



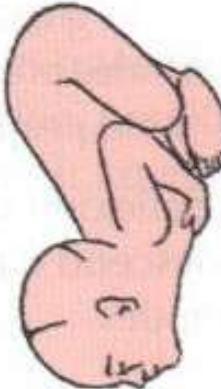
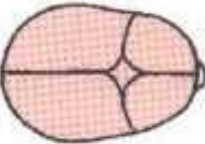
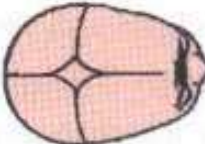

Présentation de la face



Définition

- La présentation de la face est la présentation de **l'extrémité céphalique défléchie**. c'est à dire en position d'extension extrême. de sorte que la première partie de la tete qui se présente au détroit supérieur est la face toute entière, **menton compris**

Présentations défléchies

	Bregma	Front	Face
Position fœtale			
Perception au toucher vaginal			
Degré de déflexion de la tête fœtale	1/3	2/3	3/3

- C'est une présentation **rare**, sa fréquence est diversement appréciée variant 0.14 -0.53 % des accouchements.
- C'est une présentation classée comme **potentiellement dystocique**.

- Le **repère** de la présentation est le **menton**
- Le **diamètre d'engagement**: le grand diamètre de la présentation est antéro-postérieur: c'est le **sous mento-bregmatique** qui mesure **9.5** cm
.en réalité un deuxième diamètre intervient: c'est le **sincipito-présternal** qui mesure **13.5** cm et dont dépendra l'engagement de la présentation

Etiologies

- Il existe deux sortes de face
- **Présentation de face primitive**: découverte en fin de grossesse lors d'un examen obstétrical.
- **Face secondaire**: découverte pendant le travail, la tête arrive en position indifférenciée et se défléchit.
- Les causes sont:

Causes maternelles

- **Parité:**
 - **multiparité** par atonie de l'utérus permettant au fœtus de se mettre dans n'importe quelle position.
 - **La primiparité:** l'hypotrophie utérine empêchant la correction de la déflexion

- Les malformations osseuses:
- Bassin généralement rétréci entraînant des P.face récidivantes
- Bassin aplati

Causes utérines

- Obliquité utérine
- Mouvement de bascule de l'utérus(multipare)
- Tumeurs utérines (fibrome) par gêne de l'accomodation

Causes foetales

- La dolichocéphalie : par augmentation du diamètre antéro-postérieur de la tête.
- Certaines tumeurs (goitre, tumeur thymiques) qui par leurs localisations empêchent la flexion de la tête.
- La macrosomie foetale. poids foetal >4000gr
- L'hypertonie congénitale des muscles cervicaux du foetus

