

Présentation transverse



Présentation transverse
(épaule)

Définition

- La position transverse (appelé injustement présentation transversale) est caractérisée par le fait que le fœtus ne présente au détroit supérieur ni son pôle céphalique ni son pôle podalique mais son flanc.
- Cette position, prend le nom, en début de travail de présentation de l'épaule, car c'est l'épaule fœtale qui est la première qui se met en rapport avec l'aire de détroit supérieur et va tenter à s'y engager

- L'épaule négligée est une complication de la présentation de l'épaule:c'est l'aboutissement inéluctable d'une présentation de l'épaule livrée à elle-même.

fréquence

- La présentation de l'épaule est une présentation rare
- Représente 0.3 à 0.8 % de l'ensemble des présentations.

Variétés de positions

- Le repère de cette présentation est l'acromion
- Le dos du fœtus est en avant ou en arrière
- Les dorso antérieures sont plus fréquentes.
- Il ya 4 variétés:
 - Épaule droite en dorso antérieure
 - Epaule gauche en dorso antérieure
 - Épaule droite en dorso postérieure
 - Epaule gauche en dorso postérieure

Etiologies

- On distingue deux types de présentations de l'épaule qui diffèrent par leur facteur causal et donc leur pronostic:

Les présentations imposées

- Apanage des nullipares: la cause peut être permanente donc maternelle, exposant au risque de récurrence(du fait d'impossibilité d'accommodation foeto-pelvienne qu'elle engendre à chaque grossesse)
 - Soit une anomalie du bassin:saillie du promontoire
 - Soit une tumeur praevia,fibrome,tumeur ovarienne
 - Soit anomalie de l'utérus: à éperon, cordiforme

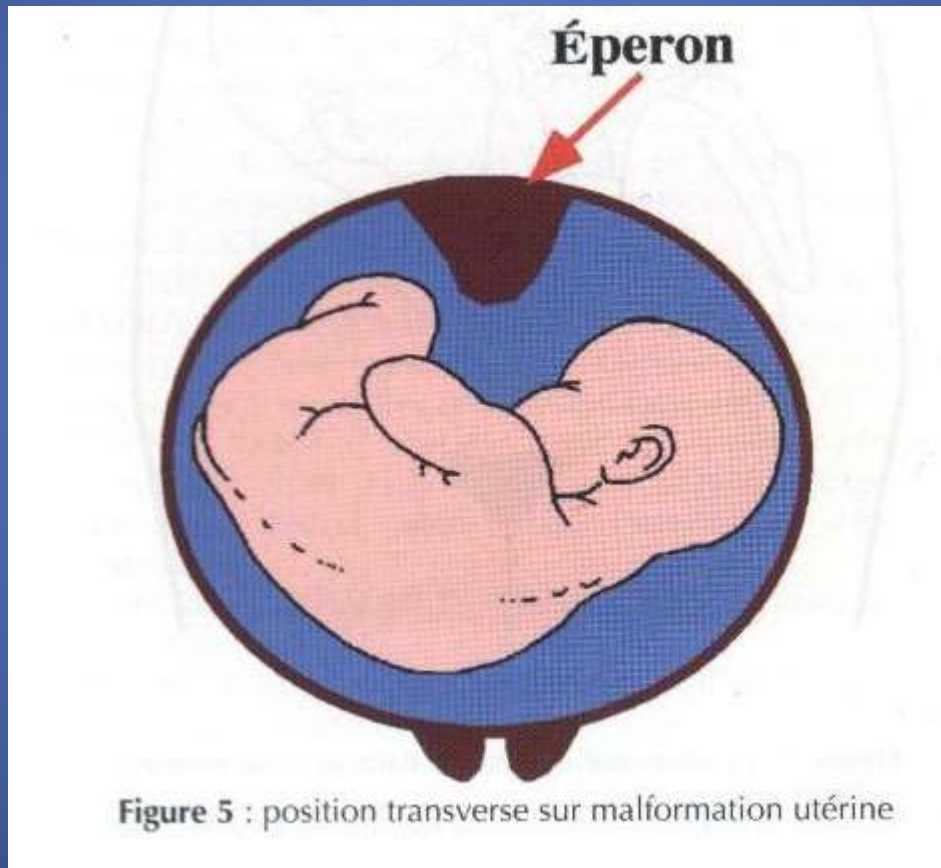


Figure 5 : position transverse sur malformation utérine

- La cause peut être ponctuelle donc ovulaire:
- Placenta praevia
- Un cordon court

