

LES PRÉSENTATIONS DÉFLÉCHIES

Plan (commun pour les présentations face, front, bregma)

Introduction générale

1. Définition

2. Fréquences

3. Facteurs étiologiques

4. Etudes clinique

- + Pendant la grossesse
- + Diagnostic pendant le travail

5. Sur le plan paraclinique

6. Diagnostic différentiel

7. Mécanique obstétricale

- + Modalités de la présentation
- + Variétés de position
- + Phénomène mécanique
 - Phénomène préparatoire
 - Engagement
 - Descente et rotation
 - Dégagement
- + Phénomène dynamique
- + Phénomène plastique

8. Conduite à tenir

- + Au début du travail

9. Pronostic

- + Maternel
- + Fœtal

Conclusion

Objectifs

- 1- Définir les différentes présentations défléchies.
- 2- Citer les facteurs favorisant la survenue des présentations défléchies.
- 3- Poser le diagnostic des présentations défléchies.
- 4- Expliquer le mécanisme de l'accouchement des différentes présentations défléchies.
- 5- Décrire la conduite à tenir au cours de différentes présentations défléchies.

LES PRÉSENTATIONS DÉFLÉCHIES

Introduction générale

Les présentations défléchies sont des présentations céphaliques particulières de par leur repère, leur mécanique d'accouchement et leur pronostic. Elles englobent en fonction du degré de la déflexion céphalique :

- la présentation de la face : la déflexion totale (3/3) ;
- la présentation du front : la déflexion partielle 2/3 ;
- la présentation du bregma : la déflexion partielle 1/3.

La déflexion va à l'encontre des lois de l'accommodation, contrairement à l'hyper flexion de la tête dont l'amplitude est limitée en avant par la butée du menton sur le sternum fœtal, l'amplitude de la déflexion de la tête fœtale est beaucoup plus importante et ne s'arrête que lorsque l'écaille occipitale fœtale atteint la colonne dorsale fœtale.

Cette déflexion céphalique modifie bien entendu les diamètres fœtaux qui sont proposés au bassin maternel au cours du travail. Si, du fait d'une augmentation très importante de ce diamètre, la présentation du front est pratiquement toujours dystocique, le bregma, quant à lui, l'est partiellement, et la présentation de la face est le plus souvent eutocique. La parfaite connaissance de ces présentations défléchies par les personnels médicaux de la salle de naissance permet d'optimiser leur prise en charge.

LA PRÉSENTATION DE LA FACE

1. Définition

La présentation de la face est celle où un fœtus normal, aux alentours du terme, aborde le détroit supérieur (DS) en position céphalique totalement défléchie. Cette déflexion forcée de la tête amène l'occiput contre le plan du dos du fœtus de telle sorte que la tête et tronc forment un bloc solidaire et que la face pénètre en premier et en totalité dans le DS.

2. Fréquences

La présentation de la face est peu fréquente, l'incidence varie de 0,04 à 1 % (soit une face pour 545 naissances).

3. Facteurs étiologiques

Il n'y a pas de cause véritable, mais un certain nombre de facteurs pouvant gêner l'accommodation fœtus-pelvienne sont couramment évoqués tels que les :

- Multiparités.
- Rétrécissement modéré du bassin.
- Macrosomie fœtale:
 - Tumeurs cervicales fœtales favorisant la déflexion de la tête comme : (goitre, tératome cervical, tumeur thymique).
- Hydramnios
- Présentations primitives.
- Le placenta prævia
- Les circulaires du cordon sont souvent rapportées.
- Le plus souvent aucune étiologie n'est retrouvée et ce sont les présentations dites idiopathiques de la face.

4. Etudes cliniques

Pendant la grossesse :

Le diagnostic clinique des présentations primitives de la face est difficile. Il s'agit souvent d'une découverte fortuite lors d'examen échographiques en fin de grossesse.

Cette situation primitive est transitoire, pourrait se réduire progressivement au cours du travail et se transformer en sommet.

❖ **L'examen obstétrical** montre à :

Inspection : L'utérus est développé dans le sens longitudinal.

Palpation : retrouve une présentation haute mais peu mobile. On perçoit :

- Au-dessus la **symphyse pubienne**, une saillie osseuse régulière arrondie débordant largement la symphyse pubienne "l'occiput", qui délimite avec le dos en hyperlordose un sillon en coup de hache.
- Le **fond utérin** est occupé par le siège,
- **Latéralement**, la perception du dos n'est nette qu'au voisinage du siège.



