

PRESENTATIONS DU FRONT ET DU BREGMA

Objectifs

1. Définir la présentation du front
2. Définir la présentation du front
3. Décrire les particularités de la présentation du front
4. Décrire les éléments du diagnostic de la présentation du front
5. Décrire la conduite à tenir devant une présentation du front
6. Décrire les particularités de la présentation du bregma
7. Décrire la marche de l'accouchement dans la présentation du bregma
8. Décrire la conduite à tenir devant une présentation du bregma

Plan

GENERALITES 130

I. PRESENTATION DU FRONT 130

1. Particularités.....
2. Diagnostic positif
3. Diagnostic différentiel.....
4. Diagnostic étiologique.....
5. Marche de l'accouchement
6. Conduite à tenir

II. PRESENTATION DU BREGMA

1. Particularités.....
2. Mécanisme de l'accouchement.....
3. Pronostic.....
4. Conduite à tenir

CONCLUSION

GENERALITES

Définitions

La présentation du front est une présentation longitudinale caractérisée par une déflexion partielle de la tête fœtale (2/3) qui amène la région frontale en regard de l'aire du détroit supérieur. C'est une présentation intermédiaire entre celle du sommet (flexion parfaite) et celle de la face (déflexion parfaite).

La présentation du bregma, est celle intermédiaire entre le front et le sommet.

I. PRESENTATION DU FRONT

1. Particularités

Fréquence : 1 à 2 cas / 1000 grossesses.

Le repère de la présentation du front est le nez.

La situation du nez par rapport au bassin maternel permet de définir les différentes variétés de position :

- les naso-transverses (naso-iliaque droite transverse [NIDT] et naso-iliaque gauche transverse [NIGT]) sont les plus fréquentes,
- les naso-antérieures (NIDA ou NIGA) sont rares,
- les naso-postérieures (NIDP ou NIGP) sont exceptionnelles.

Diamètres

Le diamètre présenté dans la filière pelvienne est le diamètre syncipito-mentonnier qui mesure en moyenne 13,5 cm au-delà des possibilités d'engagement d'un bassin normal.

C'est une présentation du travail, hautement dystocique incompatible avec un accouchement par voie basse.

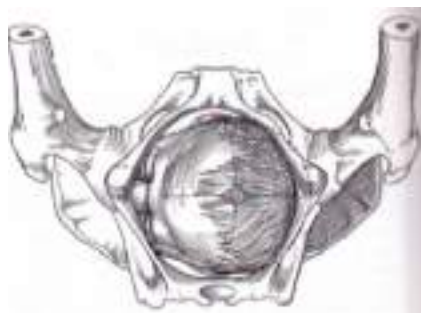


Fig.1: Présentation de la face



Fig. 2: Diamètres de la présentation

2. Diagnostic positif

Inspection : Utérus ovoïde à grand axe longitudinal.

Palpation : La tête est haute avec occiput anormalement saillant réalisant le classique « coup de hache ». La saillie du menton réalise l'aspect en fer à cheval.

Auscultation : Les bruits du cœur fœtal sont perçus sous l'ombilic du côté du dos.

Toucher vaginal : Il pose le diagnostic en mettant en évidence une présentation irrégulière avec les bosses frontales, la grande fontanelle losangique, les orbites, le nez, repère de la présentation, remarquable par 2 orifices nasaires surmontés de la pyramide nasale.

On ne perçoit jamais de menton.

En cas de doute, on demandera une échographie ou une radiographie du contenu utérin.

3. Diagnostic différentiel

La présentation du front peut être confondue avec celle de la face (la perception du menton l'élimine alors), ou avec celle du bregma (la racine du nez n'est pas perçue dans ce cas).

4. Diagnostic étiologique

La présentation du front est secondaire à une gêne à la loi d'accommodation de PAJOT. Cette gêne peut être d'origine maternelle ou fœto-annexielle.

+ Causes maternelles

- grande multiparité,
- rétrécissements du bassin,
- malformations et malpositions utérines.

+ Causes foeto-annexielles

- gros enfant ou petit poids,
- malformations fœtales,
- placenta prævia,
- hydramnios,
- rupture prématurée des membranes,
- circulaires du cordon.

5. Marche de l'accouchement

a. Phénomènes mécaniques

L'accouchement par voie basse d'un fœtus de poids normal est impossible. Le diamètre d'engagement ; le syncipito-mentonnier, est supérieur aux diamètres d'engagement du bassin. L'engagement est alors impossible.

