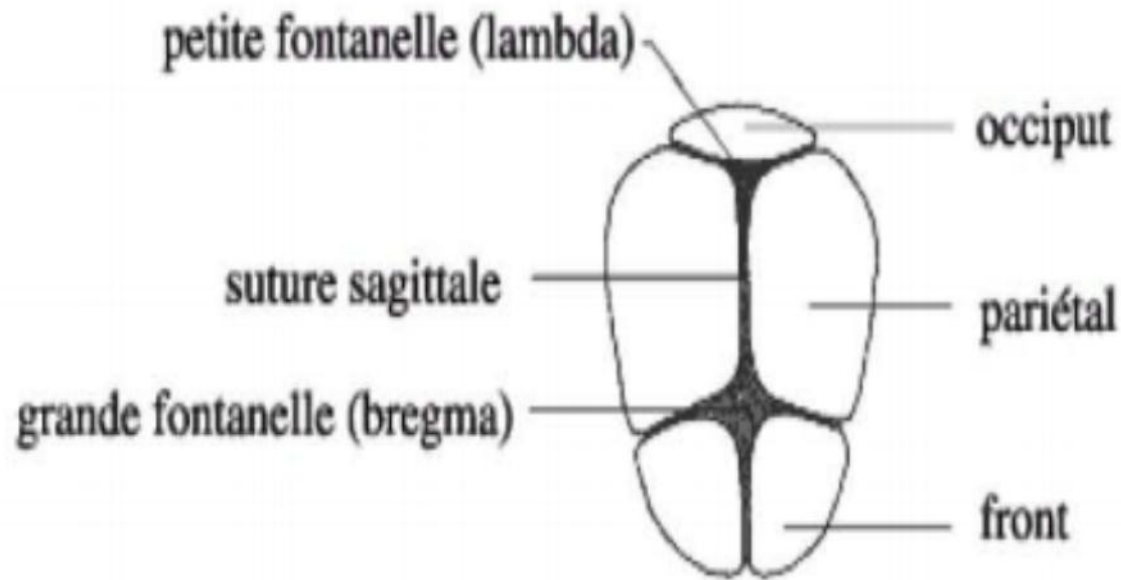
- Le sommet : P **céphalique** où la tête est **totale**ment fléchie.
- la + fréquente (95%) et la + favorable à l'accouchement : **eutocique**.
- Malgré tout, son caractère eutocique ne doit pas faire négliger ou oublier son diagnostic, son mécanisme obstétrical et les paramètres de sa surveillance

Définition

- Repère = **occiput**:
 - Partie la plus déclive de la P
 - Reconnaissable par la fontanelle postérieure -lambda-



Les fontanelles



Les fontanelles du crâne fœtal, vue de dessus

Étiologies

- La grande fréquence de cette présentation, s'explique par la loi d'accommodation de Pajot énoncée par Pinard
- « quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant (utérus puis bassin) est le siège de mouvement et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu (foetus) tend sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant »
- A cette loi physique, s'ajoute l'attitude naturelle du foetus humain in utero en flexion pour tous les segments du tronc, des membranes, du cou sur le thorax et la tête sur le cou

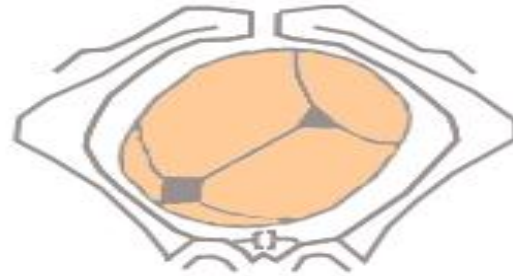
variété de la présentation du sommet

- **La position est la situation qu'occupe la présentation par rapport à un point de repère pris sur le bassin**
- Les variétés antérieures (60%) comptent :
 - l'occipito-iliaque gauche antérieure OIGA (57%)
 - l'occipito-iliaque droite antérieure OIDA (3% à 5%.)
- Les variétés postérieures comptent:
 - l'occipito-iliaque gauche postérieure (33%)
 - l'occipito-iliaque droite postérieure (6%).

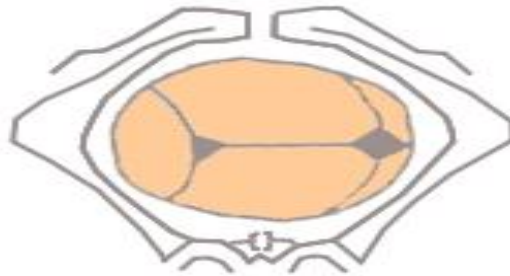
Variétés du sommet



OIDA



OIGA



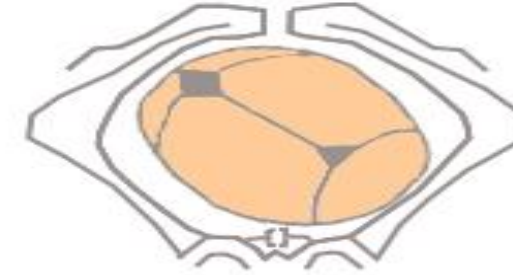
OIDT



OIGT



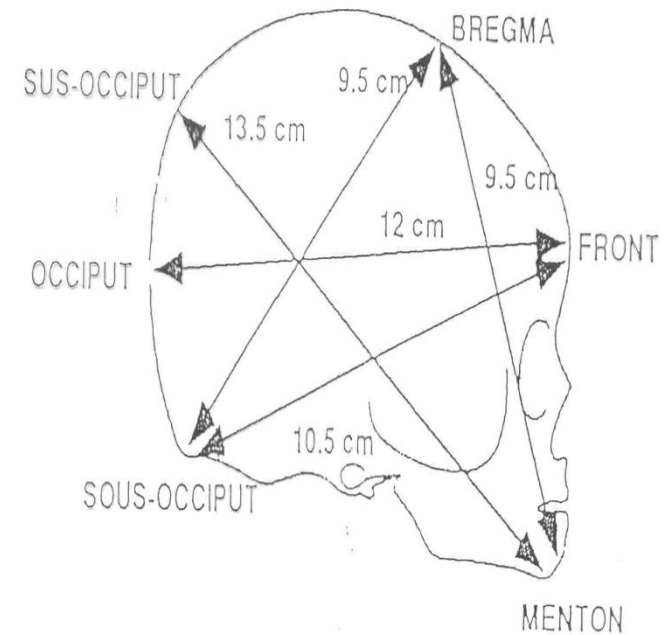
OIDP



OIGP

Diamètre du sommet

- Ø bipariétal : 9.5cm (transversal).
 - Ø sous occipito-bregmatique : 9.5cm.
 - Ø antéro-postérieur surtout : sous-occipito-bregmatique 9,5 cm
-
- C'est une présentation eutocique.



Clinique

- Repose sur le palper abdominal et TV
- Conditions :
 - décubitus dorsal
 - paroi abdominale bien relâchée
 - vessie vide
 - en dehors des contractions

Clinique

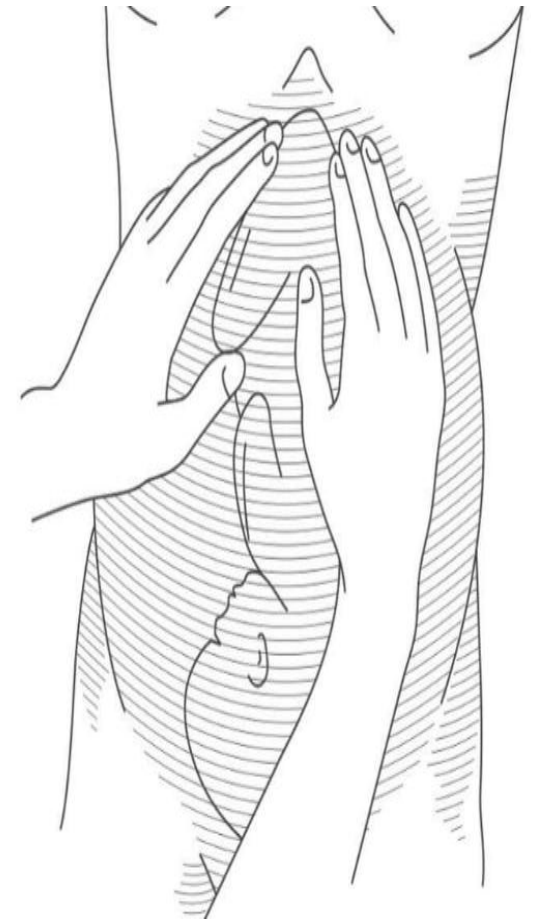
- Palper abdominal :
 - Fond utérin: pole pelvien du fœtus
 - Faces latérales: plan du dos et sillon du cou
 - Région sus - pubienne: pole céphalique