Fig.1 Palpation de la région sus pubienne (source EMC)

- ❖ **Auscultation:** Les bruits du cœur sont nettement perçus du côté opposé au plan du dos.
- ❖ **Le toucher vaginal** perçoit, à travers un segment inférieur épais, une présentation élevée et irrégulière. Seul l'échographie et l'examen radiographique du contenu utérin permettrait d'affirmer le diagnostic.

Diagnostic pendant le travail :

La présentation de la face est souvent une découverte du toucher vaginal pendant le travail.

La palpation de l'utérus ne permet pas une bonne orientation du diagnostic.

❖ **Le toucher vaginal**

Le diagnostic est facile si le col est dilaté avec des membranes rompues, il retrouve :

- d'un côté le front, puis les arcades orbitaires cernant les globes oculaires mous, puis au centre de la présentation la saillie pyramidale du nez dont on note la direction, puis la bouche qui peut sucer le doigt et enfin la saillie du menton "structure en fer à cheval";
- le diagnostic n'étant certain que lorsque ce dernier est palpable, La grande fontanelle "bregma" n'est jamais perceptible.

5. Examen paraclinique

Echographie : Elle est utile pour :

- Préciser la présentation ;
- Eliminer une anomalie fœtale (une anencéphalie, hydrocéphalie, tumeur cervicale)
- Réaliser une biométrie fœtale et localise le placenta ;
- Peut visualiser la déflexion de la tête fœtale;

6. Diagnostic différentiel

Il se fait avec

- **La présentation du siège :** la bosse sérosanguine peut simuler un siège décomplété si l'on confond la bouche avec l'anus et le nez avec le sacrum. En cas de doute, l'échographie permet très facilement de trancher.
- **La présentation du front :** le TV met en évidence d'un côté la grande fontanelle bregmatique fontanelle (jamais atteinte dans la face), et de l'autre côté le nez et les orbites mais le menton n'est jamais atteint dans le front.

7. Mécanique obstétricale

✚ Modalités de la présentation de la face : On distingue habituellement :

- ❖ les présentations primitives : constituées pendant la grossesse, elles sont exceptionnelles ;
- ❖ les présentations secondaires : les plus fréquentes, se produisant au moment du travail.

La déflexion est définitive lorsque la tête se fixe ou/et descend dans l'excavation pelvienne et lorsque les membranes amniochoriales sont rompues.

✚ Variétés de position

- ❖ **Le repère de la présentation** est le menton, l'orientation de ce repère par rapport aux éminences élio-pectinées du (DS) définit les positions suivantes :

- ❖ **Les variétés antérieures :**

- MIGA (mento-iliaque gauche antérieure),
- MIDA (mentoiliaque droite antérieure)
- la MP (mentopubienne) est la plus fréquente (65% des présentations de la face).

- ❖ **Les variétés postérieures :**

- MIGP (mento-iliaque gauche postérieure),
- MIDP (mentoiliaque droite postérieure)
- la MS (mentosacrée) sont rares et représentent 26%.

