

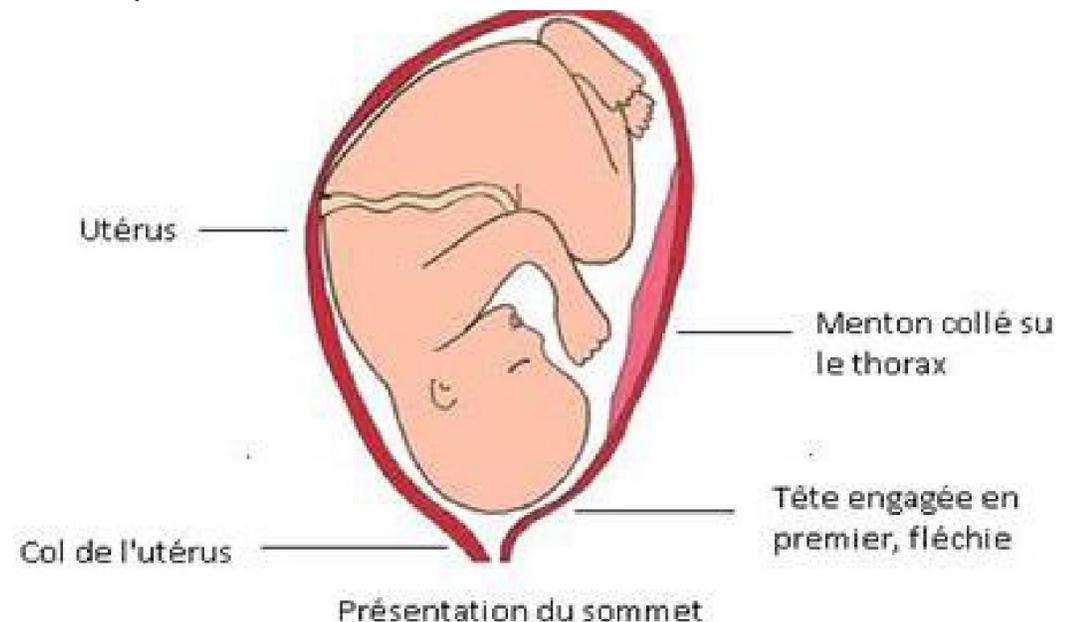


# Presentation du sommet

## Dr Amiri

# INTRODUCTION

- ▶ □ La présentation est la partie foetale qui occupe l'aire du détroit supérieur
- ▶ □ La présentation de sommet est la présentation la plus fréquente, la plus favorable , malgré son caractère eutocique ne doit pas faire négliger ou oublier son diagnostic, son mécanisme obstétrical et les paramètres de sa surveillance.

