

Présentation du front

PLAN :

- I. Introduction
- II. Etiologies
- III. Etude clinique
- IV. Diagnostic différentiel
- V. Marche de l'accouchement
- VI. Pronostic
- VII. Conduite à tenir

I-Introduction :

A-DEFINITION :

La présentation du front est la présentation de la tête fœtale intermédiaire entre flexion et déflexion, c.-à-d., entre le bregma et la face

On ne parle de présentation du front que durant le travail avec une présentation fixée au détroit supérieur et une poche des eaux rompue.

B-VARIETES DE POSITION :

Le nez sert de point de repère pour distinguer les diverses variétés de position et selon sa position on décrit les variétés suivantes :

- Naso-iliaque droite postérieure;
- Naso-iliaque gauche antérieure ;
- Naso-iliaque droite postérieure ;
- Naso-iliaque gauche postérieure ;
- Naso-iliaque transverse droite et gauche.

II-ETIOLOGIES :

Les étiologies sont rarement retrouvées, elles sont les mêmes que pour la présentation de la face.

➤ Les causes maternelles :

- Grande multiparité
- Utérus malformé,
- Anomalies du bassin,

➤ Les causes foetales :

- Tumeurs foetales,
- Hydrocéphalie, dolichocéphalie,
- Prématurité,
- Retard de croissance,

➤ Les causes annexielles :

- Hydramnios,
- Obstacle praevia,

III-ETUDE CLINIQUE :

A. INSPECTION :

Elle montre un utérus allongé longitudinalement.

B. PALPATION :

Révéle une présentation haute, l'occiput est anormalement saillant (un « pas de marche »), a l'opposé de l'occiput, on perçoit le maxillaire inférieur en fer à cheval.

C. AUSCULTATION :

D. TOUCHER VAGINAL :

C'est lui seul qui permet le diagnostic d'autant plus facilement que le segment inférieur est mince et la dilatation est avancée, les membranes rompues.

La présentation est irrégulière, le centre est occupé par une saillie : les bosses frontale ; la grande fontanelle excentrée, le nez toujours épargné de l'infiltration sanguine, on atteint parfois la bouche mais on ne perçoit jamais le menton.

IV-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Le diagnostic principal est celui de la face : la perception du menton est la clé du diagnostic.

La présentation de siège ne prête jamais à confusion, en cas de doute la radiologie confirme la présentation.

V-MARCHE DU TRAVAIL :

A. PHENOMENES MECANIKES :

L'accouchement par voie basse est impossible sauf si le foetus est de petit volume dans les accouchements prématurés ou gémellaires.

Le diamètre antéro-postérieur de la tete foetale est le diamètre occipitonasal puis le syncipito-mentonnier (13cm), ce diamètre est supérieur aux diamètres du bassin normal.

L'orientation place le diamètre occipito-nasal sur un diamètre oblique ou sur le transverse du bassin. L'évolution se fait vers l'enclavement.

B. PHENOMENES DYNAMIQUES :

Le travail si on le laissait évoluer est caractérisé par : hypertonie isolée puis associée à une hypercinésie, contracture, élongation du segment inférieur puis rupture utérine.

C. PHENOMENES PLASTIQUES :

Chevauchement importants des os du crane ; bosse sero- sanguine intéressant le front, les arcades sourcilières.

VI-PRONOSTIC :

Le pronostic est bon pour la mère et pour l'enfant en cas de diagnostic à temps ; sinon il reste très mauvais dans le cas contraire : le foetus meurt pendant l'accouchement, la mère risque la rupture utérine.

VII-CONDUITE A TENIR :

a. Les membranes sont intactes, la tete est mobile au-dessus du détroit supérieur : on ne peut parler de presentation du front, il faut rompre les membranes : deux éventualités : la tete se fléchit en sommet ou ,le plus souvent, se défléchit en face sinon la présentation se fixe en front et à ce moment il faut faire une césarienne.

b. Les membranes sont rompues : la tete est fixée au détroit supérieur ou à la partie haute de l'excavation : cesarienne.