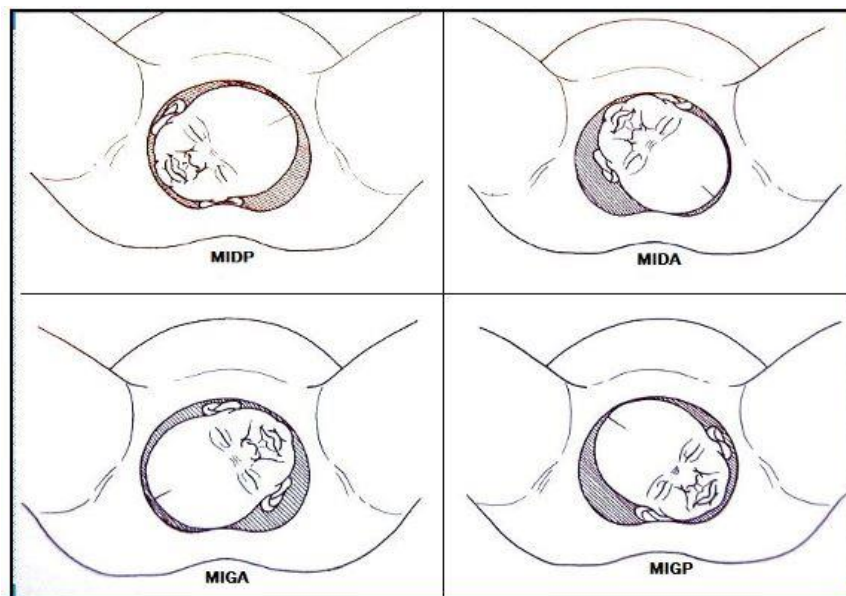


Fig.2 : Variétés de position de la présentation de la face (source site Web)

- ❖ **Les variétés transverses** : sont exceptionnelles (9%) sont l'apanage d'un bassin plat.

- MIGT (mento-iliaque gauche transverse)
- MIDT (mentoiliaque droite transverse),

✚ Phénomène préparatoire

➤ **L'orientation** amène le grand diamètre de la présentation, le sous mento-brégmatique (9.5cm), dans l'un des diamètres obliques du bassin (12cm). le gauche le plus souvent, menton en arrière (MIDP) ou menton en avant (MIGA).

➤ **L'amoindrissement** se fait par hyper-déflexion de la tête, favorisée par l'occiput qui bute contre la margelle du bassin. Le diamètre qui tend à descendre dans le bassin est le sous-mentobregmatique de 9,5 cm, compatible avec ceux du bassin maternel.

✚ Phénomènes mécaniques

➤ Engagement :

La face se présente dans sa totalité au détroit supérieur et l'engagement est synclite. Le centre de la présentation correspond au centre du détroit supérieur. Bien que l'on parle d'engagement, le plus grand diamètre de cette présentation ne franchit le plan du détroit supérieur qu'au temps suivant, car l'engagement est vite limité par la solidarisation du dos et de la tête amenant au détroit supérieur le diamètre presterno-sincipital (13,5 cm), beaucoup trop grand pour franchir le détroit supérieur.

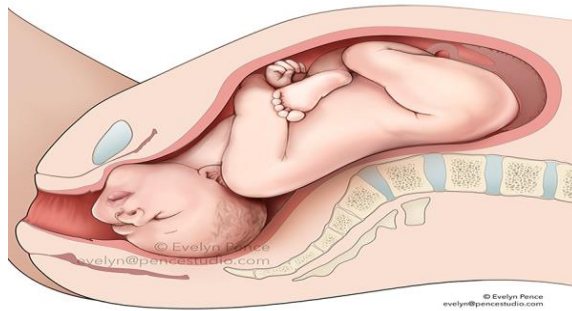


Fig.3 : Engagement de la face (source EMC)

➤ **Descente et rotation :** Ce deuxième temps est capital pour l'issue de l'accouchement, de lui dépend l'évolution favorable de l'accouchement ou au contraire l'arrêt de la progression. La descente est au début facile puis elle est limitée par l'arrivée du diamètre présternosyncipital de 13,5 à 14 cm, incompatible avec le DS.

La progression dépend donc, du sens de rotation de la tête :

- ❖ **Lorsque la rotation se fait vers l'avant**, Elle est de 45° (1/8 de cercle) et se fait facilement
- ❖ **et lorsqu'elle se fait vers l'arrière**, elle est de 135° (3/8 de cercle) dans les variétés postérieures.

Cette rotation est par nécessité précoce amenant le menton sous la symphyse pubienne précédant obligatoirement la descente. Le glissement du menton sous la symphyse pubienne va alors permettre à la tête de se fléchir en pivotant autour de l'axe du pubis et parvient donc à se désolidariser du tronc ; permettant à l'accouchement de se poursuivre. La présentation est dans l'axe antéropostérieur du DI, permettant le dégagement. **Seule cette évolution est favorable.**

❖ Rotation Vers l'arrière

Le menton ne peut se dégager en arrière, butant sur le sacrum dont la hauteur est très supérieure à celle du cou du fœtus ; le sternum vient buter très vite sur la margelle postérieure du bassin. Dans cette situation, la présentation s'enclave et l'accouchement devient impossible.