Clinique

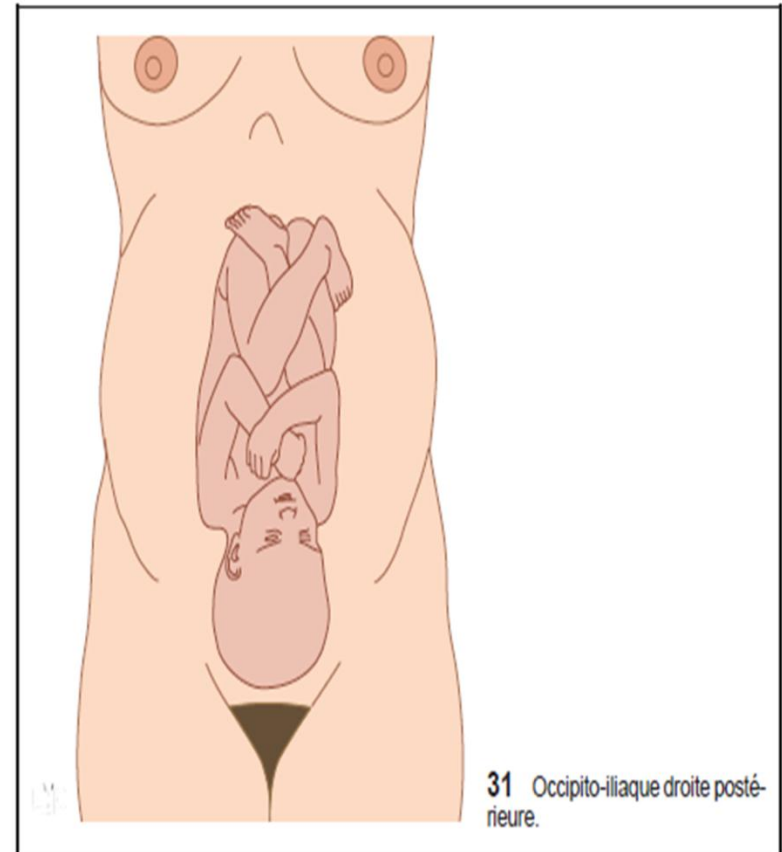
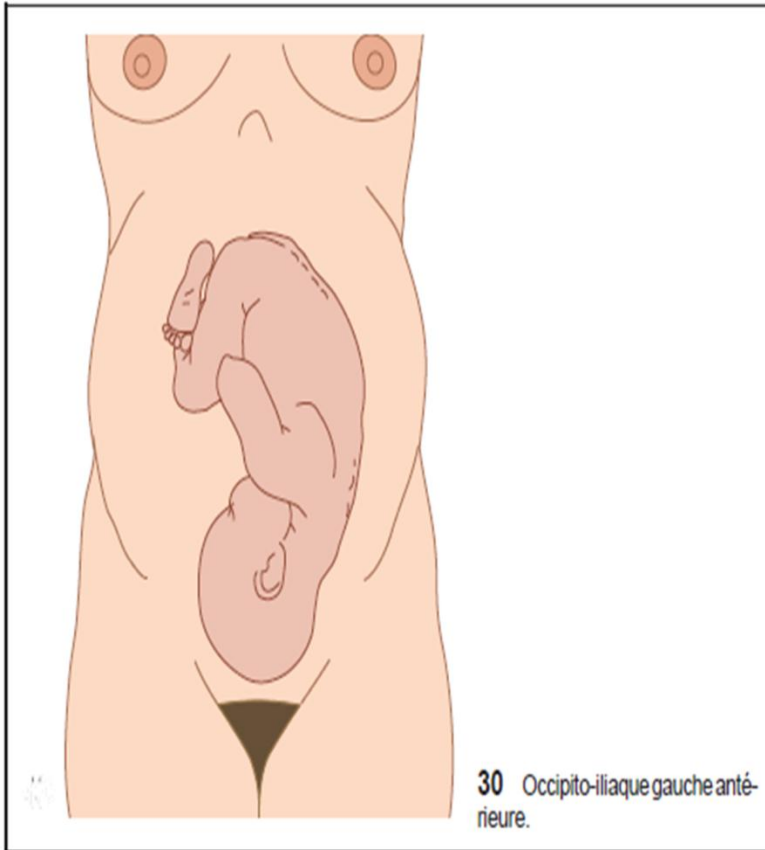


Clinique

- *Manœuvre de Léopold* :
- Mesure de la hauteur utérine
- Bruit du cœur fœtal doivent être perçus du côté du plan du dos au dessous de l'ombilic maternel.
- Dans la variété antérieure, les bruits sont proches de la ligne médiane alors qu'ils ont plus en dehors dans la variété postérieure.



La clinique



Clinique : toucher vaginal +++

- Confirmation de la présentation céphalique
- le repérage de la fontanelle postérieure.
- permet d'apprécier la hauteur : la présentation par rapport au bassin, la fixité de la tête et son engagement (signe de Farabeuf +)