Constituant une entrave à la culbute complète, bloquant le fœtus en position transversale

Les présentations accidentelles

- Se voient surtout chez les multipares mais parfois chez les nullipares.elles sont en rapport avec une distension utérine inhabituelle permettant au fœtus de se mettre dans n'importe qu'elle position.
- La cause peut être maternelle (utérus flasque de la multipare)
- Ovulaire (excès de liquide amniotique, prématuré, 2^{ème} jumeau)

Diagnostic clinique

En fin de grossesse

- À l'interrogatoire:
- Antécédents obstétricaux de présentation d'épaule, de malformation utérine (utérus cordiforme), obstacle praevia.

À l'inspection

- utérus à grand axe oblique transversal

À la palpation

- Les poles fœtaux n'occupent pas leur place normale, l'excavation pelvienne est vide.
- Les doigts se rejoignent sur la ligne médiane;
- Le fond utérin est aussi vide, tout se passe dans les flancs, d'un côté on identifie la tête, de l'autre côté le pôle podalique.
- Entre les deux pôles on distingue le plan dur résistant dans les dorso antérieures, par contre dans les dorso-postérieures. il ya dépression entre les deux pôles fœtaux , par perception des membres.

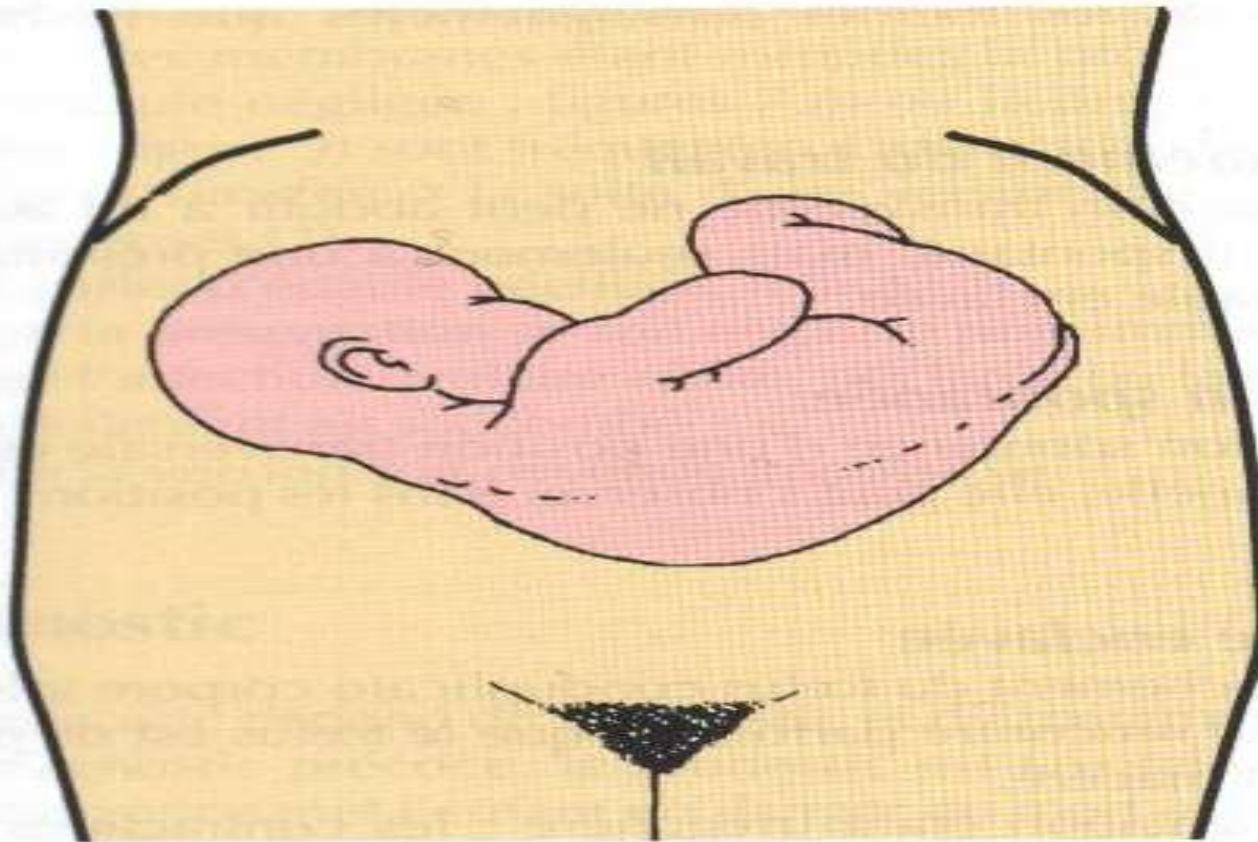
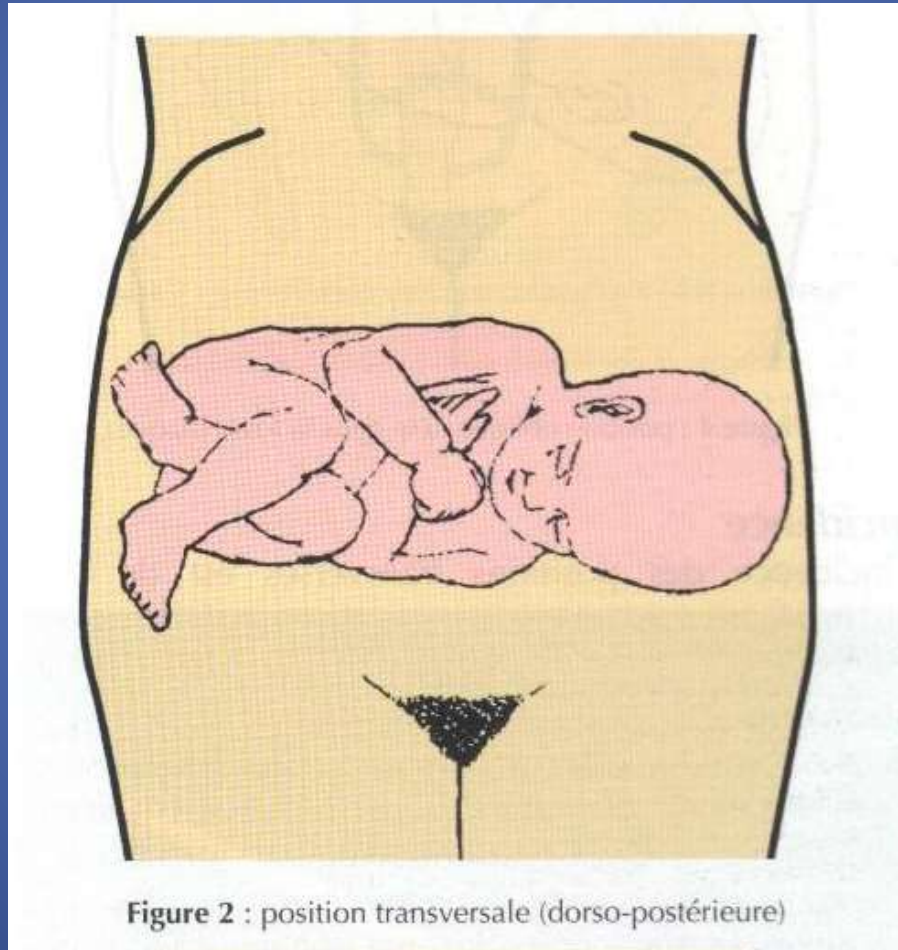


