

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
FES



Année 2008

Thèse N° 149/08

## Présentations dystociques (A propos de 136 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18/12/2008

PAR

Mlle. BENTAHAR MÉRIAM

Née le 01/08/1982 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

PRÉSENTATION – TRANSVERSE – ÉPAULE – FACE POSTÉRIEURE – FRONT  
BREGMA – VARIÉTÉ – CÉSARIENNE – PRONOSTIC – DYSTOCIE

JURY

M. BANANI ABDELAZIZ .....	PRESIDENT
Professeur de Gynécologie Obstétrique	
M. MELHOUF MY ABDELILAH .....	RAPPORTEUR
Professeur de Gynécologie Obstétrique	
Mme. CHAARA HEKMAT .....	CO-RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique	
M. BOUHARROU ABDELHAK .....	} JUGES
Professeur de Pédiatrie.	
Mme. BOUGUERN HAKIMA .....	
Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique	

# ❧ PLAN ❧

## INTRODUCTION

1 / Définitions

2 / Intérêt de l'étude

## MATERIEL ET METHODES D'ETUDE :

## RESULTATS :

### A/ Fréquence globale

### B/ Etude clinique :

1 / Age

2 / Parité

3 / ATCD gynéco obstétricaux

4 / Age gestationnel

5 / Pathologies obstétricales associées

6 / Examen à l'admission :

a / Aspect de l'utérus

b / Hauteur utérine

c / Bruits cardiaques fœtaux

d / État du col

e / État des membranes

F / État du bassin

### C/ Etude para clinique

### D/ Modalités d'accouchement :

1 /accouchement par voie basse

2/version par manœuvre interne (VMI) suivie de la grande extraction du siège

3/accouchement par voie haute :

a/fréquence de la césarienne

b/type d'anesthésie utilisé

c/l'incision

d/complications des césariennes

e/ligature section tubaire

#### **E/Etat de la mère :**

1 /Mortalité maternelle

2/Morbidité maternelle

#### **F/Etat du nouveau-né :**

1 /Mortalité périnatale

2/Morbidité périnatale

a/malformations fœtales

b/poids fœtal

c/sexe

d/score d'Apgar

#### **DISCUSSION :**

##### **A/Fréquence globale :**

1 /les présentations défléchies:

2/la variété postérieure du sommet

**3/présentation transverse :**

**B/Facteurs étiologiques:**

**♣Présentations défléchies :**

- 1 /Age maternel :
- 2/La parité :
- 3/Le bassin rétréci :
- 4/Les malformations utérines :
- 5/Poids fœtal :
- 6/Malformations fœtales :
- 7/Gémellité :
- 8/Hydramnios :
- 9/Anomalies du cordon
- 10/ autres facteurs

**♣Les variétés postérieures du sommet :**

**♣Présentation transverse :**

- 1 /La multiparité :
- 2/Malformations utérines :
- 3/Placenta praevia et Tumeurs praevia :
- 4/Anomalies du cordon :
- 5/Grossesse et fibrome :
- 6/Bassin rétréci :
- 7/Malformation fœtale :
- 8/Grossesse multiple :
- 9/Hydramnios :
- 10/Macrosomie :

## C/Diagnostic des présentations dystociques :

### ♣Présentations défléchies :

1 /Diagnostic de la présentation du bregma et du front :

2/Diagnostic de la présentation de face:

### ♣Variété postérieure du sommet

### ♣Présentation transverse

## D/ Evolution et Complications

### Complications des variétés postérieures du sommet :

### Complications de la présentation transverse :

- ▲ Epaupe méconnue
- ▲ Epaupe négligée
- ▲ Rupture utérine
- ▲ Procidence du cordon
- ▲ La mort foetale

## E/Accouchement des présentations dystociques:

### ♣Présentations défléchies :

### ♣Variété postérieure du sommet

### ♣Présentation transverse

♣Césarienne :

♣Version par manœuvre interne :

■ Cas du deuxième jumeau en présentation transverse :

## F/Pronostic maternel

## G/Pronostic foetal

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

# INTRODUCTION

Les présentations dystociques sur lesquelles va porter notre étude sont : présentations défléchies à savoir le bregma, la face et le front, les variétés postérieures du sommet ainsi que la présentation transverse, quant à la présentation du siège qui est à la limite de la dystocie elle sera exclue de notre étude.

La présentation du bregma, légèrement dystocique, est la variété céphalique défléchie à 1/3, pour certains, encore nommée variété bregmatique du front. La fontanelle antérieure occupe le centre de l'excavation, le front peut être senti jusqu'au nez et aux orbites. La césarienne reste de règle pour présentation du bregma pour la plupart des auteurs.