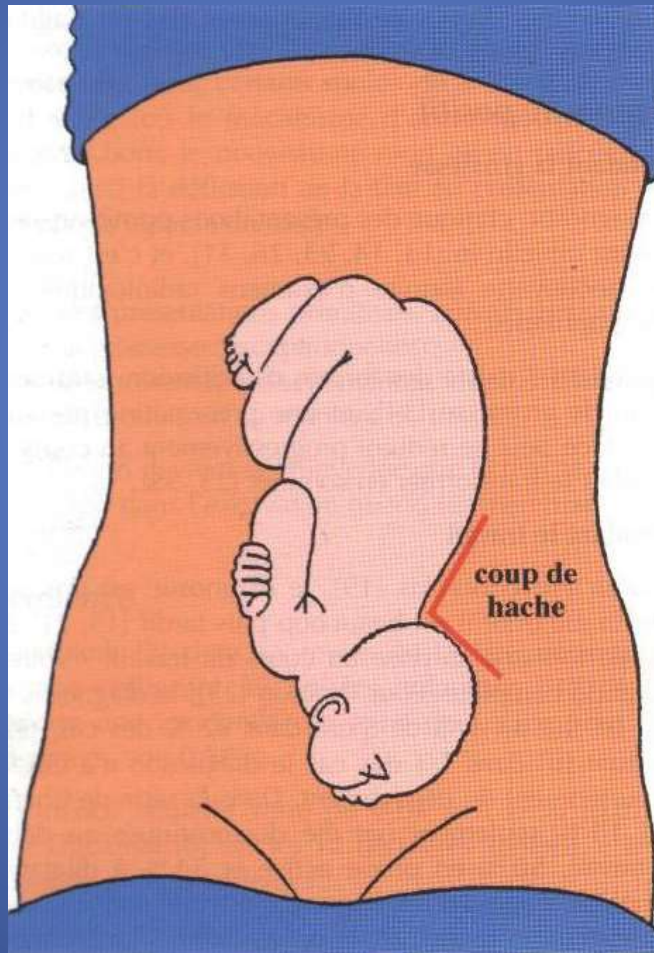
Les causes annexielles

- L'hydramnios: le fœtus flotte dans le liquide amniotique et les contractions utérines peuvent le surprendre dans n'importe quelle position.
- Placenta praevia: gêne l'accommodation et la flexion de la tête.

Diagnostic clinique

- **Diagnostic positif:**
- Rarement posé **en fin de gestation**
- **À l'inspection:** présentation longitudinale
- **La palpation:** vérifie qu'il s'agit d'une présentation céphalique
- Difficulté de retrouver nettement le plan du dos
- L'existence du côté du dos d'une saillie arrondie séparée du plan du dos par « une dépression en coup de hache » ou signe de Tarnier permettent d'avancer le diagnostic

Dépression en coup de hache



- **L'auscultation** des BCF ne permet pas de trancher.
- **Le toucher vaginal** ne retrouve qu'une présentation céphalique haute.

- En cours du travail:
- À 4-5 cm de dilatation :le diagnostic se fait par le toucher vaginal

la suture sagittale médiane occupe le centre de l'aire de dilatation,elle fait suite à la grande suture arrive non pas sur le lambda mais dans la région du nez

une exploration douce permettra de reconnaître le centre du nez qui est une petite

Saillie molle surmontant deux narines et la lèvre supérieure .

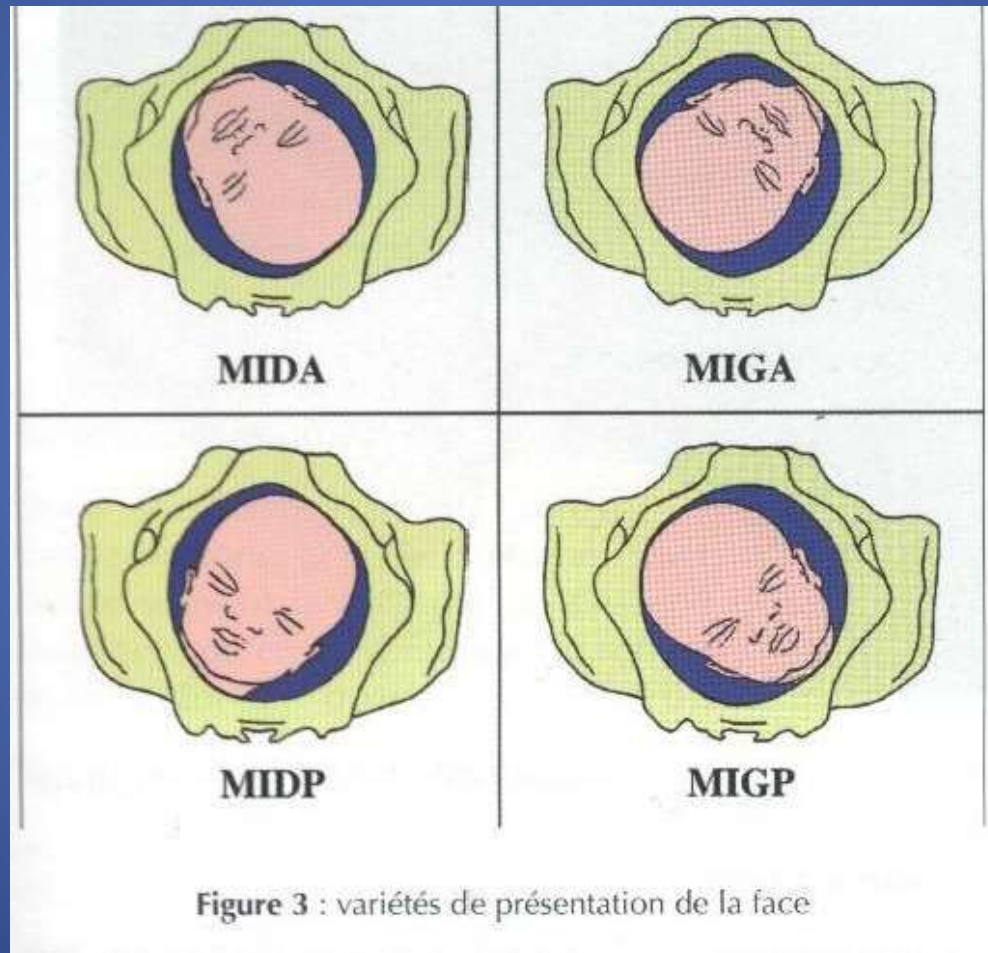
De part et d'autre du nez on percevera les rebords orbitaires avec leurs globes oculaires mous et rénitents.