Figure 1 : position transversale (dorso-antérieure)

e



A l'auscultation

- Les bruits du cœur fœtal en péri-ombilical sont nets quand le dos est en avant.

Toucher vaginal

- Rapporte peu de renseignement :
- Excavation vide , les doigts ne perçoivent rien.
- Segment inférieur épais malformé

- Parfois l'échographie est indispensable quand on doute.

Au cours du travail

- l'inspection, palpation, auscultation rapportent les mêmes renseignements.
- Seul le toucher vaginal change:
- Si les membranes sont intactes, la poche des eaux sera volumineuse, saillante bombante, gênant l'examen, les repères fœtaux difficiles à apprécier.

- Si la poche des eaux est rompu, le toucher vaginal constitue le moyen le plus sûr de diagnostic: perception du moignon de l'épaule, du creux axillaire, du gril costal et parfois du membre supérieur entier dont la main est prolabée dans le vagin.

Diagnostic différentiel

- Présentation céphalique avec procidence de la main ne faisant pas partie de la présentation.
- Siège complet:diagnostic généralement facile si la poche des eaux est rompue.
- Association présentation normale avec tumeur praviae : diagnostic facile à faire.

Epaule négligée

- L'évolution spontanée non traitée, donc méconnue
- Il est inconcevable actuellement de voir l'épaule négligée
- Trois conditions sont nécessaires pour parler d'épaule négligée:
 - Femme en travail
 - Œuf ouvert
 - L'utérus doit être rétracté (certain temps depuis début du travail et RPM)

- L'ouverture de l'œuf est souvent précoce, favorisée par l'irrégularité de la présentation et la rétraction de l'utérus, et le syndrome de lutte contre un obstacle. elle est à l'origine d'un accident relativement fréquent qui est la procidence du cordon. l'infection amniotique latente puis patente.

- La rétraction utérine fait suite à une phase variable caractérisée par une hypercincinésie. elle est liée à l'échec de tentative d'engagement, puis ébauche de descente avec étirement du cou, tassement puis enclavement du fœtus dans l'excavation pelvienne aboutissant à la souffrance fœtale, et mort foetale

- Il y'aura mort foetale, syndrome de lutte contre obstacle puis pré-rupture et rupture utérine. éclatement du segment inférieur, état de choc et mort maternelle.

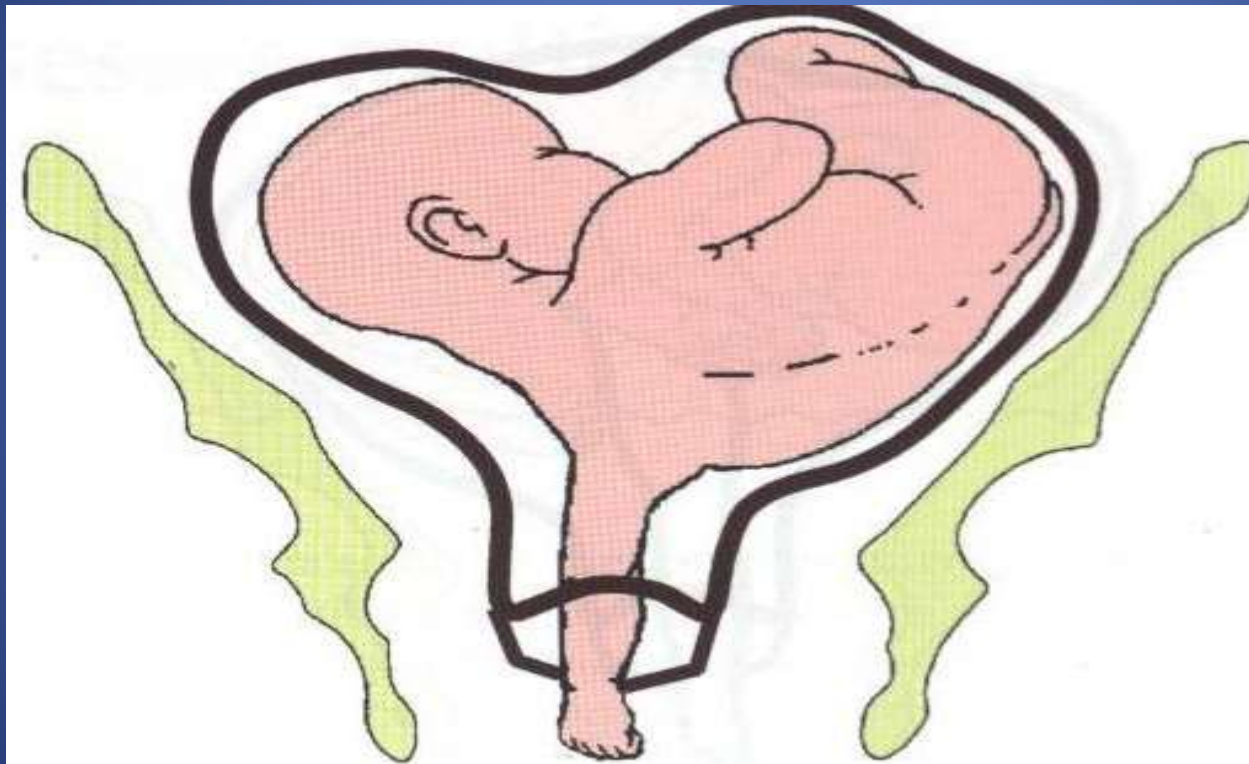


Figure 7 : présentation de l'épaule négligée (dos antérieur)