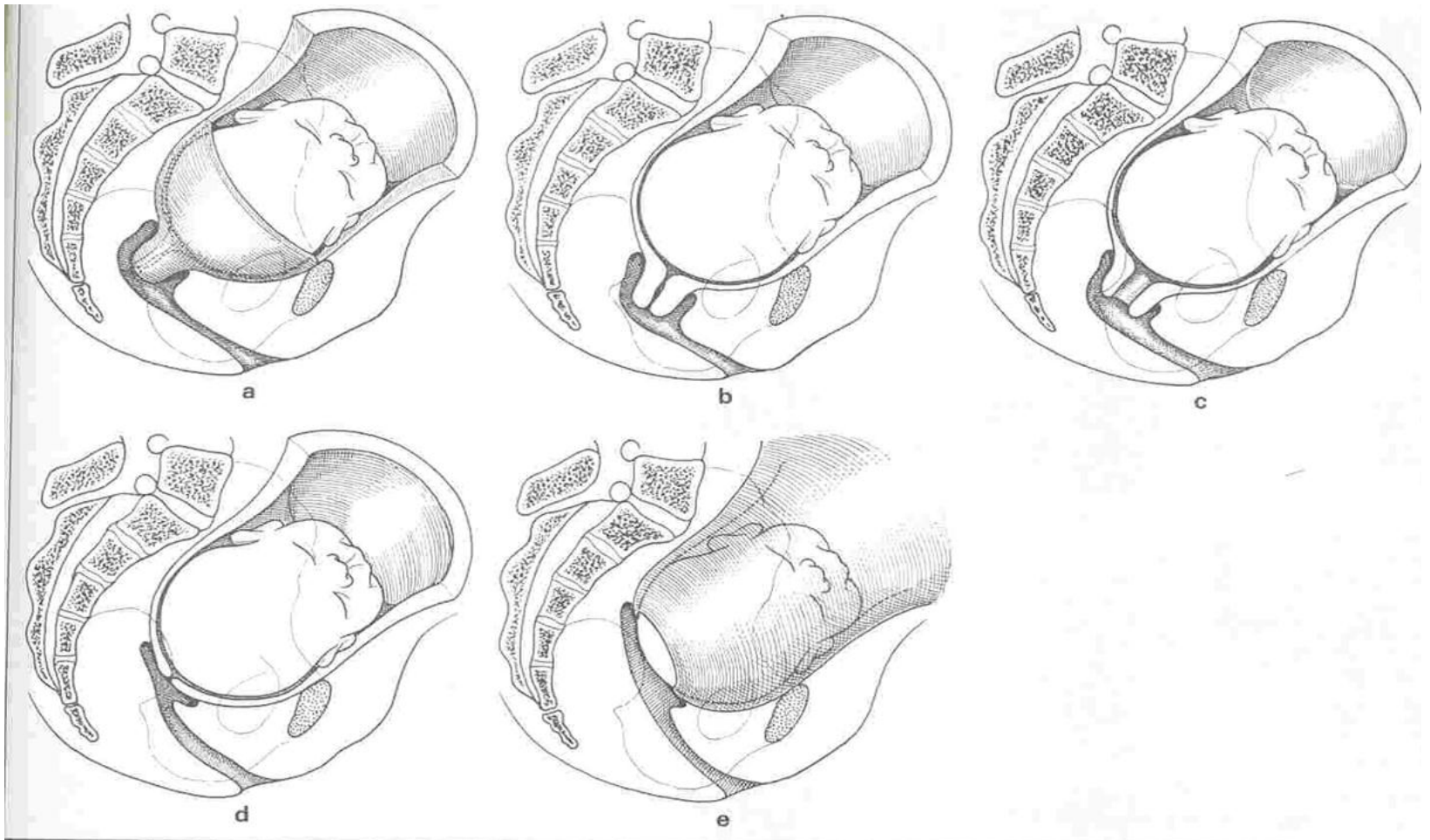
Clinique : toucher vaginal +++

- Il renseigne également sur le col utérin:
 - dilatation, consistance, effacement,
 - Sur l'état de la poche des eaux –intacte (plate ou bombante) ou rompue (LA claire, teinté, hématique)
 - permet d'étudier le bassin osseux : DS ,DM ,DI



Le score de Bishop

score	0	1	2	3
Dilatation	0	1-2	3-4	5 ou >
Longueur	3	2	1	0
Consistance	ferme	moyenne	moyenne	molle
Position	posterieure	moyenne	moyenne	anterieure
présentation	mobile	fixée	fixée	engagée



3.5. Effacement et dilatation du col.

(D'après J. Lansac, C. Berger, G. Magnin, *Obstétrique pour le praticien*, SIMEP, Villeurbanne, 1983.)

En résumé

Conditions

Décubitus dorsal
Paroi abdominale bien
relachée

Vessie vide

En dehors des
contractions

Palper abdominal

Fond utérin: pole
pelvien du fœtus

Faces laterales: plan du
dos et sillon du cou

Région sus-pubienne:
pole céphalique

Toucher vaginal

Confirme la
présentation
céphalique

Repère:
Fontanelle postérieure

Score de Bishop

Difficultés diagnostic

- utérus en travail se relâche mal
- Existence d'une bosse séro-sanguine (Tuméfaction ecchymotrique sous cutanée molle, chevauchant les sutures De siège variable, disparaît spontanément quelques jours à environ 3 semaines)
- Patiente obèse ou peu coopérante
- L'échographie peut alors être utile (pole céphalique, orbites)

Accouchement

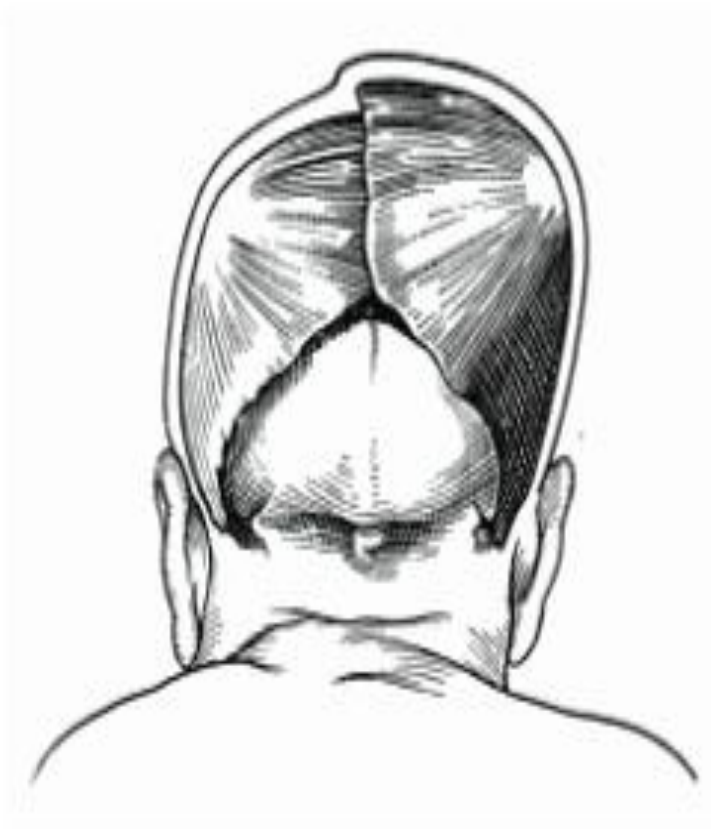
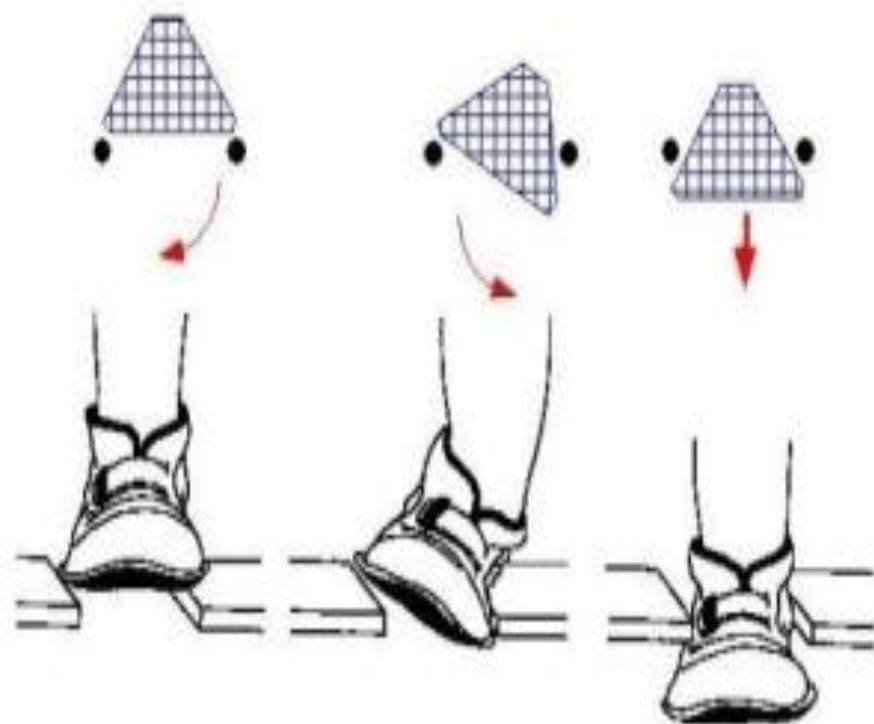
- Présentation du sommet : « variété antérieures» OIGA.
- L'accouchement se déroule en trois étapes :
 - Engagement
 - Descente et rotation
 - Dégagement