À ce stade de dilatation le menton n'est pas encore senti, c'est la phase frontale de la face

- À un stade de 6-7cm:
 - Le doigt ne retrouve plus le bregma
 - Le nez est nettement senti
 - La bouche est reconnue grâce aux mouvement de succion déclenché par le doigt qui pénètre dans la cavité buccale
 - Le menton perçu, permet d'affirmer alors le diagnostic de présentation de la face

- La **position du menton** permet de préciser la **variété de position**.
- Souvent il se produit une bosse séro-sanguine au niveau de la face qui va modifier les sensations digitales.

Variétés de position de la face



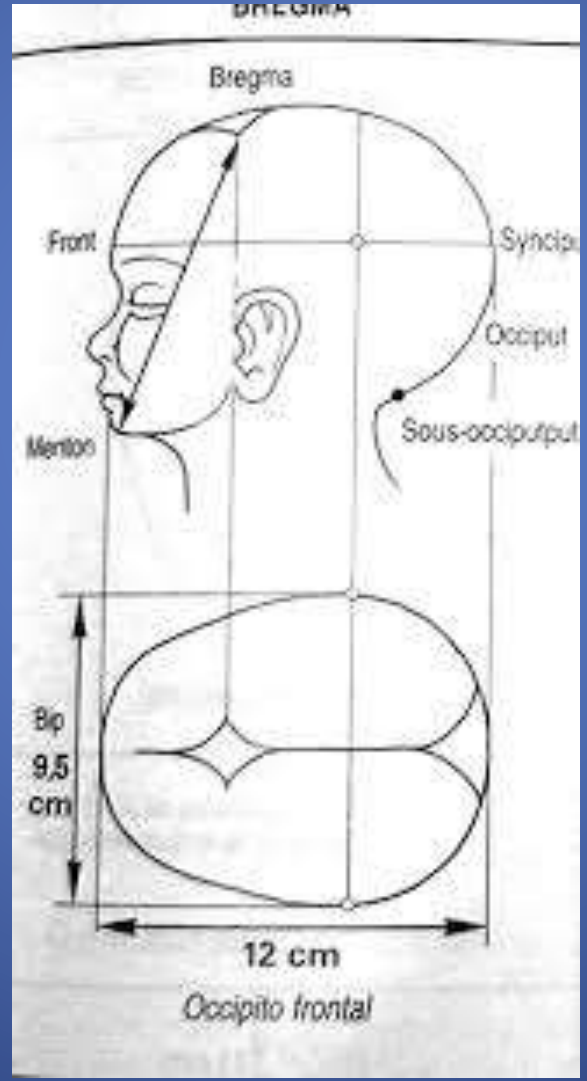
Diagnostic différentiel

- **P.sommet** : on ne perçoit jamais le lambda dans la face.
- **P.front**: le bregma est toujours senti, le menton jamais senti
- **P.podalique**: la tête reste retrouvée à l'autre pôle utérin, néanmoins la palpation est parfois non concluante quand le relâchement utérin est mauvais, surtout que les joues peuvent simuler les fesses, le nez peut être confondue avec le sacrum et la bouche prise pour l'anus