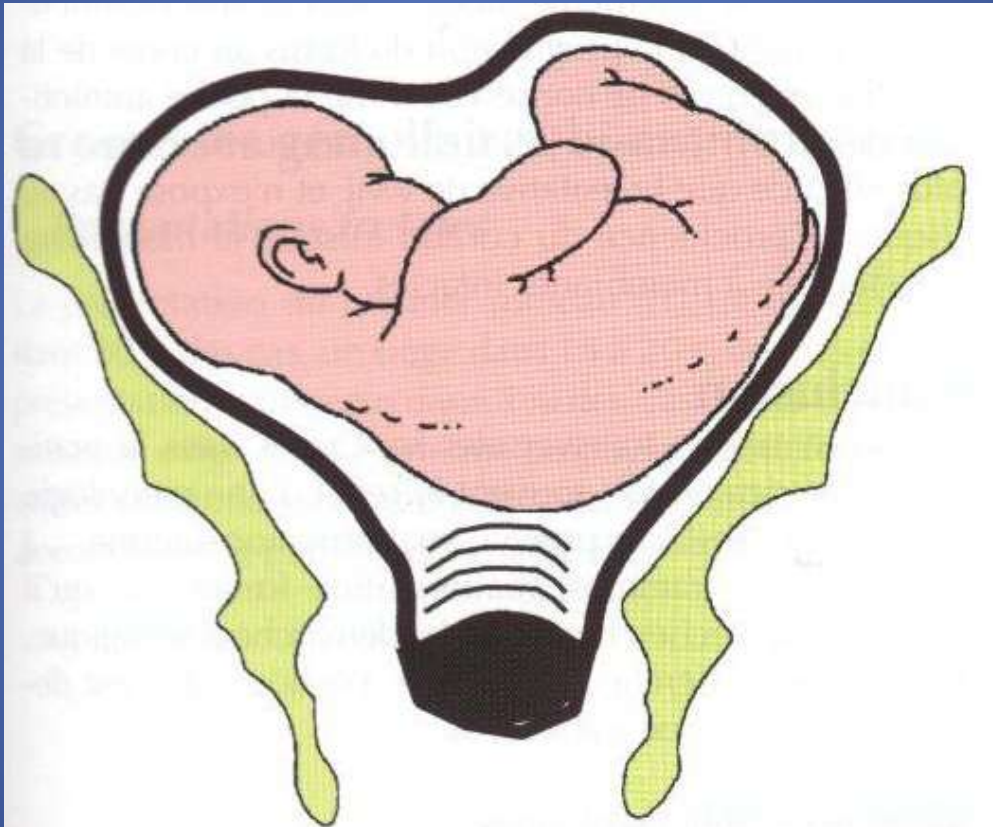


Figure 6 : présentation de l'épaule enclavée

Pronostic

- Dystocique ,l'accouchement normal est quasi-impossible.
- Il ne peut s'agir que de pronostic d'épaule traitée.le pronostic maternel est excellent, il n'ya plus de mortalié maternelle.
- Le pronostic foetal dépend de la précocité du diagnostic, du contexte clinique (procidence du cordon,pré maturité..)et dépend de l'efficacité et l'innocuité du traitement.la mortalité foetale reste non négligeable

Conduite à tenir

- Avant le travail
- Un diagnostic précis de la position foetale doit être fait.
- Version par manœuvre externe dans la majorité des cas vers 38SA suivie par un déclenchement du travail si la version réussie ou par césarienne si la version échoue.
- L'indication de vme est la présentation accidentelle chez la multipare
- Césarienne d'emblée s'il existe un obstacle praevia ou une disproportion foeto-pelvienne.

- Pendant le travail:
- Si enfant vivant à terme ou pré du terme: faire une version par manœuvre interne suivie d'une grande extraction du siège. il s'agit de transformer cette présentation en présentation du siège. Nécessite que la dilatation du col soit complète, membranes intactes ou rompues depuis peu de temps. et que l'utérus soit sain et souple. en absence d'autres anomalies obstétricales.

mais elle présente un risque de rupture utérine et danger sur le fœtus.

- Dans tout les autres cas (poche des eaux rompue, dilatation incomplète) on fait une césarienne.elle sera difficile, segmentaire mais plutôt longitudinale pour éviter l'incision en T.

Conclusion

- La présentation de l'épaule est très dystocique, l'accouchement spontané par voie basse est impossible. Elle doit bénéficier d'une prophylaxie par MVE en fin de grossesse. Chez la primipare où la version est contre indiquée la césarienne prophylactique est le traitement adéquat.
- pendant le travail la VMI si possible, sinon césarienne.
- Actuellement on recule de plus en plus devant les manœuvres par voie basse alors que la césarienne est devenue le traitement de choix