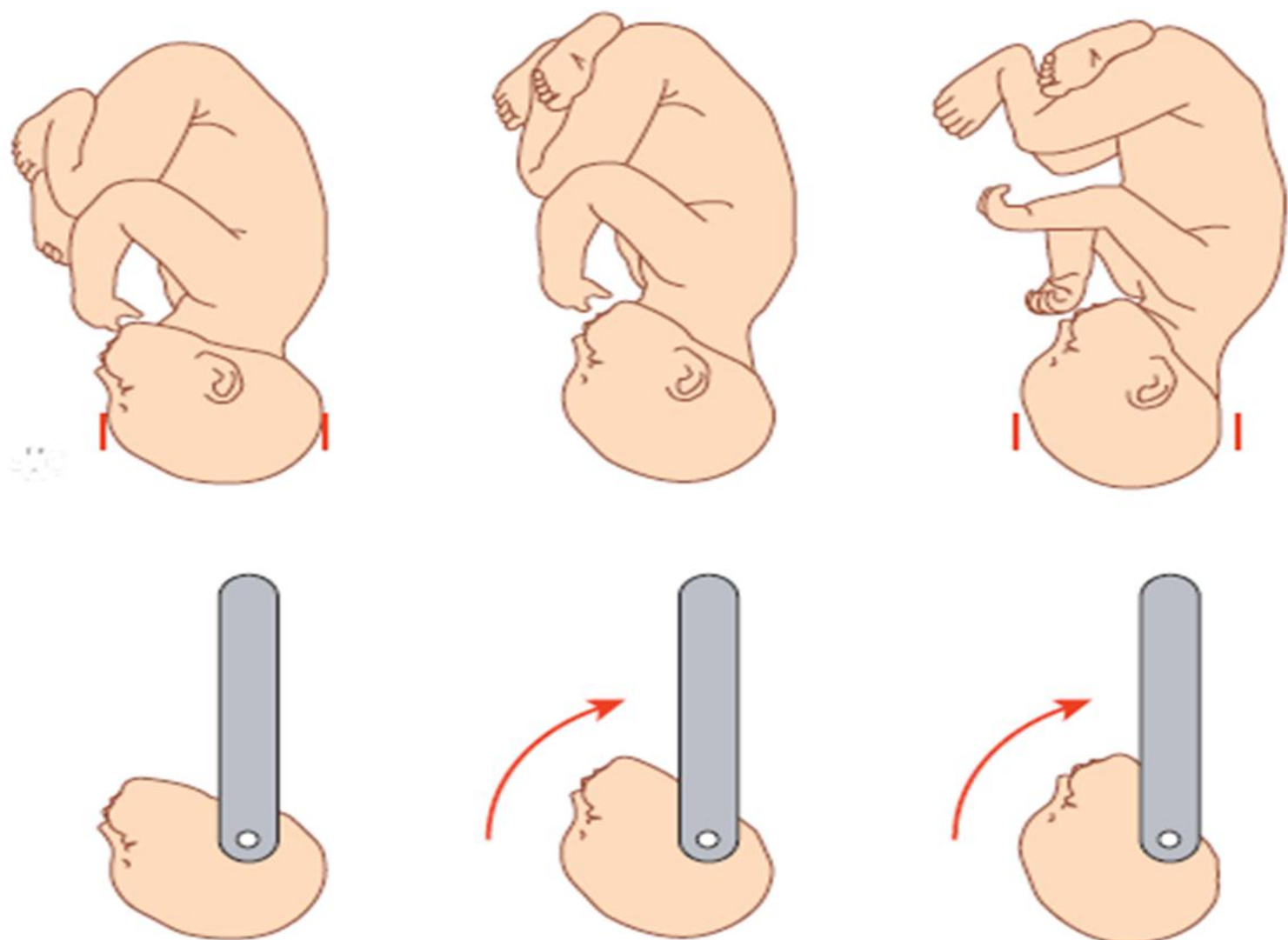
Engagement

- Franchissement du DS par le plus grand diamètre de la présentation
- précédé de 02 phénomènes => constituent l'accommodation foeto-pelvienne au DS :
 - Orientation
 - Amoindrissement

Engagement

- Orientation :
 - le plus grand \emptyset du crâne fœtal s'oriente dans l'un des grands axes du bassin qui mesure 12 cm ,l'occiput est le plus souvent en avant
- Amoindrissement par chevauchement des os du crane et flexion de la tête sur le tronc
- Asynclitisme:(une inclinaison latérale de la tête par rapport au plan du détroit supérieur peut se produire afin de faciliter l'engagement)





37 Diminution des dimensions céphaliques fœtales obtenue grâce à la flexion complémentaire lors de l'engagement, passage de l'occipitofrontal : 12 cm au sous-occipito-bregmatique : 9,5 cm.

Engagement

- Avant l'engagement
 - Palpation : tête au-dessus du pubis (coup de hache)
 - Toucher vaginal: excavation vide, tête haute et mobile

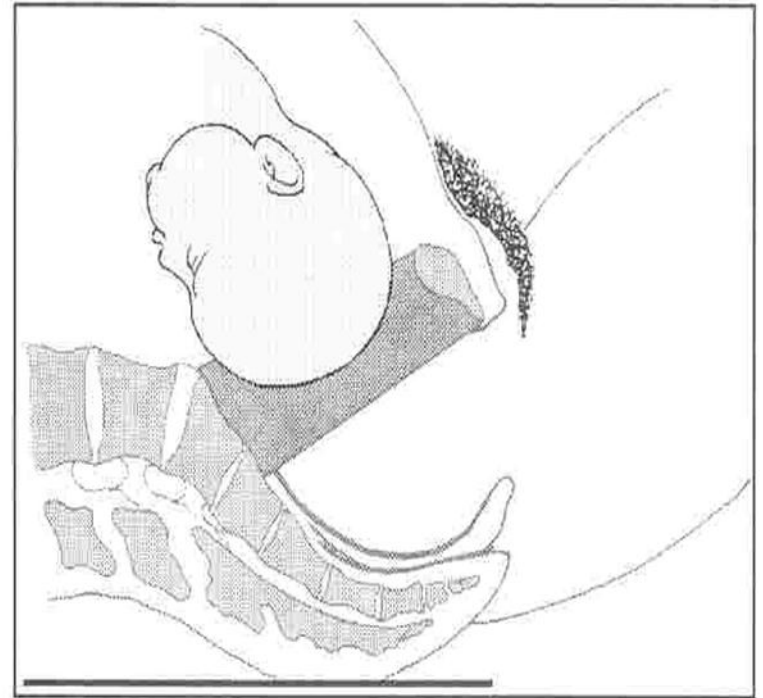
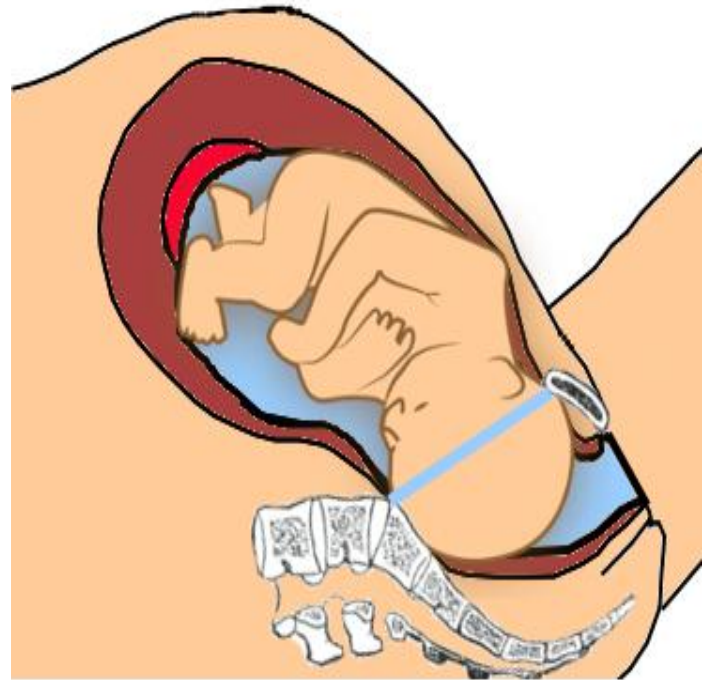