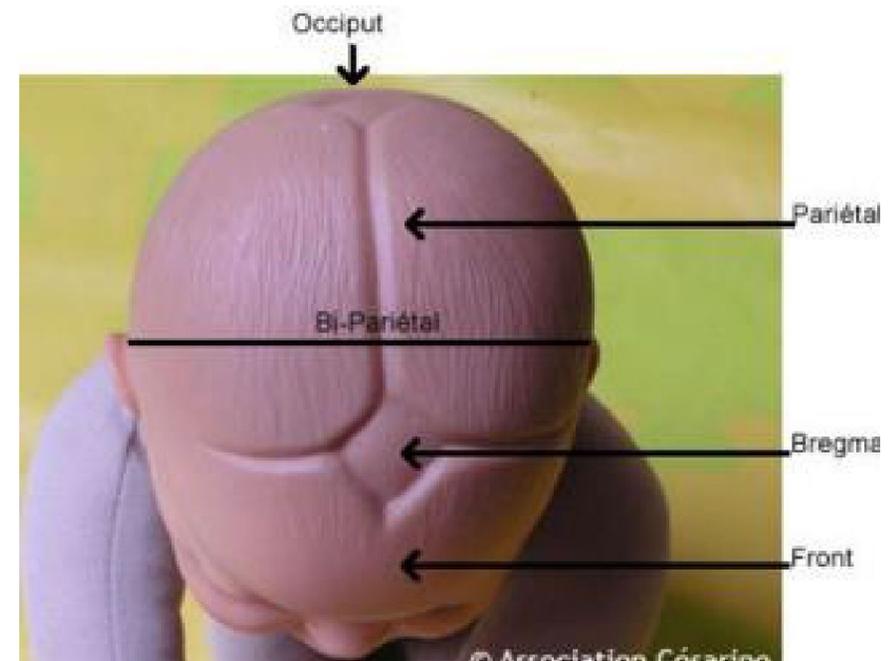
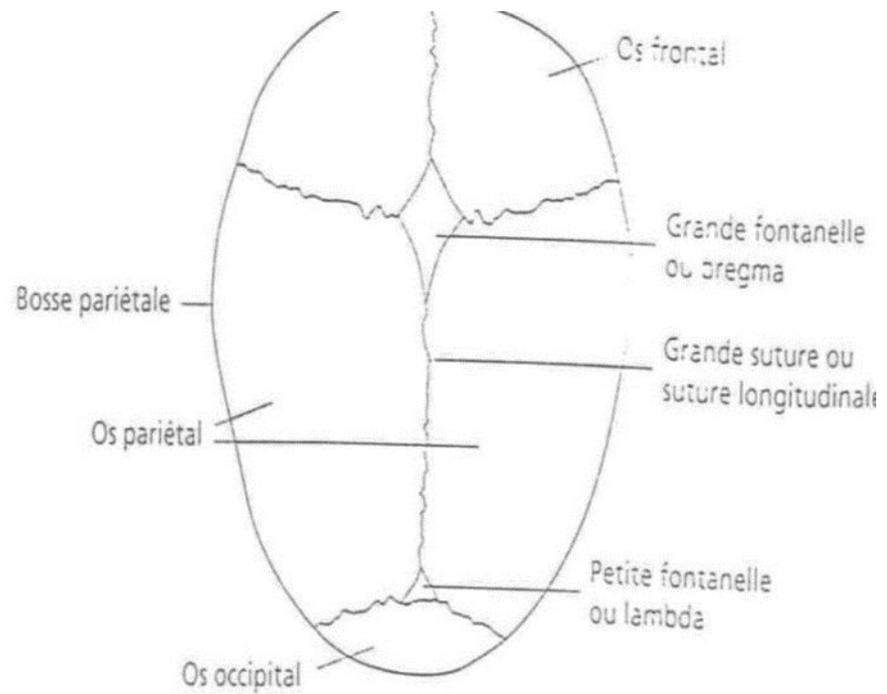