La présentation du front, hautement dystocique, est la variété céphalique défléchie à 2/3, son repère est le nez. Elle est définie par Lacomme comme étant une présentation ou la déflexion partielle du pôle céphalique fixe de façon définitive, et fait pénétrer dans le détroit supérieur une partie plus ou moins voisine du front. Classiquement il n'y a pas d'accouchement spontané et si le front est fixé, la césarienne s'impose.

La présentation de la face correspond à la déflexion totale de la tête, dont le repère est le menton, considérée eutocique si elle s'oriente en mento-antérieur, les variétés mento-postérieures et mento-transverses doivent faire leur rotation sinon la césarienne s'impose.

Les variétés post sont volontiers dystociques et méritent d'être distinguées : la tête est souvent moins bien fléchie, l'engagement et la descente

peuvent être plus difficiles, le dégagement se fait généralement en occipitopubien, comme il peut se faire en occipito sacré. Le travail est souvent plus long, la mécanique obstétricale est perturbée et peut nécessiter des interventions obstétricales.

Tableau I. – Différentes présentations en déflexion de la tête fœtale.

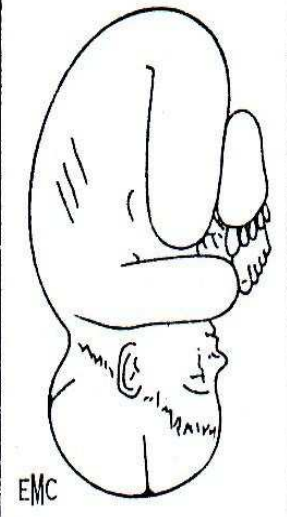
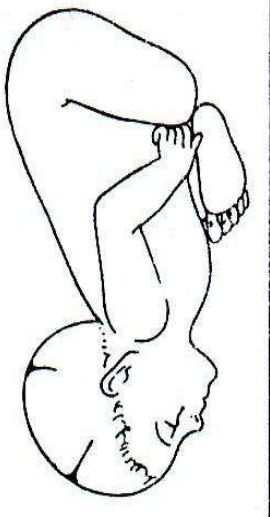
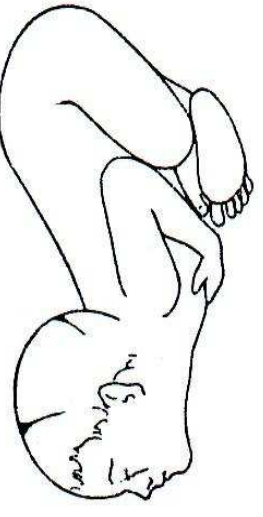
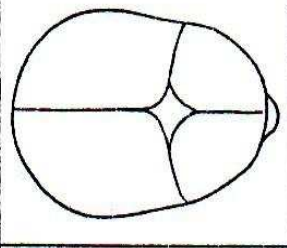
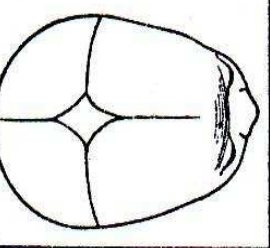
	Bregma	Front	Face
Position fœtale			
Perception au toucher vaginal			
Degré de déflexion de la tête fœtale	1/3	2/3	3/3

Image N°1 : présentations défléchies

Réf : Présentation du front et du bregma.

Encycl Méd Chi, Gynécologie/Obstétrique, 5-049-L-15, 1994, 6p.

La présentation de l'épaule ou présentation transversale est la présentation dans laquelle le grand axe du fœtus est perpendiculaire au grand axe maternel, le repère est l'acromion, le plus souvent le siège est à un niveau supérieur à celui de la tête.

On distingue 4 variétés de position :

- épaule droite en dorso-antérieure.
- épaule gauche en dorso-antérieure.
- épaule droite en dorso-postérieure.
- épaule gauche en dorso-postérieure.

On ne parle de présentation de l'épaule qu'une fois la poche des eaux rompues, c'est une urgence obstétricale indiquant une césarienne.

La même présentation quand la poche des eaux est intacte est nommée présentation transverse, l'accouchement spontané d'un enfant de poids normal vivant et en bonne santé est impossible. Lorsque le diagnostic est fait suffisamment tôt avant l'accouchement, il est possible de remédier à cette situation en pratiquant une version par manœuvre externe pour remettre l'enfant dans une position longitudinale permettant d'envisager un accouchement par voie basse. Si cette version est impossible, l'accouchement ne peut se faire que par césarienne.



**Image N°2 : Présentation de l'épaule**

Réf : Présentation de l'épaule.

Encycl. Méd. Chi, Gynécologie/Obstétrique, 5-049-L-60, 2003, 5p.