➤ Dégagement

Dans les variétés antérieures, il s'accomplit sans difficulté par une flexion de la tête autour de la symphyse pubienne. Le menton se fixe sous la symphyse pubienne et l'occiput peut évoluer dans la concavité sacrée. Le sous menton prend appui sous la symphyse pubienne et le dégagement

s'accomplit par flexion de la tête autour de la symphyse pubienne, libérant la face d'abord avec la bouche, le nez, le front et la voute crânienne qui apparaissent successivement à la vulve.

Le reste de l'accouchement (des épaules et du siège) après la sortie de la tête est semblable à celui de la présentation du sommet.

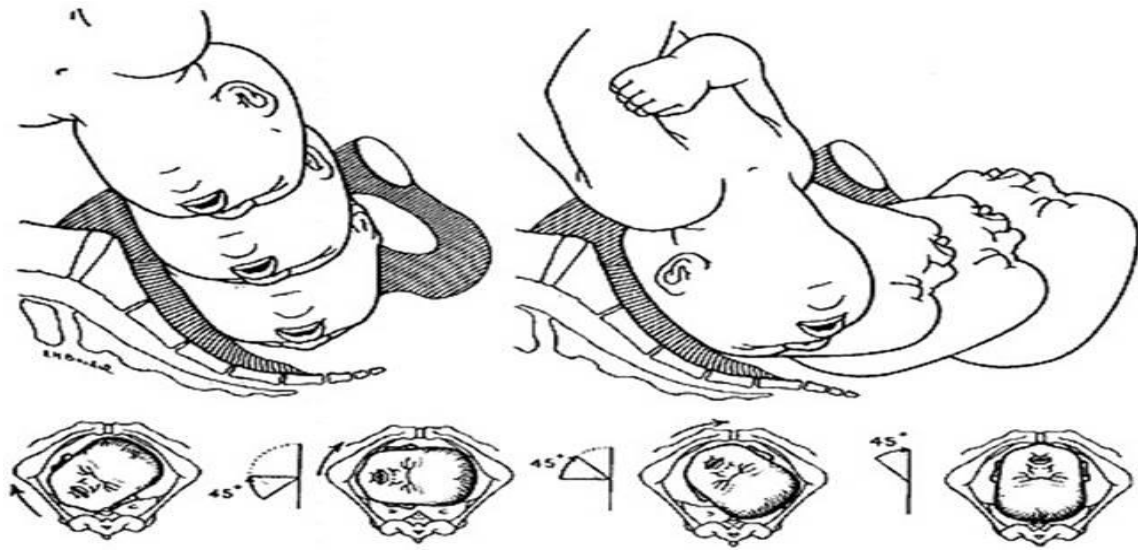


Fig.4 : Mécanisme d'accouchement de la face(source site Web).

✚ Les phénomènes dynamiques

La dilatation du col et l'amplication du segment inférieur sont très lentes car la présentation de la face reste longtemps élevée et ne sollicite pas le col utérin, rendant ainsi le travail plus long et plus pénible. La rupture précoce de la poche des eaux est plus fréquente.

✚ Les phénomènes plastiques

Les déformations plastiques sont impressionnantes donnant à l'enfant un aspect en «gargouille »qui disparaît dans les 24-48 heures.

La bosse sero-sanguine siège sur les lèvres, les joues les paupières qu'elles gonflent et bleuit au point de déformer la face toute entière.

Les déformations intrinsèques : la tête s'allonge d'avant en arrière, mais celle déformation est passagère. La lordose vertébrale persiste longtemps avec une tête rejetée en arrière.

Cette hyper extension du cou peut gêner le jeu de larynx entraînant une raucité du cri.



Fig.5 : Phénomène plastique de la présentation de la face (source site Web)

8. Conduite à tenir

La présentation de la face est la plus eutocique des présentations défléchies. Ainsi, il apparaît licite de ne pas intervenir systématiquement en cas de présentation de la face, mais de laisser se dérouler le travail naturellement, sous étroite surveillance.

Au début du travail

Il est capital de faire le diagnostic de la présentation de la face précocement au début de travail, et un bilan très exact de l'état pelvien et fœtal pour réunir toutes les conditions de sécurité avant d'accepter la voie basse.