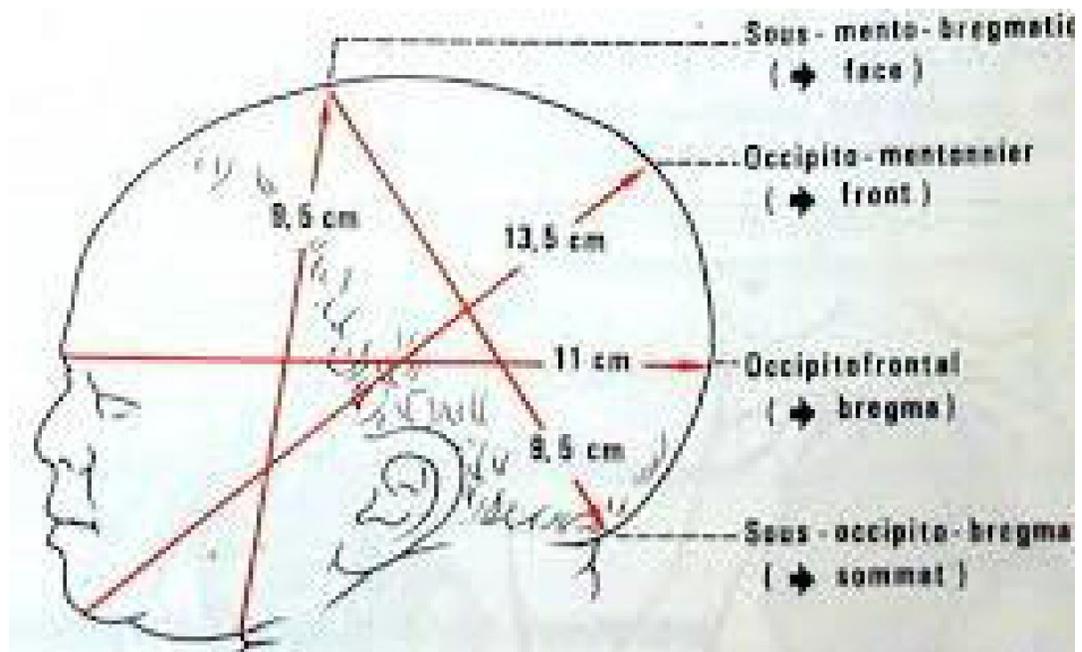
# INTERET DE LA QUESTION

- ▶ La présentation du sommet est la plus fréquente des présentations
- ▶ □ De 90% des cas (selon Morin en 1965) à 95% (selon l'étude de Body faite entre 1988-1994), la présentation du sommet représente, de loin, la présentation la plus fréquente et eutocique

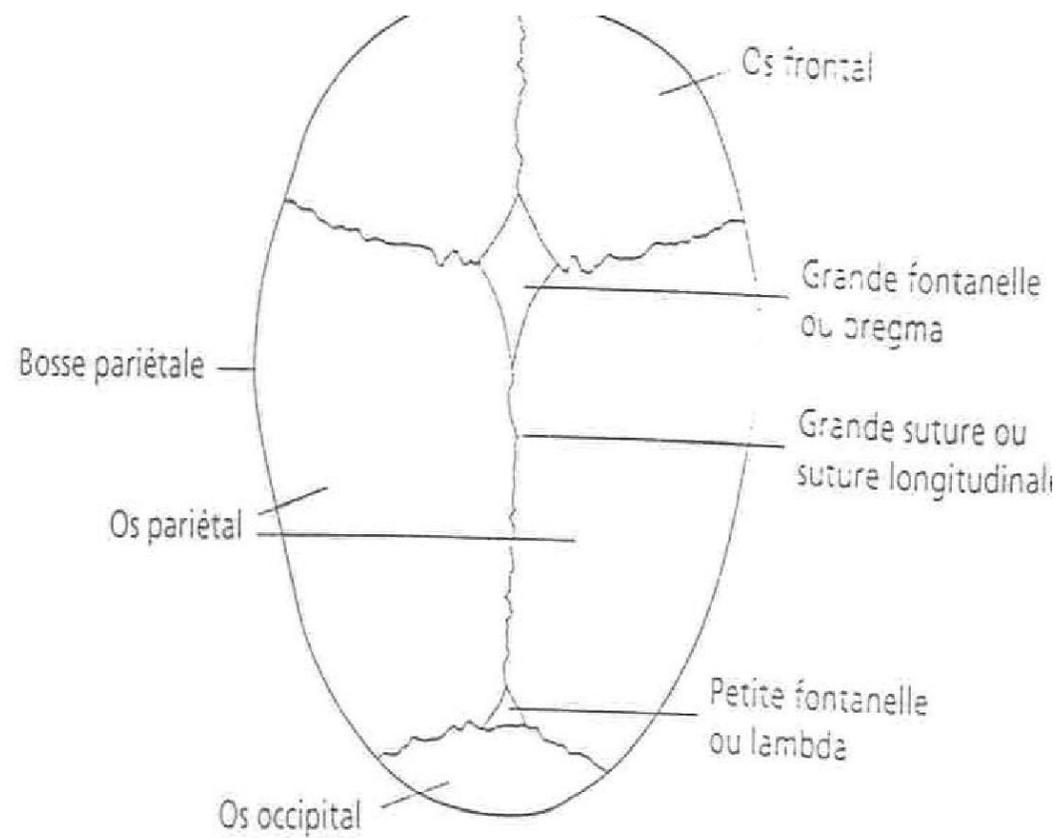
# CARACTERES DE LA PRESENTATION

- ▶ □ Repère : le repère de la présentation est l'occiput, facilement repérable par la petite fontanelle (fontanelle postérieure ou lambda) peu étendue, la fontanelle postérieure est un carrefour en « Y » où convergent les deux sutures occipito-pariétales et la suture interpariétale ou longitudinale « sagittale »
- ▶ □ Diamètre de la présentation : c'est le diamètre sous occipito-bregmatique qui mesure 9,5 cm, compatible avec tous les diamètres du bassin normal