Nous rapporterons dans ce travail le résultat d'une étude rétrospective à propos de 136 cas de présentations dystociques colligés à la maternité du CHU Hassan 2 de Fès entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2006 et le 31 Décembre 2007, soit une période de 2 ans.

Ces 136 cas sont répartis comme suit :

- 11 cas de présentation bregma.
- 30 cas de présentation front.
- 8 cas de présentation face variété postérieure et 1 cas de présentation face variété transverse.

- 56 cas de présentation transverse.
- 30 cas présentations sommet en variété postérieure.

### **Intérêt de l'étude :**

L'intérêt de cette étude est de voir pour chacune de ces présentations les facteurs étiologiques, le moment du diagnostic, notre conduite obstétricale, ainsi que le pronostic maternofoetal.

## Matériel et méthode d'étude :

Ce travail porte sur une étude rétrospective qui s'est basée sur les dossiers et les partogrammes des parturientes en adoptant la fiche d'exploitation suivante :

### FICHE DE RECEUIL DE DONNES

N°Fiche :..... N°dossier:..... Année :.....

#### 1/ Identité de la parturiente :

Nom et prénom :.....

Age :.....

#### 2/Admission : (référence : oui non )

Motif :.....

#### 3/Interrogatoire :

-ATCD médicaux : RAS  TB  CRDIO  HTA  DIA  SYPH

AUTRE :

-ATCD chirurgicaux : .....

-ATCD gynécologiques : .....

-ATCD obstétricaux : G ( ) P ( )

#### 4/Gesse actuelle:.....SA ou estimation

Suivie: oui  non  lieu:.....

préclampsie  HTA gravidique

Diabète gestationnel  autre  RAS

Echo obstétricale : faite à..... SA montre.....

.....

hydramnios : oui  ,non  placenta praevia :oui  ,non

Scanopélvimetrie :.....

#### 5/examen d'admission :

▶ GL : poids :.....kg    TA :...../.....    taille :.....

Oedèmes : MI  Visage  test urine : alb.....sucre.....

▶ Obstétrical :

HU:.....cm    CU : oui  non     BCF : oui  .....bat/mn    non

TV : -col : effacement :.....%, Dil :.....cm, Position :.....

Consistance :.....

-présentation : type :....., repère :.....BISHOP=

Membranes : intactes  rompues depuis.....

Liquide amniotique : clair  teinté  purée de poids

Bassin osseux : normal  anormal  :.....

Etat du périnée :.....

■ Synthèse de l'examen : (risques, dc P. dystocique, CAT)

6/surveillance du travail :

BCF :.....poche des eaux :.....

Dilatation du col :..... Dc fait à 3cm , entre 3 et 5 cm , >5cm

Descente de prése.....variété de prés.....

CU.....

médts utilisés :.....

7/Déroulement de l'accouchement :

\*Voie basse : -spontanée :.....variété :.....

-avec manœuvre :.....type :.....

-épisiotomie : oui  non

-accidents :.....types :.....

\*Voie haute : indication :.....

type de césarienne : médiane  pfananstiel

hystérotomie : segmentaire  corporéale

fusion : oui  non

délivrance : .....

révision utérine : .....

type d'anesthésie : R.A.  A.G.

\*Examen du délivre : anomalie du cordon  type : .....

8/Etat du nouveau-né : vivant  mort- né  macéré

Apgar à 1 mn : ..... A 5 mn : ..... Sexe : M  F

Poids : .....kg <2kg , 2-4 kg , >4kg  taille : .....cm

Malformations : .....type : .....

Examen gl du n-né : .....

.....

9/Etat de la mère après l'accouchement :

RAS  Hgie  infection  autres : .....

Durée d'hospitalisation : .....jours

⇒ MISE AU POINT :

-Type de la P.dystocique : Front  Bregma

Face variété post  Transverse

-Moment du dc : .....

-Mode d' act : .....

## Résultats :

### A/Fréquence globale :

Au cours de cette période de 2 ans, nous avons relevé 136 cas de présentations dystociques parmi 11745 accouchements soit une fréquence de 1.1%.