Mecanisme de l'accouchement

- A.phénomènes mécaniques:
 - L'engagement:
 - **Orientation**: la tête se défléchit modérément, amenant le grand diamètre de la face sincipito mentonier soit dans un diamètre oblique du bassin , ou dans le transverse

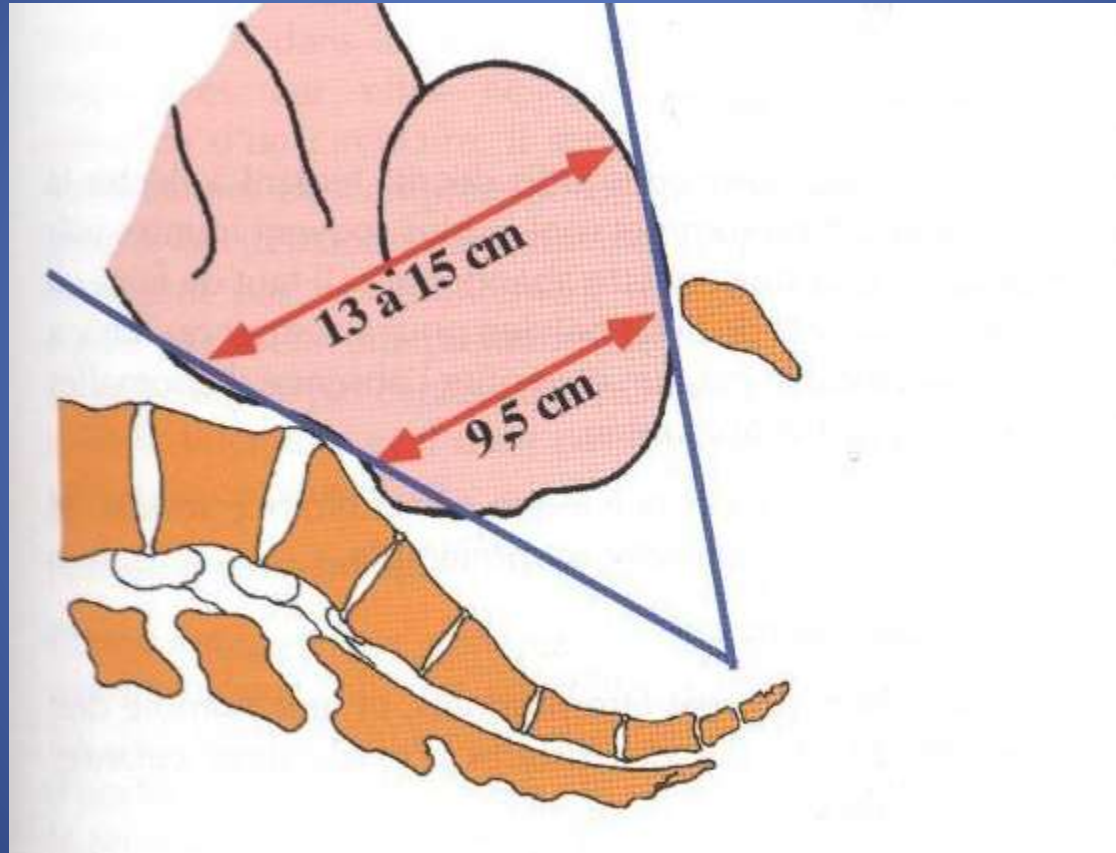
DIEGMA



➤ **Amoindrissement:** s'obtient par exagération de la déflexion de la tête, par la contre pression de l'occiput butant le premier contre la margelle du bassin.