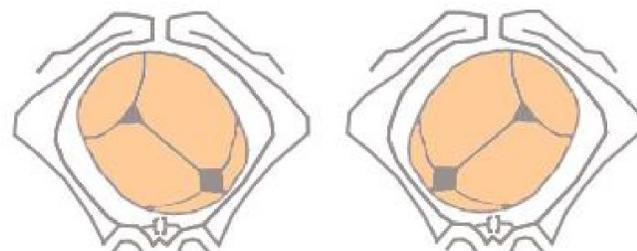




2 Différents diamètres sagittaux de la tête fœtale et présentations correspondantes (entre parenthèses).

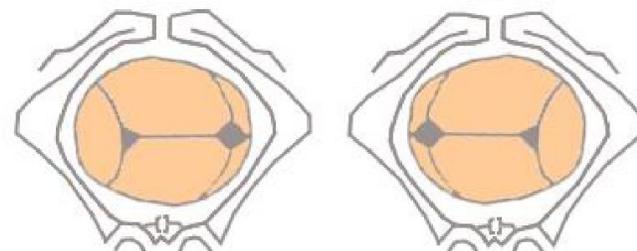


# VARIETES DE POSITION:



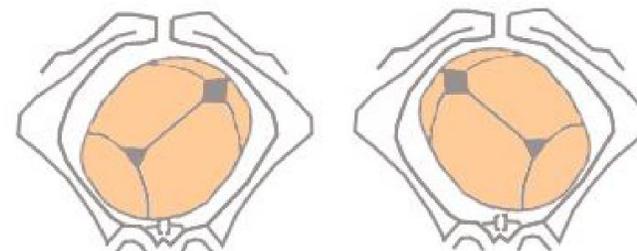
**OIDA**

**OIGA**



**OIDT**

**OIGT**



**OIDP**

**OIGP**

- ▶ □ La position est la situation qu'occupe la présentation par rapport à un point de repère pris sur le bassin
- ▶ □ La situation de l'occiput, au regard du pourtour de l'excavation pelvienne, précise les variétés de position de la présentation du sommet. Ainsi, suivant l'orientation de la tête, l'occiput:
  - En avant : vers l'imminence ilio-pectinée
  - En arrière : vers le sinus sacro-iliaque
  
- Quatre variétés de position d'engagement sont possibles :
- Occipito-Iliaque Gauche Antérieure (OIGA) : 60%
- Occipito-Iliaque Droite Postérieure (OIDP) : 32%
- Occipito-Iliaque Gauche Postérieure (OIGP) : 6%
- Occipito-Iliaque Droite Antérieure (OIDA) : 2% □ Ainsi, les positions antérieures sont les plus fréquentes (70%)

# ETUDE CLINIQUE



- ▶ L'examen clinique doit être réalisé dans de bonnes conditions : décubitus dorsal, paroi abdominale relâchée, vessie vide, en dehors des contractions utérines

- Examen abdominal :

- Inspection : elle permet de reconnaître que l'utérus est développé longitudinalement. Il a sa forme ovoïde à grosse extrémité supérieure

- Palpation : pratiquée dans l'intervalle des contractions utérines, méthodiquement: □ Palpation de la région sus-pubienne : les deux mains posées à plat palpent le pôle pelvien cherchant par leurs paumes et par la pulpe des doigts à reconnaître à travers la paroi abdominale les reliefs du pôle foetal qu'elle moule. Elle permet de préciser :

- Caractères de ce pôle : il est sphérique, dur, régulier

- Son degré de flexion :