Figure 1 : engagement de la tête fœtale : tête non engagée

Engagement

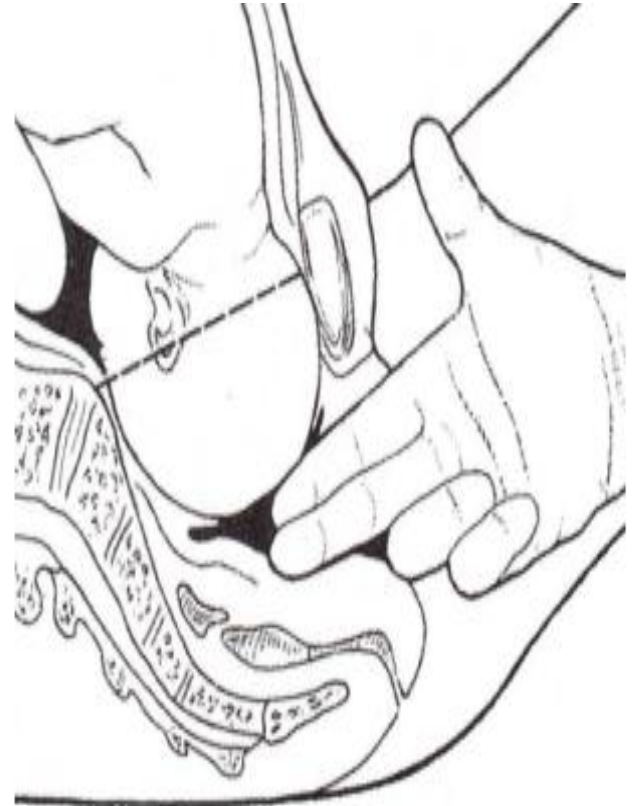
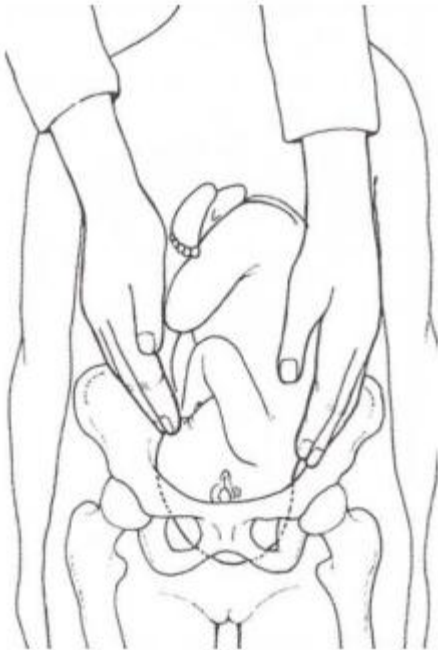
- Après l'engagement
 - Palpation: tête n'est plus palpable
 - Toucher vaginal: tête accessible, signe de Farabeuf positif



L'engagement

- Le diagnostic d'engagement:
- Présentation non engagée :
 - front à distance de la symphyse,
 - tête mobile, saillie acromiale > 4 travers de doigts de la SP
 - au TV, excavation vide, tête haute \pm mobile
- Présentation engagée :
 - Occiput non perçu au palper abdominal,
 - saillie acromiale < 3 travers de doigts de la symphyse, signe de Farabeuf ou de Demelin au TV

L'engagement



Présentation engagée, signe de Farabeuf

En résumé

Avant l'engagement

Palpation : tête au-dessus du pubis (coup de hache)

Toucher vaginal:
excavation vide,
tête haute et mobile

Après l'engagement

Palpation: tête n'est plus palpable

Toucher vaginal:
tête accessible,
signe de Farabeuf positif

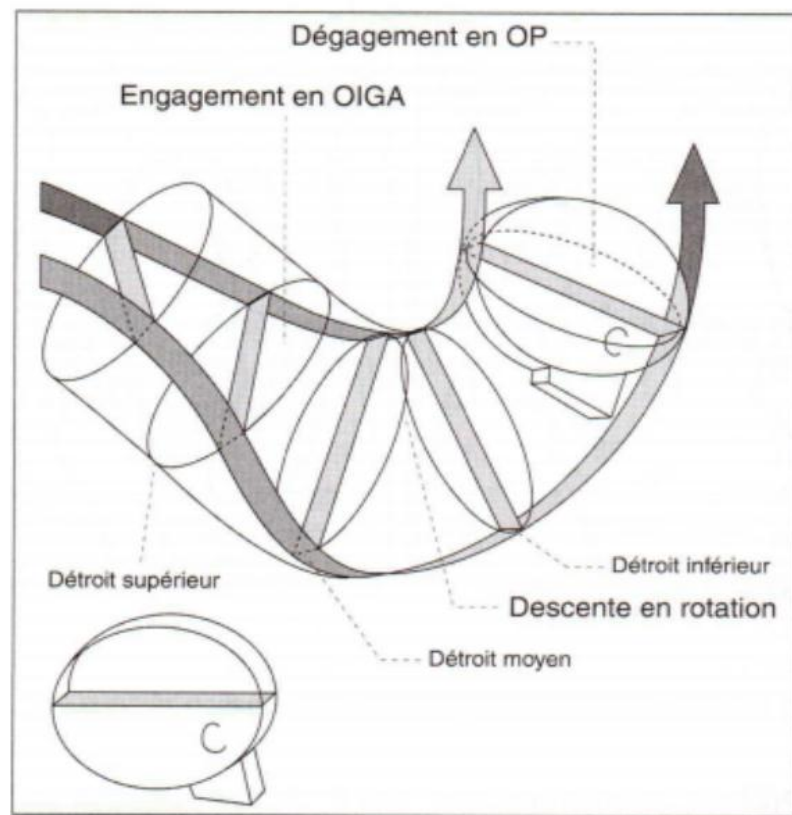
Dystocie d'engagement

- **L'absence d'engagement de la présentation dans le DS , la dilatation cervicale étant complète**
- Les étiologies de la dystocie d'engagement, sans obstacle osseux évident, sont multiples et souvent intriquées :
 - Multiparité (Dystocie progressive de la multipare)
 - hyperlordose lombaire,
 - défauts de flexion du sommet,
 - bassins "limites"
 - poids excessif du fœtus.
- Toutes ces étiologies peuvent se résumer à 2 causes :
 - la non-concordance entre l'axe de poussée utérine et l'axe du détroit supérieur (posture)
 - les mauvaises flexions de la tête fœtale.

Descente et rotation

1-Descente :

- La P progresse selon l'axe d'engagement
- change de direction au fur et à mesure de la descente passant de l'axe ombilico- coccygien du DS à un axe horizontal par un MVT de pivot autour de la SP .



Descente et rotation

2-Rotation :

- la rotation va correspondre le diamètre sous-occipito-bregmatique avec l'axe antéropostérieur du détroit inférieur.

Descente et rotation

- 3-La clinique :
- le toucher vaginal permet de suivre
 - la descente : le sommet par rapport aux épines sciatiques et au périnée
 - la rotation : la position de la petite fontanelle et des sutures.
- La présentation entre alors dans le bassin <mou> pour permettre le dégagement.