le diamètre sincipito-mentonnier trop grand est substitué par le sous mento-bregmatique de 9.5 cm facilement acceptable

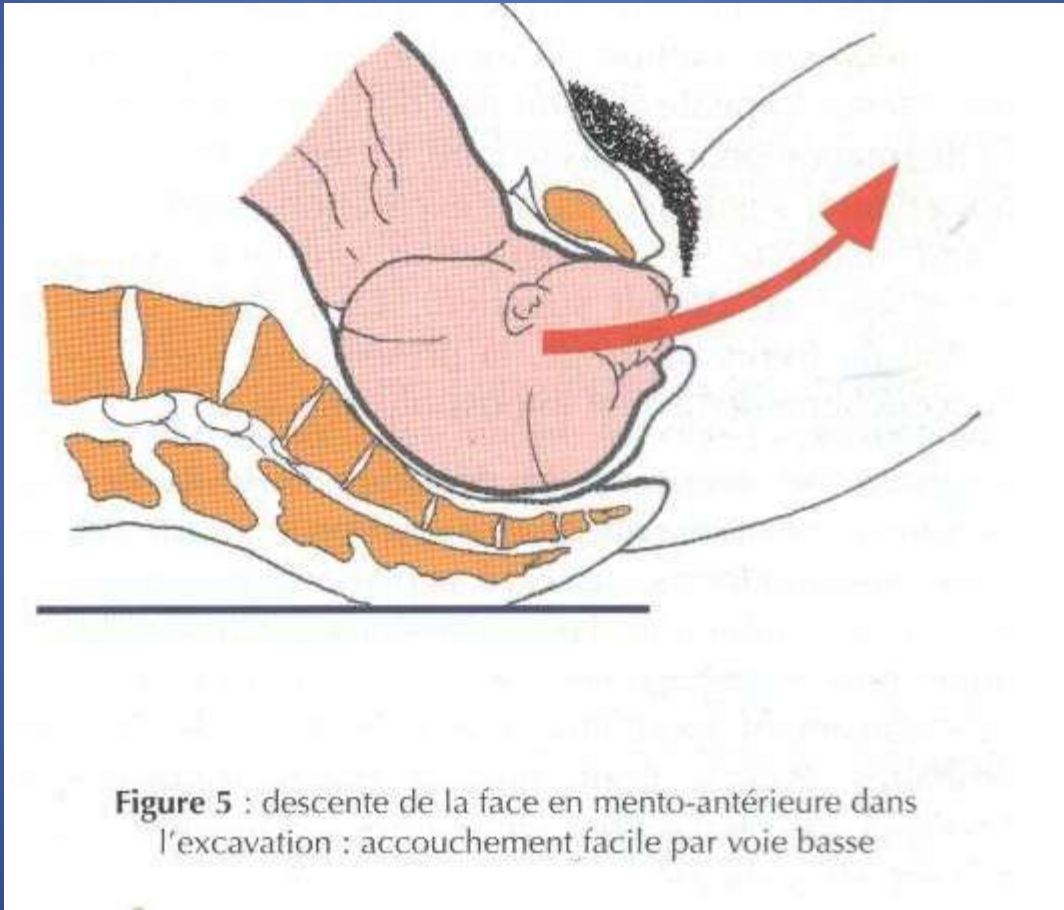
- **engagement proprement dit** : ainsi préparé , se fait aisement, mais il est vite limité. Car l'occiput de la tête défléchie s'incrute dans le dos.cette solidarisation amène au DS le diamètre presterno-sincipital de 13.5 cm beaucoup plus grand pour franchir le DS.