La césarienne s'impose en cas de :

- Un rétrécissement pelvien
- Le mauvais état du périnée
- Un utérus cicatriciel
- Un placenta prævia
- La maladie grave de la mère

 **Au cours du travail:** Le travail doit être surveillé, en respectant le plus possible la poche des eaux.

- Les touchers pelviens doivent être prudents et leurs nombres doivent être limités
- Il faut surveiller que le menton dans les variétés postérieures tourne bien vers l'avant.
- Une variété postérieure persistante relève de la réalisation d'une césarienne afin d'éviter l'enclavement.
- Le monitoring électronique du rythme cardiaque fœtal (RCF) par voie externe est systématique
- faire une bonne épisiotomie lors de l'expulsion.

9. Le pronostic

Le pronostic maternel

Il ne se pose pas si la rotation se fait en avant sinon il y a risque de rupture utérine et éclatement du segment inférieur.

Lorsque l'accouchement se fait par voie basse, l'épisiotomie permet d'éviter le délabrement périnéaux; d'où la nécessité d'une bonne surveillance en salle de travail.

La mortalité est nulle dans toutes les études.

Le pronostic fœtal

Le pronostic est généralement bon, sous réserve d'une rotation de la face en avant.

Le fœtus est menacé par la procidence du cordon ou sa compression entre l'occiput et le dos en cas de circulaire lâche.

La mortalité fœtale est plus élevée que dans le sommet notamment en cas de retard d'intervention en cas de rotation en arrière avec enclavement de la tête dans l'excavation.

LA PRÉSENTATION DU FRONT

1. Définition

On ne parle de présentation du front que lorsque la tête fœtale, partiellement défléchie, est fixée et fait pénétrer dans le détroit supérieur une partie plus au moins voisine du front chez une femme en travail, poche des eaux rompue.

C'est la plus dystociques des présentations céphaliques, en raison de la disproportion foetopelvienne absolue avec accouchement impossible par voie vaginale, d'où l'intérêt de la dépister le plus tôt possible afin d'éviter une évolution spontanée défavorable.

Elle doit être distinguée des présentations transitoires de fin de grossesse qui se transforment en présentation du sommet ou en face: il n'y a pas de front mobile.

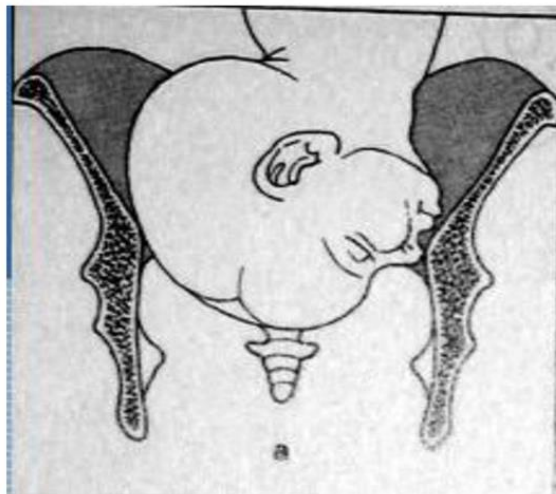


Fig.1 : Présentation du front (source site Web)

2. Fréquence

Elle est rare, se situe entre 1,3 et 2,6 pour 1000 naissances.

3. Facteurs étiologiques

En principe la présentation du front reste un accident imprévisible jusqu'au début du travail. Cependant certains facteurs de mauvaise accommodation foeto-pelvienne peuvent être invoqués. Les causes maternelles :

Grande multiparité ; Utérus malformé ; Anomalies du bassin,

Les causes fœtales : Tumeurs fœtales, Hydrocéphalie, dolichocéphalie, Hydramnios, Obstacle prævia

4. Etude clinique :

Inspection : permet d'affirmer un utérus à développement longitudinal.

Palpation :

A la palpation du pôle inférieur de l'utérus: révèle une présentation haute, excentrée, mobilisable; les doigts perçoivent d'un côté, la saillie anormale de l'occiput séparée du plan du dos par un sillon en coup de hache; et de l'autre côté, la saillie en fer à cheval du menton.

Au niveau du fond utérin, on perçoit une masse irrégulière, volumineuse: le siège

Latéralement : les doigts descendant le long du dos rencontrent comme un pas de marche

Auscultation : met en évidence les BCF au-dessus de l'ombilic

Toucher vaginal : il permet de faire le diagnostic facilement surtout lorsque le col est dilaté, la poche des eaux rompue sans bosse séro-sanguine. Il perçoit le front- au pourtour du front, on perçoit d'un côté une dépression losangique et large : la grande fontanelle bregma;

De l'autre côté, la saillie mousse et convexe des arcades sourcilières, on perçoit le nez, repère de la présentation, mais on ne perçoit jamais le menton.