Figure 1 : progression de la tête fœtale en OIGA

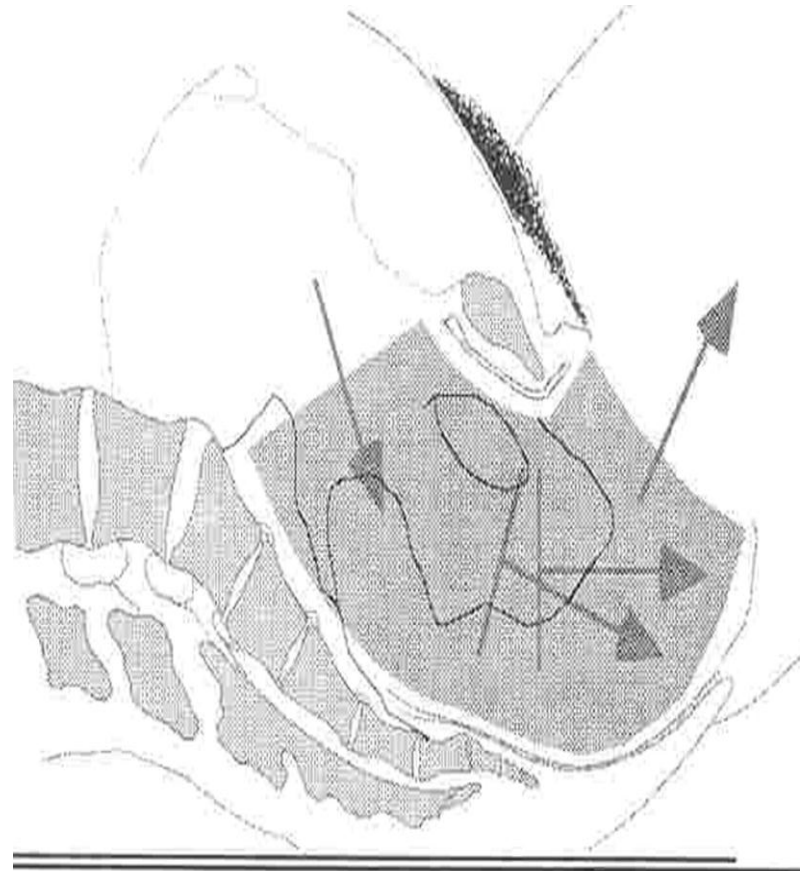
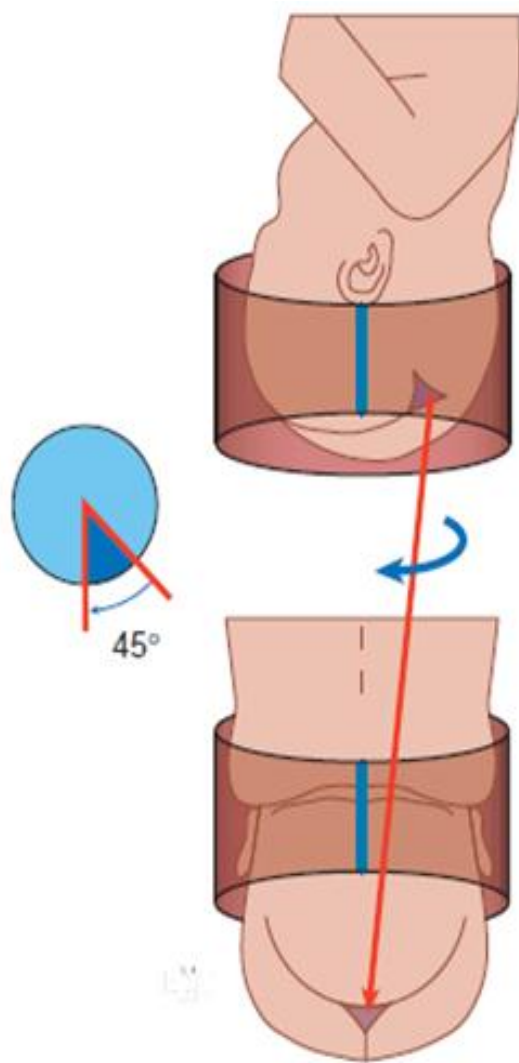
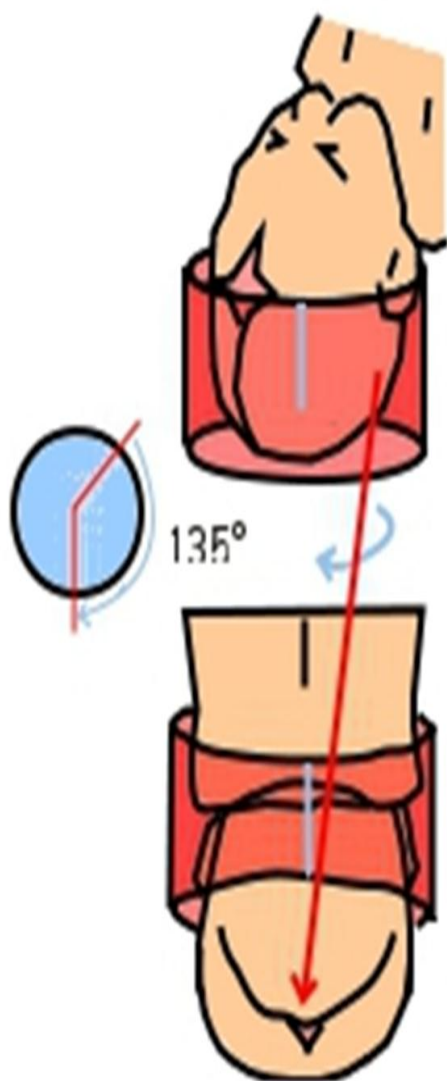
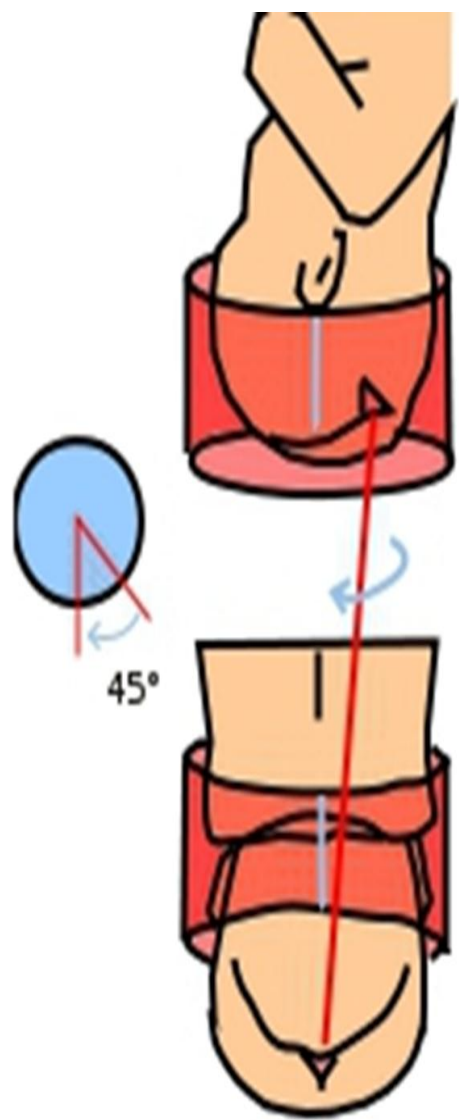


Figure 2 : changements successifs de direction



Dégagement et expulsion

- Le dégagement est l'expulsion de la tête puis du reste corps hors des voies génitales.

Dégagement et expulsion

a- Expulsion de la tête :

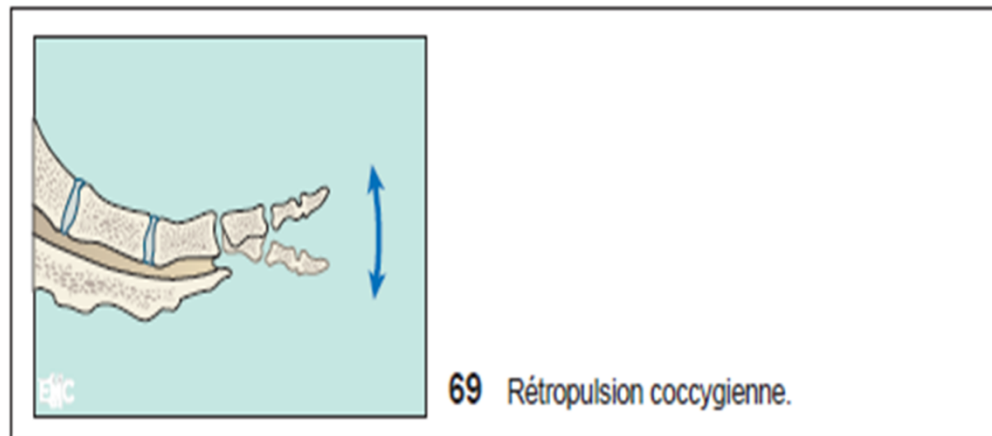
- déflexion de la tête :est orientée selon l'axe antéro-postérieur du détroit inférieur.
- Le sous-occiput se cale sous la symphyse pubienne qui forme un pivot autour duquel la tête va se défléchir et ainsi changer de direction.

Dégagement et expulsion

- Le changement de direction :
 - l'axe de progression de la tête devient horizontal puis s'oriente vers le haut et vers l'avant.