- **2.descente et rotation:**
- Il est indispensable que le diamètre sincipito présternal soit remplacé par un diamètre plus faible.
- Le menton doit s'échapper en avant pour permettre la désolidarisation du bloc thoraco-céphalique
- Le menton ne peut pas s'échapper en arrière car il rencontre le sacrum.il ne peut pas s'échapper latéralement car il rencontre les surfaces quadrilataires

- Il ne peut s'échapper qu'en avant en s'engageant sous la symphyse pubienne, avec une rotation de 45° pour les variétés antérieures et de 135° pour les variétés postérieures

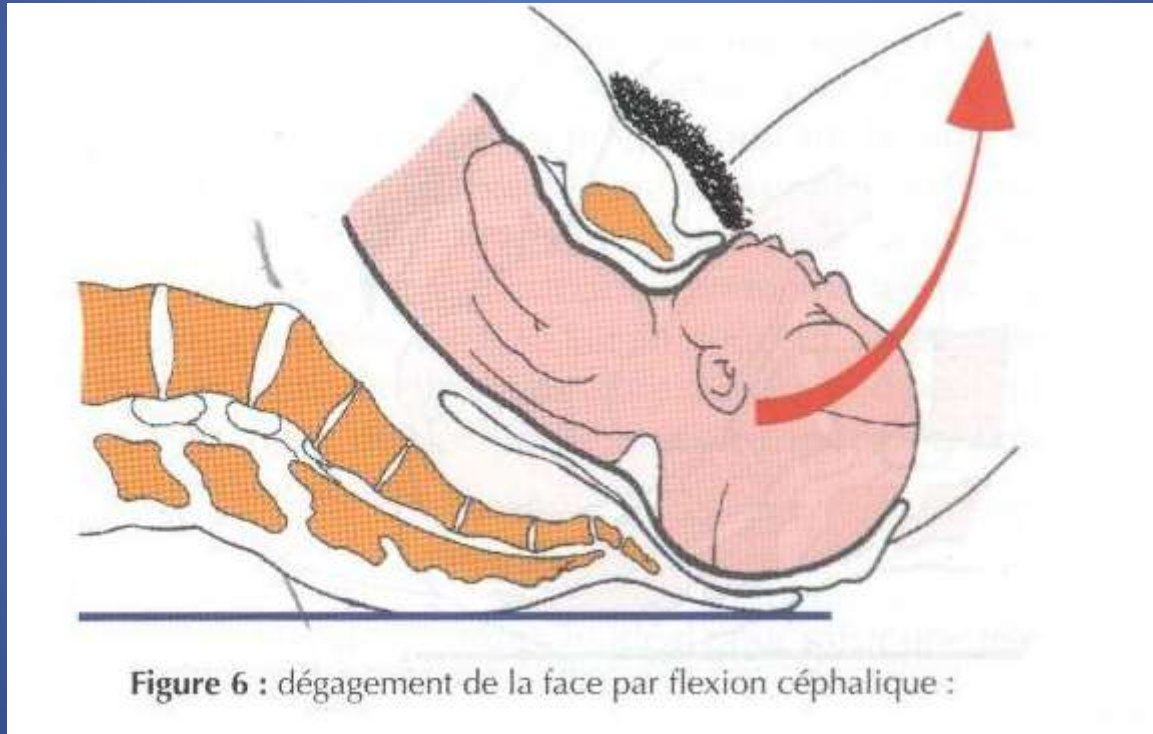
Rotation en avant du menton



- **3.le dégagement:**
- Le menton se fixe sous la symphyse pubienne, sa saillie en avant diminue la longueur des diamètres céphaliques, de plus que l'occiput se place en arrière de la concavité sacrée.
- Le bord inférieur de la symphyse sert alors de charnière, un mouvement de flexion se produit progressivement

- La tête se dégage alors face en dessus : on voit apparaître à la vulve successivement la bouche, nez, front, bregma et occiput
- Ce dégagement est suivi d'une rotation extra-pelvienne dite de restitution.
- L'accouchement des épaules et du siège sont identiques à celui du sommet

Dégagement de la face par flexion



Dégagement en mento-pubien



- B.phénomènes physiologiques:
- La face restant longtemps élevée
- Le col est mal sollicité, la dilatation du col est alors troublée
- La poche des eaux est bombante et se rompt souvent précocement