5. Diagnostic différentiel

Il se fait avec La présentation de la face : la perception du menton est la clé du diagnostic et élimine le diagnostic de la présentation du front.

6. Mécanisme de l'accouchement

Variétés de position

Le repère de la présentation du front est le nez. Le diamètre présenté dans la fière pelvienne est le diamètre syncipito-mentonnier (13,5cm).

Le nez sert de point de repère pour distinguer les diverses variétés de positions.

La situation de ce repère par rapport du DS permet de distinguer par ordre de fréquence les variétés suivantes :

- Naso-iliaque droite postérieure (NIDP)
- Naso-iliaque gauche antérieure (NIGA)
- Naso-iliaque droite antérieure (NIDA)
- Naso-iliaque gauche postérieure (NIGP)
- Naso-iliaque transverse droite (NITD)
- Naso-iliaque transverse gauche (NITG).

Les phénomènes mécaniques

Deux situations doivent être considérées :

Situation N° : 1 - L'accouchement d'un enfant à terme de poids normale :

La tête, initialement haute, se fixe en front et présente au détroit supérieur son plus grand diamètre sagittal (le syncipito-mentonnier de 13,5 cm), beaucoup trop grand pour s'accommoder au diamètre du détroit supérieur (diamètre oblique 12 cm et diamètre transverse 13,5 cm).

En conséquence l'engagement est impossible. En l'absence d'intervention, la tête fœtale, progressant de force, pénètre dans le bassin et ne s'engage qu'en s'y enclavant et se bloque à la partie haute de l'excavation; ne pouvant plus ni descendre, ni tourner, ni se fléchir, ni se défléchir. Une volumineuse bosse sérosanguine s'installe et donne parfois une impression de descente.

Les conséquences de cet enclavement sont :

- L'infection ovulaire
- La rupture utérine
- La mort fœtale
- L'ischémie des parties molles
- Les fistules vésicaux-vaginales.

L'accouchement par voie basse est impossible dans les conditions normales.

Situation N° : 2 - L'accouchement d'un enfant de petit poids ou d'un prématuré

C'est une situation exceptionnelle et l'accouchement par voie basse dans ce cas se réalise avec difficulté en se produisant avec force :

Engagement

La tête s'engage dans un diamètre transverse ou oblique. Elle doit s'amoinrir avec un chevauchement des os du crâne, le front plongeant dans l'excavation alors que l'occiput s'allonge vers le dos.

Descente et rotation

Elles sont lentes et laborieuses, le tassement s'accroît et amènent le plus souvent la tête en naso-pubien dans l'axe antéro-postérieur du détroit inférieur. L'occiput dans la concavité sacrée et la face derrière la symphyse, le maxillaire supérieur contre son bord inférieur. L'ouverture de la bouche diminuant le diamètre (le fœtus mord la symphyse), et la rotation permet la descente de la tête.

Si la rotation se fait vers l'arrière en naso-postérieur, l'accouchement est impossible.

 Dégagement: Il s'effectue autour du pivot formé par la racine du nez "maxillaire supérieur" et de la symphyse pubienne réalisant un mouvement en « S » avec, successivement :

- ✓ une flexion de la tête : apparition à la vulve de la partie de la tête fœtale allant du nez au sous-occiput ;
- ✓ puis une déflexion : le sous-occiput s'appuyant sur la fourchette vulvaire,
- ✓ la tête se fléchit pour dégager le nez, la bouche et le menton. Lors du dégagement de l'occiput, l'ampliation périnéale est importante et les indications de l'épisiotomie sont très larges.

La suite de l'accouchement est sans particularité.

7. Conduite à tenir

Les membranes sont intactes, la tête mobile au-dessus du détroit supérieur on ne peut encore parler de présentation du front: la tête est mal fléchie et peut évoluer en face ou en sommet. il ne faut pas se précipiter avant d'acquiescer la certitude que l'attitude de la tête est fixe et définitive, durant l'expectative la surveillance doit être stricte pour dépister toute anomalie contractile, mais ne doit pas se prolonger plus de deux heures et doit être interrompue immédiatement en cas d'incident.