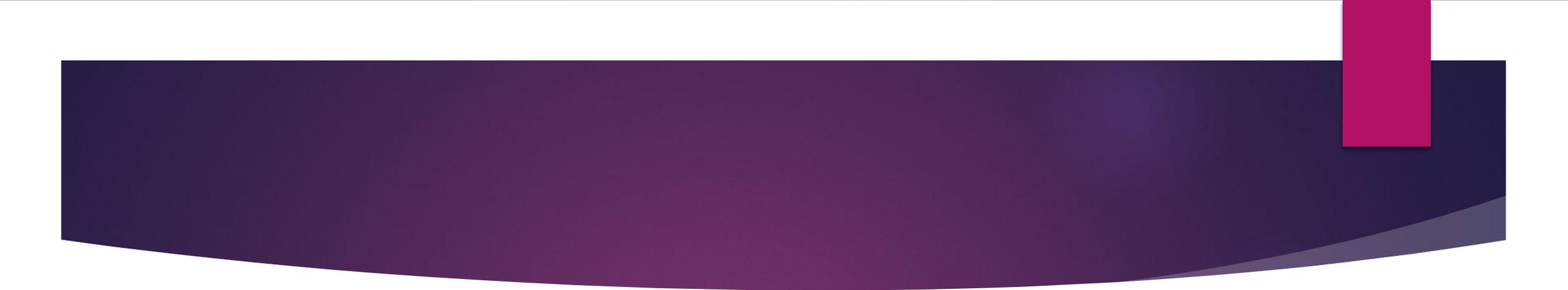
- ▶ □ D'un côté, les doigts perçoivent une saillie osseuse, nette, angulaire □ le front
        - ▶ □ De l'autre, les doigts suivent un contour doucement arrondi □ l'occiput
        - ▶ □ Front et occiput ne sont pas sur le même plan horizontal

□ Son degré de descente et d'engagement :

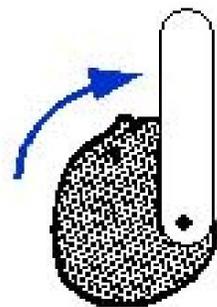
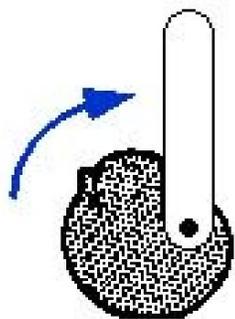
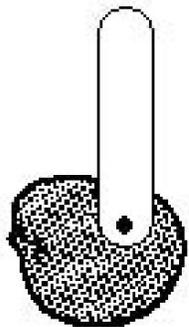
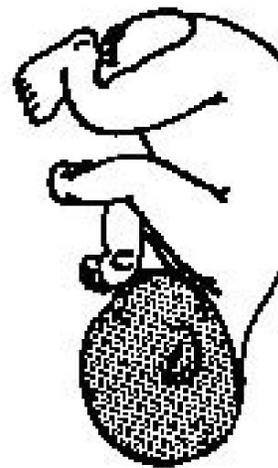
- ▶ □ Si la tête ballotte d'une main à l'autre c'est parce qu'elle est mobile
- ▶ □ Si la tête ne peut plus être mobilisée, elle est fixée
- ▶ □ Si l'on ne perçoit plus l'occiput, elle est engagée

□ Signe de Fabre : la tête est engagée si la distance entre la saillie acromiale et le bord supérieur du pubis est inférieure à 7 cm, soit quatre travers de doigt

□ Palpation du fond utérin : les doigts, des deux mains, posés à plat sur le fond utérin retrouvent un pôle ayant les caractères suivants : arrondi, plus volumineux que le pôle pelvien, contours moins réguliers, résistance inégale, moins dur que l'extrémité céphalique, en continuité avec le plan du dos, sans sillon intercalaire, moulé par le fond utérin, il ne ballotte pas sauf en cas d'excès de liquide amniotique □ pôle podalique. Les membres inférieurs sont perçus sous forme de plus petits volumes, durs et mobiles

- 
- Auscultation des battements cardiaques foetaux : elle se fait en-dehors des contractions utérines. Le foyer maximum des battements se situe un peu au-dessous de l'ombilic, du côté du plan dorsal
  - Examen vaginal : le toucher vaginal doit être conduit systématiquement et méthodiquement. C'est souvent par le toucher vaginal que l'on acquiert la certitude du diagnostic de présentation :
  - Signes propre de la présentation du sommet : les doigts intra-vaginaux confirment le diagnostic :
  - Présentation céphalique : par la perception de la tête dure, lisse, arrondie
  - Présentation du sommet : s'il y a une dilatation cervicale, on perçoit l'occiput et la petite fontanelle
  - Variété de position : difficile pendant la grossesse, il devient facile au cours du travail