- 3. Phénomènes plastiques:
- Bosses séro-sanguine atteignant les lèvres, joues, paupières.
- Excoriations au niveau des téguments fragiles de la face suite à des touchers vaginaux trop fréquents.
- Des déformations intrinsèques: dolichocéphalie passagère, lordose vertébrale

- Qui persiste longtemps, la tête rejetée en arrière gêne le jeu du larynx donc un degrés de raucité de la voix

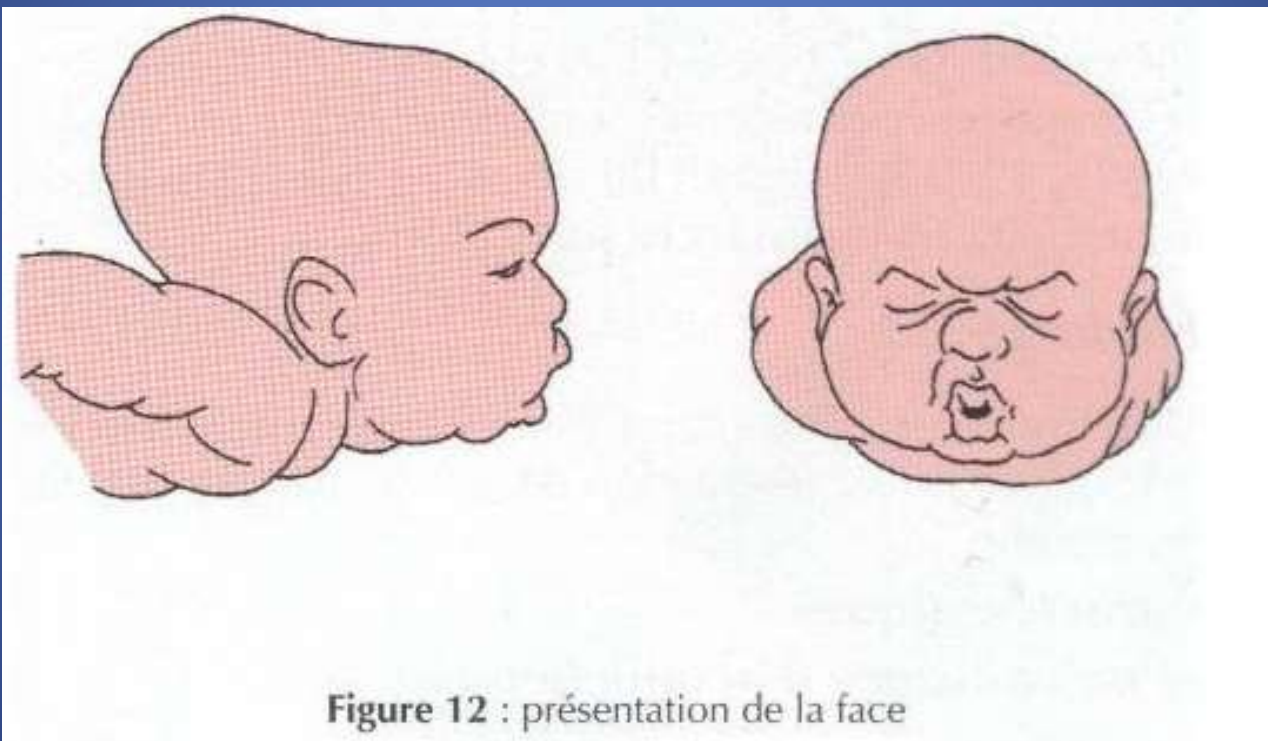


Figure 12 : présentation de la face

Caractères physiques de la face



Figure 10 : caractères physiques de la face (face)



caractères physiques de la face (profil)

Pronostic

- Maternel: bon dans l'ensemble
- Mortalité maternelle exceptionnelle (au cours de l'enclavement de la tête induisant à une rupture utérine)
- La morbidité élevée en rapport avec les lésions périnéales au cours du dégagement

- Foetal: relativement sombre
 - en rapport avec l'enclavement
 - Procidence du cordon
 - Manoeuvres obstétricales difficiles
traumatisante