La tête est fixée au détroit supérieur et le diagnostic de la présentation du front est retenu, il faut indiquer une césarienne sans tarder afin d'éviter les complications enclavement de la tête, une hypertonie utérine avec risques de rupture utérine et l'hypoxie fœtale.

8. Pronostic

Le pronostic maternel et fœtal est bon en cas de diagnostic à temps.

En l'absence d'une intervention immédiate, il reste très mauvais: le fœtus meurt pendant l'accouchement, la mère risque

- ✓ des hémorragies de la délivrance
- ✓ la rupture utérine avec lésions vésico-vaginale.

LA PRÉSENTATION DU BREGMA

1. Définition

C'est une présentation céphalique en légère déflexion, intermédiaire entre le front et le sommet. La grande fontanelle constitue le point déclive et se trouve dans l'axe de la filière pelvienne durant toute l'évolution de l'accouchement. Souvent méconnue, la présentation du bregma est régulièrement confondue avec une occipito postérieure ou une présentation du front.

2. Fréquence : Elle est très variable probablement du fait de sa méconnaissance. 1% grossesse.

3. Facteurs étiologiques : On retrouve les mêmes causes favorisantes que pour la présentation du front.

4. Etude clinique

L'inspection et la palpation: les données sont pratiquement les mêmes que dans la présentation du front sauf celles traduisant la déflexion de la tête étant moins marquées.

Toucher vaginal : le diagnostic est fait au cours du travail après rupture des membranes.

Il permet d'identifier au centre de l'aire de la dilatation, la grande fontanelle avec ses quatre angles "signe de la croix", alors que la petite fontanelle n'est jamais atteinte, à la différence des présentations du vertex en variétés occipito-postérieures.

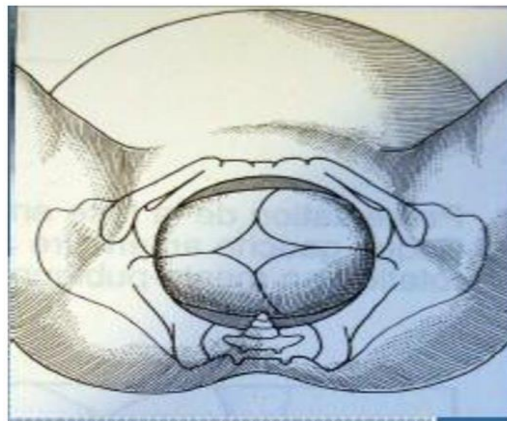


Fig.1 : Présentation du bregma (source site Web)

Parfois, quand la dilatation est complète, on peut sentir de l'autre côté l'encoche nasale et les arcades sourcilières sans jamais palper complètement le nez.

Quelquefois, l'attitude en bregma est transitoire : la grande fontanelle n'est pas tout à fait au centre de l'excavation, la petite fontanelle est perceptible. Il s'agit d'une présentation du sommet qui se fléchit.

5. Diagnostic différentiel

Présentation du sommet en occipit-osacré : la petite fontanelle est toujours perçue très en arrière, le mécanisme du dégagement étant à peu près similaire, ce qui prête à confusion.

La présentation du front : au toucher vaginal, on perçoit, en plus de la grande fontanelle, le nez et le maxillaire supérieur.

6. Mécanique obstétricale

✚ Repère de la présentation

Le repère de la présentation est le front, définissant les variétés de position suivantes :

- FP (fronto pubienne),
- FIGA (fronto-iliaque gauche antérieure),
- FIGT (frontoiliaque gauche transverse),
- FIGP (fronto-iliaque gauche postérieure),
- FS (frontosacrée),
- FIDP (fronto-iliaquedroite postérieure),
- FIDT (fronto-iliaque droite transverse),
- FIDA (fronto-iliaque droite antérieure).

Phénomène mécanique

L'engagement

L'engagement est précédé par :

- L'orientation amène le diamètre antéropostérieur de la présentation " l'occipitofrontal" de (11,5 à 12 cm), dans le diamètre oblique le plus souvent, ou dans le diamètre transverse du détroit supérieur, la région frontale la plupart du temps en avant (fronto-iliaque gauche antérieure [FIGA], fronto-iliaque droite antérieure [FIDA]), mais elle peut rester parfois en transverse.
- L'amoindrissement se fait par tassement de tous les diamètres de la tête fœtale, puisqu'elle ne subit ni flexion ni déflexion : on a alors une égalisation des contours de la tête en forme de cylindre (déformation en tour).