Dégagement et expulsion

- L'ogive pubienne étant formée, la tête provoque une rétro-pulsion du coccyx => le \emptyset sous-pubo-coccygien passe de 11 à 12 cm.
- Le périnée subit une distension importante (avec risque de déchirure si on ne protège pas le périnée).



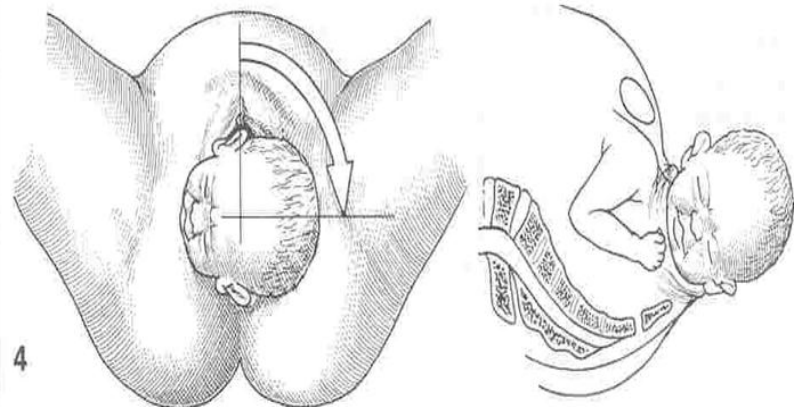
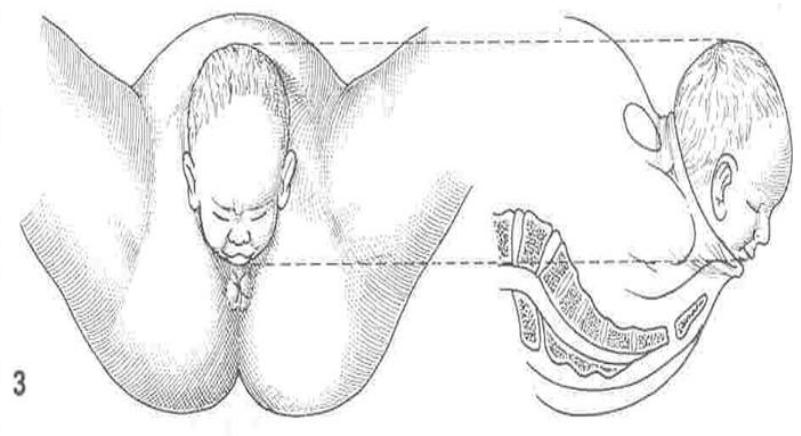
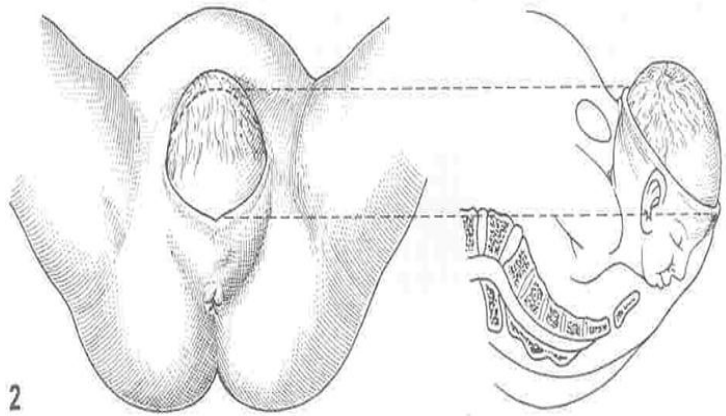
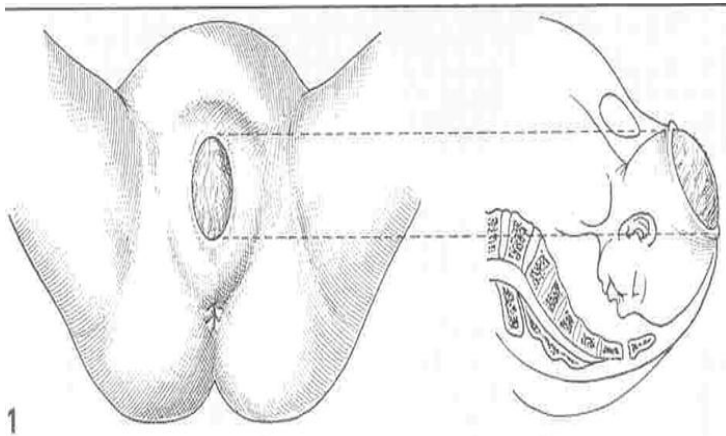
Dégagement et expulsion

- l'ampliation du périnée.
- Sous l'effet des contractions utérines et des efforts expulsifs la présentation refoule le périnée
- la fourchette vulvaire est repoussée en haut et en avant , l'orifice vulvaire devient horizontal et l'anus devient béant.

Dégagement de la tête

- au fur et à mesure que la tête se défléchit, elle distend l'orifice vulvaire
- puis successivement apparaît l'occiput, le front, les arcades sourcilières, le nez , la bouche et enfin le menton.

Dégagement



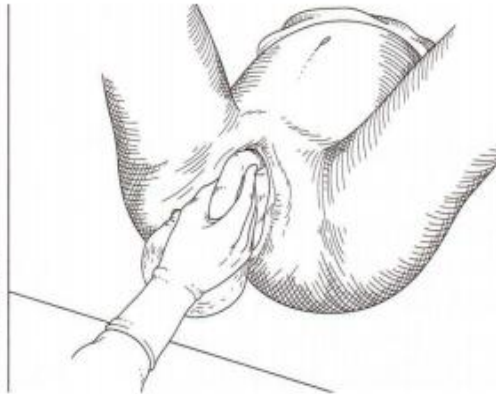
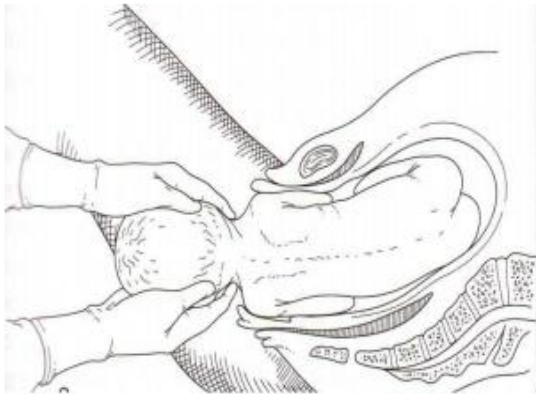
Accouchement des épaules

- Engagement : s'engagent lorsque la tête se dégage dans un Ø oblique, perpendiculaire à celui où s'est engagé le sommet.
- Descente et rotation : se fait de façon synchrone. Le diamètre biacromial se place dans un Ø antéro-post.
- Dégagement des épaules : l'épaule antérieure bute contre la SP, les efforts de poussées entraînent une flexion latérale du tronc.

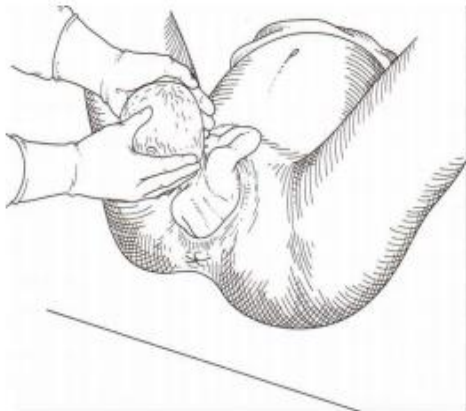
Remarques

- Les manœuvres de dégagement des épaules doivent respecter une règle absolue :
 - ⇒ **ne pas tracter l'enfant dans un axe horizontal** (chez la femme en décubitus dorsal).
 - ⇒ Ceci sous peine de voir l'épaule antérieure se bloquer au dessus de la symphyse pubienne, empêchant la rotation du bi-acromial autour de cette dernière.