Enclavement de la face



Conduite à tenir

- La présentation de la face **est moins dystocique que les autres présentations défléchies.**
l'accouchement est possible voir facile dans la plus part des mento-antérieures, et même dans certaines mento-postérieures à condition qu'elle fassent leur rotation.
- Aussi il parait licite de ne pas intervenir systématiquement, mais de laisser se dérouler le travail naturellement, sous surveillance étroite

En cas d'évolution favorable

- Surveiller et vérifier le bon déroulement de l'accouchement
- Prendre un certain nombre de précautions:
- Éviter la rupture précoce spontanée ou artificielle de la poche des eaux
- Les touchers vaginaux doivent être rares et prudents

Dans les cas défavorables

- Face au dessus du DS: la césarienne reste l'intervention la mieux indiquée (version, forceps sont contre-indiqués)
- Face engagée: on intervient pour défaut de rotation
- La tête est à la partie haute de l'exacavation , fréquente dans les mento-transverses ou mento-postérieures:

- Chez la multipare: la faire pousser un peu et suivre l'évolution
 - Essayer une rotation manuelle:c'est la manœuvre de Demelin qui va transformer cette variété postérieure en une variété antérieure, en faisant effectuer cette rotation au moment d'une contraction utérine
- si malgré de bonnes contractions , bon relâchement utérin , la tentative manuelle échoue la voie haute s'impose

- Quand la tête est enclavée (exceptionnelle)
- En général l'enfant est mort : **cranioclasie** (perforateur introduit en plein front, puis la rotation est effectuée en avant)
- Parfois l'enfant est vivant on effectue une **symphysiotomie** qui donne de bons résultats chez les multipares, mais les séquelles maternelles sont importantes, qui font que l'on opte actuellement vers la césarienne

cranioclasie



- Le dégagement peut tarder , bien que le menton soit sous la symphyse , l'expectative ne doit pas être longue, l'extension des vaisseaux du cou pouvant menacer la vie de l'enfant.une prise de forceps directe quant à la mère et l'enfant permettra alors le dégagement par flexion progressive

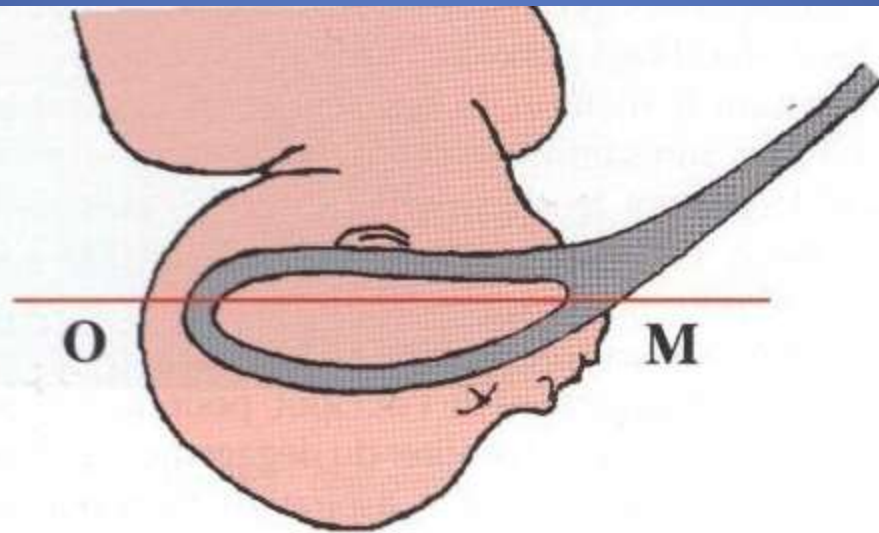


Figure 9 : application du forceps dans une présentation de la face

Conclusion

- La présentation de la face est une présentation rare.
- C'est une présentation en déflexion complète.
- Est classée comme potentiellement dystocique
- Son repère est le menton.
- La face tourne en avant ou meurt