Si le diagnostic est tardif, l'évolution se fait vers l'enclavement. Quant la tête est bloquée dans l'excavation elle ne peut ni descendre, ni tourner, ni fléchir, ni défléchir.

Il est des cas particuliers (fœtus de petit poids), où l'accouchement est possible.

La tête s'engage dans un diamètre transverse ou oblique et le dégagement se fait en naso-pubienne en un mouvement de « S ».



Fig.3: Dégagement en naso-pubienne selon un « S »

b. Phénomènes dynamiques

Si on laisse le travail se dérouler, il prendrait un caractère catastrophique, pénible et douloureux avec : rupture prématurée des membranes, un risque d'infection amniotique, une contracture utérine, une souffrance fœtale voire mort fœtale.

Le risque de rupture utérine et de fistules obstétricales est élevé.

c. Phénomènes plastiques

Les diamètres fronto-mentonnier et occipito-mentonnier sont augmentés de sorte que l'enfant paraît « tout en front ». La bosse sérosanguine siège sur le front et les arcades sourcilières.



Fig.4: Déformations plastiques

6. Conduite à tenir

Attendre l'entrée en travail et la rupture des membranes pour mieux juger de la situation.

Présentation du front, enfant vivant : césarienne

Enclavement : embryotomie

II. PRESENTATION DU BREGMA

1. Particularités

La grande fontanelle occupe le centre du détroit supérieur et la région frontale est le plus souvent en avant, mais peut parfois rester en transverse.

Le repère de la présentation est le front.

La moitié de présentations est représentée par les fronto-antérieures (FIGA, FIDA), un quart de fronto-transverses (FIGT, FIDT) et un quart de fronto-postérieures (FIGP, FIDP).

Le diamètre de la présentation antéropostérieure est l'occipito-frontal qui mesure environ 11,5 à 12 cm, et dont l'orientation se fait selon le diamètre oblique, région frontale la plupart du temps en avant

Le toucher vaginal perçoit une présentation plus régulière avec la fontanelle bregmatique qui siège au centre du bassin : **signe de la « croix »**

On ne perçoit ni la fontanelle postérieure, ni le nez.

2. Mécanisme de l'accouchement

La tête s'engage et progresse dans le petit bassin sans trop de difficultés si elle est de dimensions moyennes.

La rotation dirige la plupart du temps le front vers le pubis tandis que l'occiput se met en rapport avec la concavité sacrée.

La racine du nez vient se fixer sous la symphyse pubienne. La tête exécute d'abord un mouvement de flexion autour de ce point fixe, comme pivot. Successivement se dégagent à l'orifice vulvaire : les frontaux, les pariétaux et l'occiput. Le sous-occiput prenant point d'appui au niveau de la commissure postérieure de la vulve, la tête se défléchit et la face se dégage rapidement sous la symphyse.

Le crâne est déformé en « tour » et la bosse sérosanguine siège en pleine région bregmatique.

3. Pronostic

Le pronostic est favorable dans la moitié des cas avec un accouchement par voie basse, mais le travail est plus long.

Il peut cesser d'être favorable avec défaut d'engagement et risque d'enclavement.

4. Conduite à tenir

L'épreuve du travail peut être tentée.

- Si défaut d'engagement ou de progression: **CESARIENNE.**
- Si engagement et descente : **accouchement naturel avec épisiotomie large.**
- Si lenteur à l'expulsion : **forceps.**

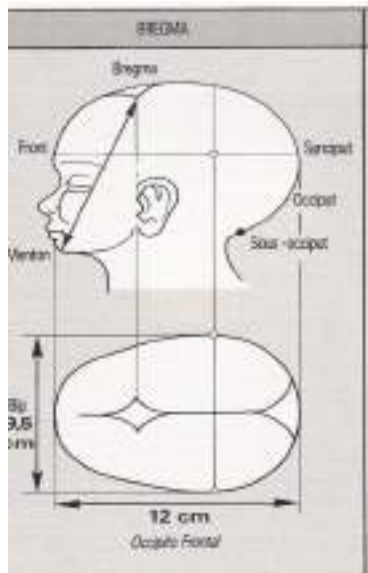


Fig.5: Diamètres d'engagement



Fig.6: Dégagement

Fig.7: Déformation en tour du crâne fœtal