Accouchement des épaules



Dégagement de
l'épaule antérieure
± Couderc



Attention au
périnée lors du
dégagement de
l'épaule
postérieure

Remarque

- La descente des épaules se fait avec une rotation de 45° qui les oriente dans un axe antéropostérieur et amène l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne.
- rotation entraîne un mouvement de rotation de la tête qui vient de se dégager. Ce mouvement est appelé restitution spontanée
- La restitution doit être spontanée.
- Exceptionnellement, l'engagement des épaules peut être facilité en exagérant le mouvement de restitution spontanée. l'opérateur complète ce mouvement en continuant la rotation jusqu'à ce que le menton de l'enfant se trouve en regard du pubis maternel

Accouchement des épaules

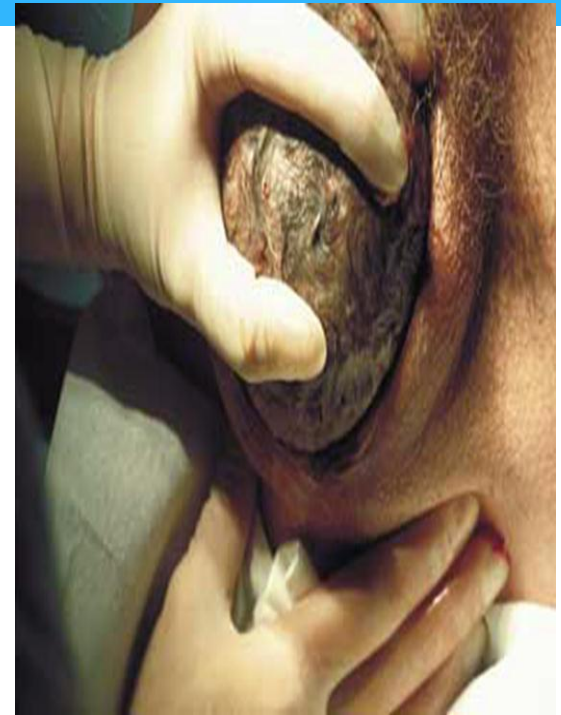
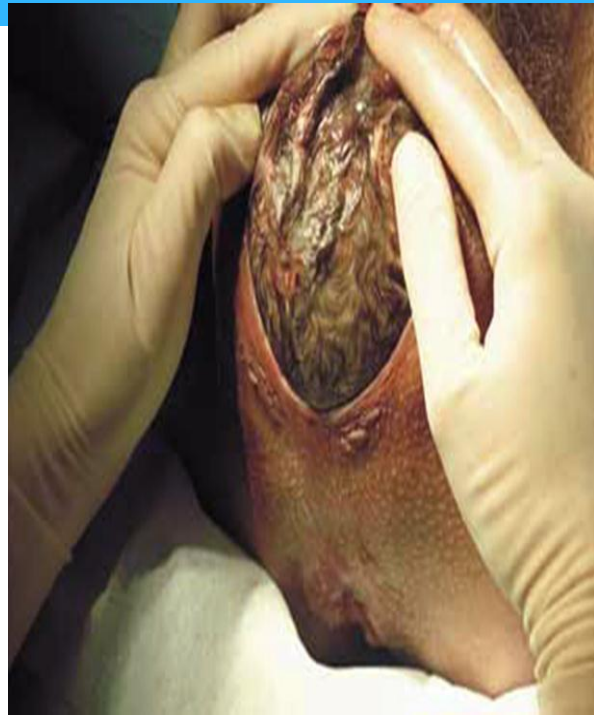
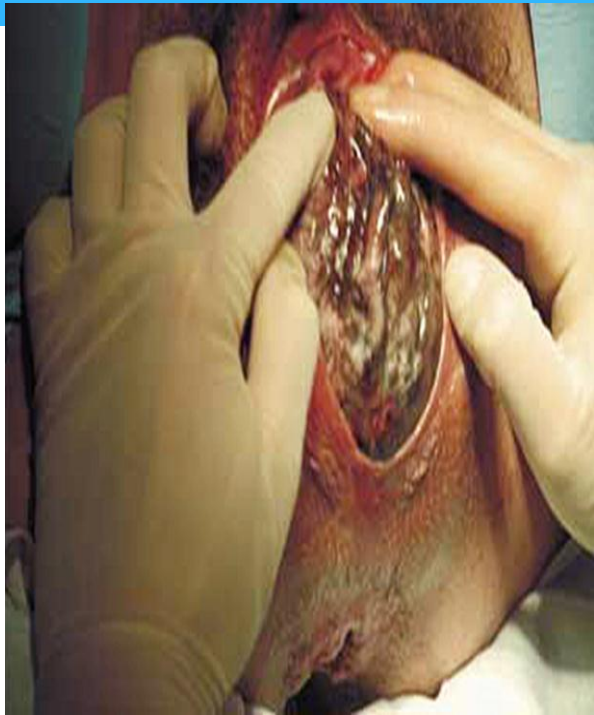
ne jamais tirer

- Épaule antérieure : rotation et traction douce vers le bas
- Épaule postérieure : traction douce vers le haut ++ ; attention au périnée



accouchement du siège

- Ne pose aucun problème, ses diamètres sont compatibles avec le bassin osseux.
- Le siège suit les mêmes mouvements de l'épaule.



Variété postérieure

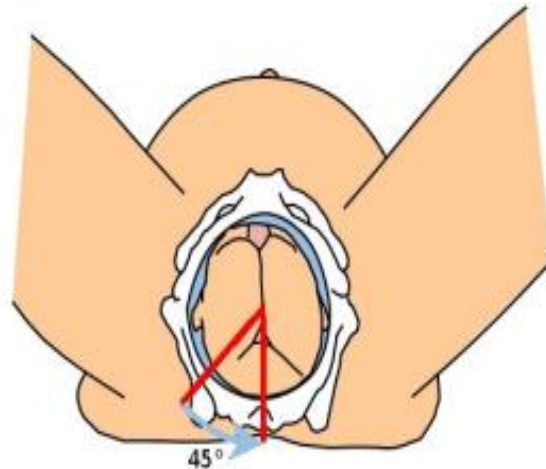
- Plus rare :
- OIDP : 30-45%
- OIGP : 6%

Engagement

- Flexion moins marquée
 - Front bute contre la symphyse pubienne
 - Diamètre sous occipito frontal (10 – 10,5 cm) confronté au DS
- Accommodation foeto-pelvienne moins bonne (DFP) :
 - Dilatation traînante
 - œdème du col
 - gêne l'engagement

Descente et rotation

- Descente lente
- Rotation plus difficile, peut se faire :
 - Vers l'avant : 135°
 - Vers l'arrière : 45° → bosse séro sanguine (signe de DFP) et dystocie



Dégagement en OS



Dégagement

- Plus souvent en OP (95% des cas)
- Rarement en OS ; conséquences :
 - Risque périnéal : diamètre fronto-occipital (12cm) franchit la vulve
 - l'épisiotomie s'impose
- Risque fœtal :
 - Retard d'expulsion → SFA
 - Extractions instrumentales → traumatisme obstétricale +++

Surveillance de travail

- 1-évaluation du pronostic obstétrical : Basée sur l'examen du bassin, et sur l'estimation du poids fœtal et des dimensions des différentes parties fœtales pour guetter une disproportion .

- 2-la surveillance pendant la période de dilatation : les paramètres doivent être surveillés : les CU, la PDE, la dilatation, la progression de la présentation, la vitalité fœtale.

Surveillance de travail

- 3-pendant la période d'expulsion :
- les efforts de poussée doivent être dirigés et expliqués par l'accoucheur, ils doivent être à dilatation complète, sur une présentation engagée chez la primipare, présentation fixée chez la multipare.
- L'accoucheur doit guider le dégagement de la tête par une série de flexion-déflexion

Conclusion

- l'accouchement en présentation de sommet est un accouchement eutocique (95%)
- la mécanique obstétricale doit être bien connue
- le travail doit être surveillé/ le partogramme
- la variété de la présentation doit être parfaitement connue
- L'épisiotomie n'est pas systématique