- ▶ □ Degré de flexion :
- ▶ □ Plus la fontanelle postérieure est proche du centre du bassin, meilleure est la flexion, meilleur est le pronostic. C'est le cas habituel dans les variétés antérieures
- ▶ □ Plus la fontanelle postérieure est reportée excentriquement vers le rebord pelvien alors que la grande fontanelle se rapproche du centre du bassin, moins bonne est la flexion. C'est le cas habituel dans les variétés postérieures

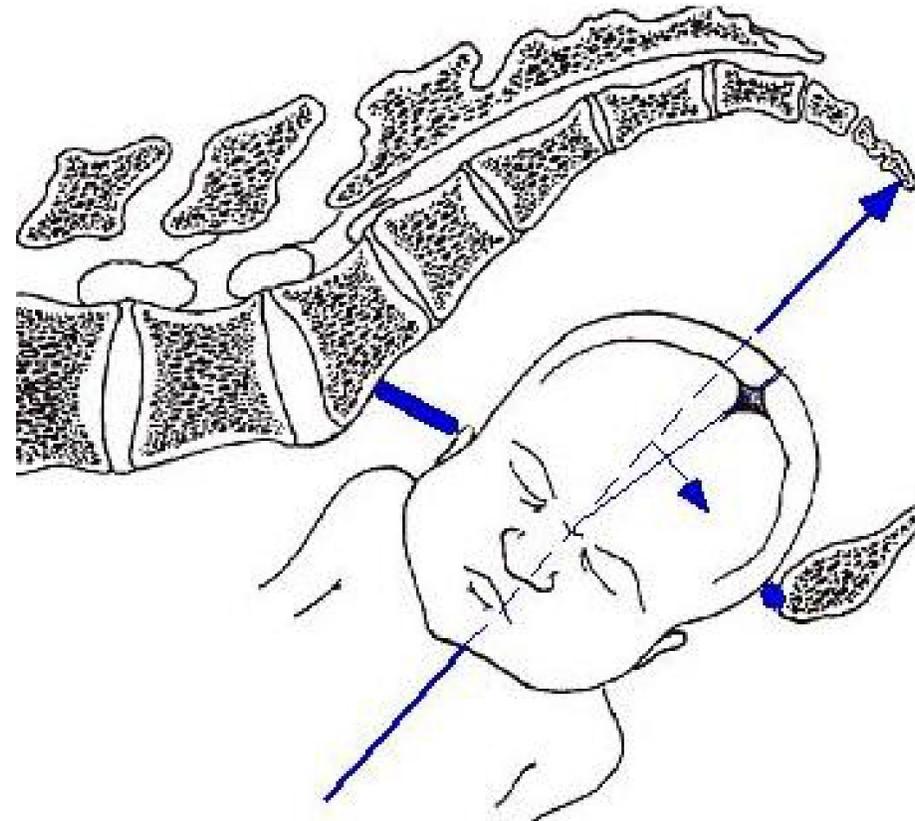
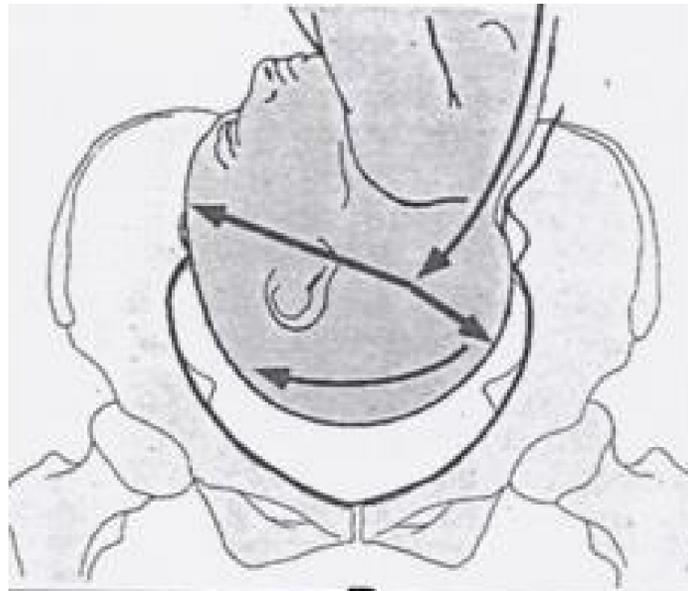