La tête progresse par frottement jusqu'à ce que sa limite supérieure ait franchi le détroit supérieur.

La descente et rotation

La tête s'engage et progresse dans le bassin sans trop de difficulté, si elle est de dimension moyenne en conservant avec la paroi pelvienne les rapports qu'elle avait avec elle. La rotation dirige le front vers le pubis tandis que l'occiput se met en contact de la concavité sacrée et se termine quand la racine du nez parvient sous la symphyse pubienne. Il est exceptionnel que l'inverse se produise.

Dégagement

Il s'effectue en deux temps :

Tout d'abord, la racine du nez vient se fixer sous le bord inférieur de la symphyse pubienne, la tête exécute d'abord un mouvement de flexion autour de ce point fixe comme pivot, successivement se dégagent à la vulve le frontal, pariétaux, l'occiput.

Ensuite se produit un mouvement de déflexion ayant pour axe le sous-occiput qui prend appui sur la fourchette vulvaire, permettant le dégagement du nez, de la bouche et enfin du menton. Ce mouvement en « S » est très limité car la tête fœtale, de par sa position indifférente, ne se fléchit ou se défléchit que de façon très discrète.

7. Conduite à tenir

Il s'agit d'une présentation potentiellement dystocique mais il n'y a pas d'indication de césarienne systématique. L'évolution spontanée est habituellement favorable, si le bassin est normal et l'enfant de poids normal.

➤ Au cours du travail

Le diagnostic précoce de cette variété de présentation est nécessaire car l'apparition d'une importante bosse sérosanguine peut la faire méconnaître.

La surveillance de la dilatation est la même qu'en cas de présentation du sommet, sous monitoring fœtal continu.

Il faut de préférence respecter les membranes le plus longtemps possible sauf en cas d'état fœtal non rassurant ou de stagnation de la dilatation.

La durée du travail est très variable, en général, plus longue que dans la présentation du sommet.

➤ **Période d'expulsion**

Elle est assez longue car la progression est lente, (avec une durée d'expulsion de plus de une heure chez la primipare et de plus de 30 minutes chez la multipare), elle impose une surveillance des BCF étroite.

➤ **Le dégagement** se fait souvent en OS.

Les lésions périnéales sont plus fréquentes car le périnée est sollicité, ce qui nécessite une vigilance particulière de la part de l'accoucheur.

8. Pronostic

➤ Pronostic maternel

Il est bon si l'on respecte les délais normaux du travail. En cas d'accouchement prolongé, il existe un risque infectieux augmenté.

➤ Pronostic fœtal

La déformation de la tête est assez caractéristique, mais minime si l'accouchement est très rapide.

8. Conclusion

Les présentations défléchies sont relativement rares.

La présentation de la face, dont le repère est le menton, est eutocique si celui-ci est orienté en avant. Cette présentation défléchie a beaucoup de similitudes avec le siège : travail rapide, expulsion facile et, pour beaucoup, c'est une indication de césarienne.

La présentation du front, dont le repère est le nez, est dystocique et son pronostic dépend de la précocité du diagnostic pour agir rapidement en pratiquant une césarienne.

La présentation du bregma, dont le repère est le front, est mal connue et potentiellement dystocique.

La bonne connaissance du mécanisme de dégagement permet au mieux de gérer les risques périnéaux inhérents à cette présentation.

9. Bibliographie

1. Dominique Cabrol, Jean Claude Pons, François Goffinet : traité d'obstétrique .édition Flammarion 2003 2^e tirage 2005, chapitre 88 p 821.
2. Jacques Lansac, Philippe Descamps, François Goffinet : Pratique de l'accouchement 6^eédition Elsevier Masson SAS2016
3. R.Merger, J.Lévy : Précis d'obstétrique. Masson 6^e édition 2001
4. Loïc Marpeau : **Traité d'obstétrique** 2010 Elsevier Masson.
5. H.de Tourris .gynécologie et Obstétrique , manuel illustré . Masson Paris 2000, 7^e édition .