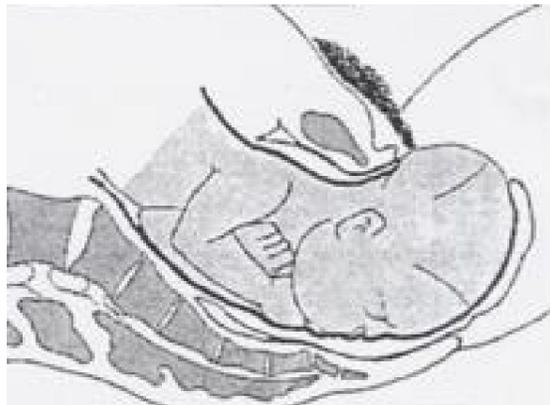
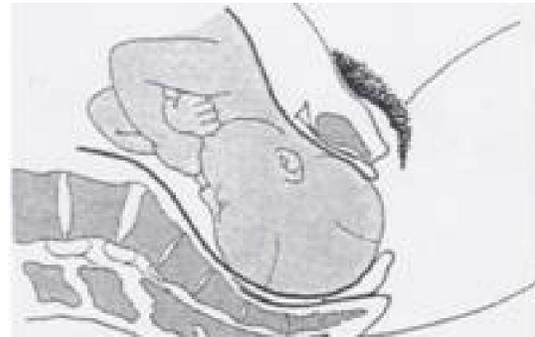
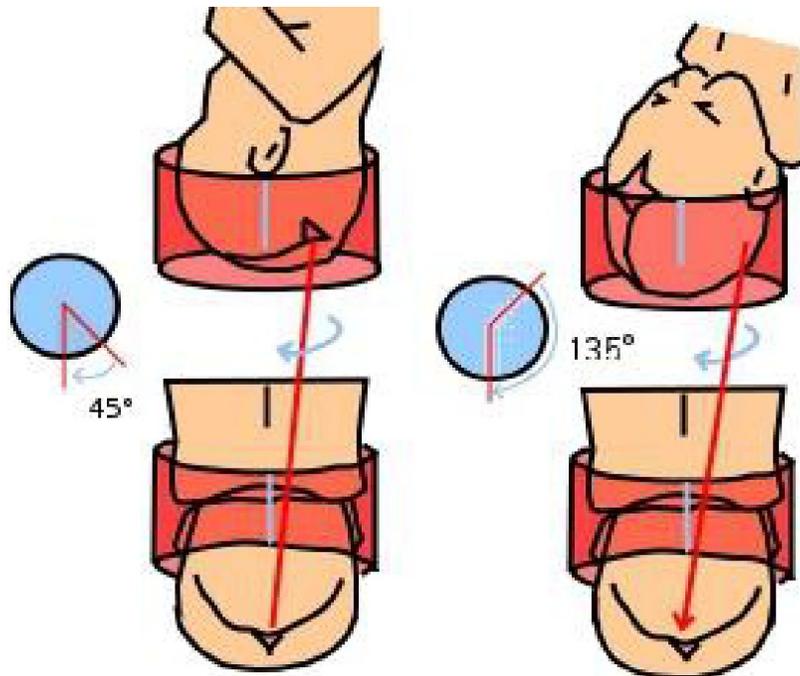
# ETUDE PARACLINIQUE

- ▶ Radiographie du contenu utérin : longtemps, seule technique affirmant le diagnostic de la présentation
- ▶ □ Echographie : elle permet de vérifier la nature de la présentation, de mesurer le diamètre bipariétal (BIP), d'estimer le poids foetal et de préciser le siège de l'insertion placentaire

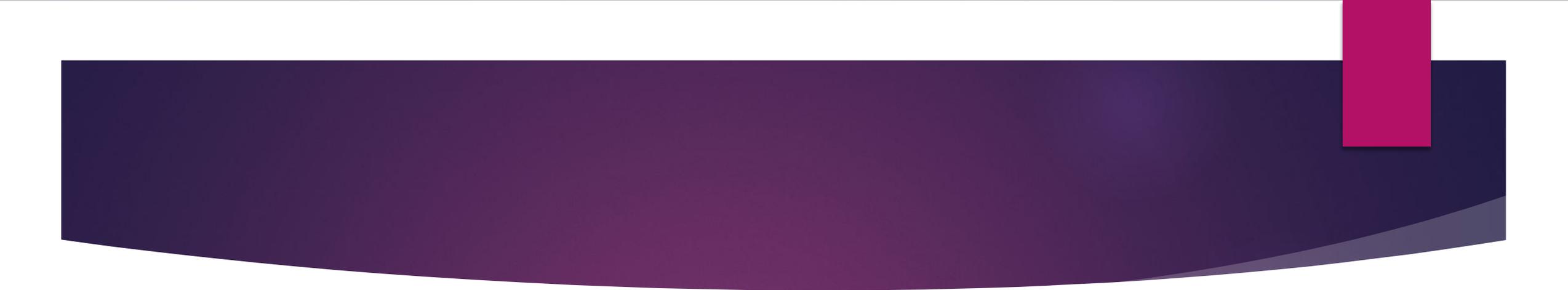
# MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SOMMET

- ▶ traversée du bassin maternel comporte trois étapes qui s'enchainent et se chevauchent et qui se répètent pour chaque segment du corps foetal (tête, épaule, siège) :
  - ▶ □ Engagement ou franchissement du détroit supérieur
  - ▶ □ Descente et rotation dans l'excavation pelvienne
  - ▶ □ Dégagement ou franchissement du détroit inférieur et du diaphragme périnéal
- ▶ □ Le mécanisme diffère sensiblement suivant que l'occiput se trouve en avant (variété antérieure) ou en arrière (variétés postérieures)





- ▶  Accouchement dans les variétés antérieures (type de description : accouchement dans l'OIGA, variété la plus fréquente et la plus eutocique)
- Accouchement de la tête : l'accouchement céphalique est le temps le plus important :
- ▶  Engagement de la tête : c'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Il peut s'accomplir au début du travail ou avant celui-ci surtout chez la primipare. Il est précédé par 2 phénomènes préparatoires :
- ▶  Orientation : du grand axe de la présentation céphalique selon le diamètre oblique gauche du bassin
- ▶  Amoindrissement : il est nécessaire car même orienté selon le diamètre oblique de 12 cm sur le squelette, il est sensiblement réduit in vivo par les parties molles. L'amoindrissement est assuré par le complément de flexion de la tête foetale. Au diamètre occipito-frontal de 11.5 cm se substitue le diamètre sous-occipito-bregmatique de 9.5 cm
- ▶  Descente et rotation : une fois le détroit supérieur franchi, la tête foetale descend au niveau de l'excavation pelvienne, en direction du diaphragme périnéal, et subit une rotation la faisant passer d'un axe oblique à un axe médian antéropostérieur. Descente et rotation peuvent être successives ou se faire simultanément :
- ▶  Descente : la tête descend suivant l'axe ombilico-coccygien. La hauteur de l'excavation est franchie lorsque la grande circonférence céphalique arrive au plan sous-symphysaire. La poussée utérine maintenant en permanence l'occiput contre la symphyse pubienne. La descente se fait sur une hauteur de 5 cm
- ▶  Rotation : il s'agit d'une rotation de 45° en avant

- 
- ▶ □ Dégagement : arrivé au détroit inférieur, l'occiput se trouve donc en regard du pubis maternel. Le dégagement se fait en occipito-pubien.

- Accouchement des épaules : l'accouchement des épaules se déroule sans problème, du moins si le fœtus est de dimensions normales
- ▶ □ Engagement : le diamètre bis-acromial s'amointrit par tassement, et s'oriente dans le diamètre oblique opposé à celui emprunté par la tête soit l'oblique droit dans le cas de l'OIGA et s'engage en même temps que la tête se dégage
- ▶ □ Descente et rotation : amènent l'épaule droite dans la symphyse
- ▶ □ Dégagement : s'effectue par un mouvement de l'épaule antérieure, achève son dégagement par glissement
- Accouchement du siège : encore plus facile, le diamètre bi-trochantérien suit le même mécanisme que le bis-acromial

# CONCLUSION

- ▶ La présentation du sommet est la plus favorable des présentations, l'accouchement spontanée en est la terminaison habituelle. L'eutocie est à son max dans les variétés antérieures alors que les variétés postérieures restent eutocique avec quelques restrictions