Type de présentation	Nombre	Fréquence par rapport aux présentations dystociques
Présentation bregma	11	8.08%
Présentation front	30	22.05%
Présentation face	9	6.61%
Présentation transverse	56	41.17%
Variétés post.sommet	30	22.05%

Tableau N°1 : fréquence des présentations dystociques rapportées an nombre total des présentations dystociques

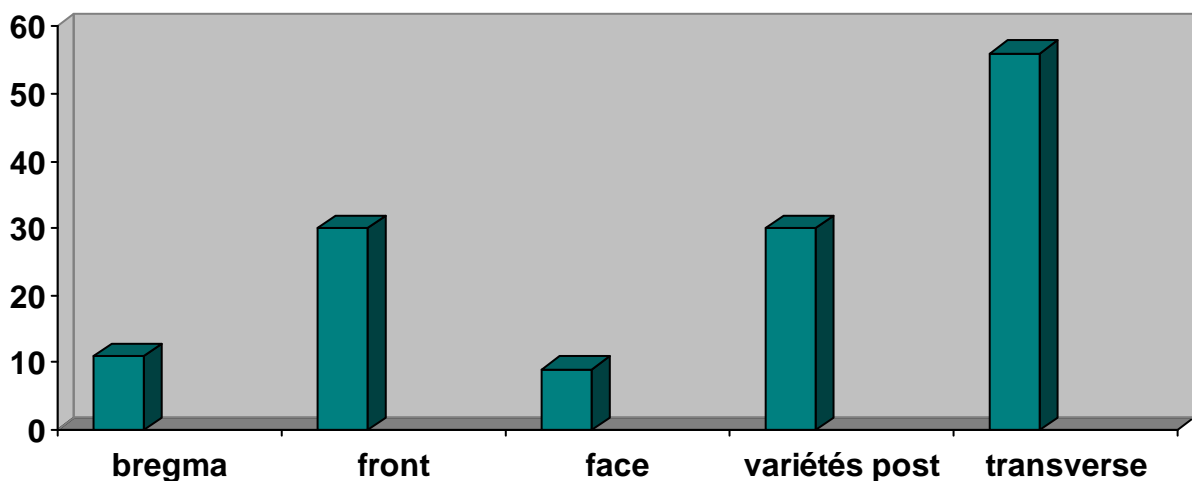


Figure N°1 : répartition des présentations dystociques

Types de présentations	Nombre	Fréquence générale
Présentation bregma	11	0.09%
Présentation front	30	0.25%
Présentation face	9	0.07%
Présentation transverse	56	0.47%
Variétés post. sommet	30	0.25%
Total	136	1.15%

Tableau N°2 : fréquence des présentations dystociques rapportées an nombre total des accouchements

On remarque que la présentation transverse (0.47%) est la plus fréquente parmi les présentations dystociques étudiés et la présentation de face variété postérieure est la moins fréquente (0.07%).

## B/Etude clinique :

### 1 / âge maternel :

L'âge de nos parturientes a été étudié par des tranches de 5 ans :

Age	Total	Pourcentage
<20 ans	8	5.88%
≤20-25 ans<	31	22.79%
≤25-30 ans<	30	22.05%
≤30-35 ans<	34	25%
≤35-40 ans<	20	14.7%

≥ 40 ans	13	9.55%
----------	----	-------

Tableau N°3 : Répartition globale des présentations dystociques en fonction de l'âge.

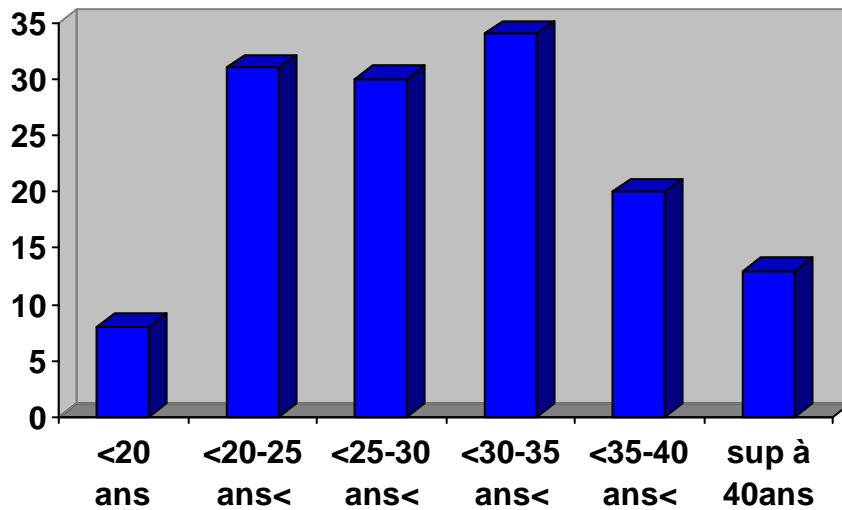


Figure N°2 : Répartition globale des présentations dystociques en fonction de l'âge

AGE	Bregma	Front	Face	Variétés post	Transverse
<20 ans	0	3	0	2	3
<20-25 ans<	6	9	2	10	4
<25-30 ans<	4	6	3	8	9
<30-35 ans<	1	7	1	5	20
<35-40 ans<	0	5	3	3	9
≥ 40 ans	0	0	0	2	11
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>56</b>

Tableau N°4 : répartition des présentations dystociques en fonction de l'âge

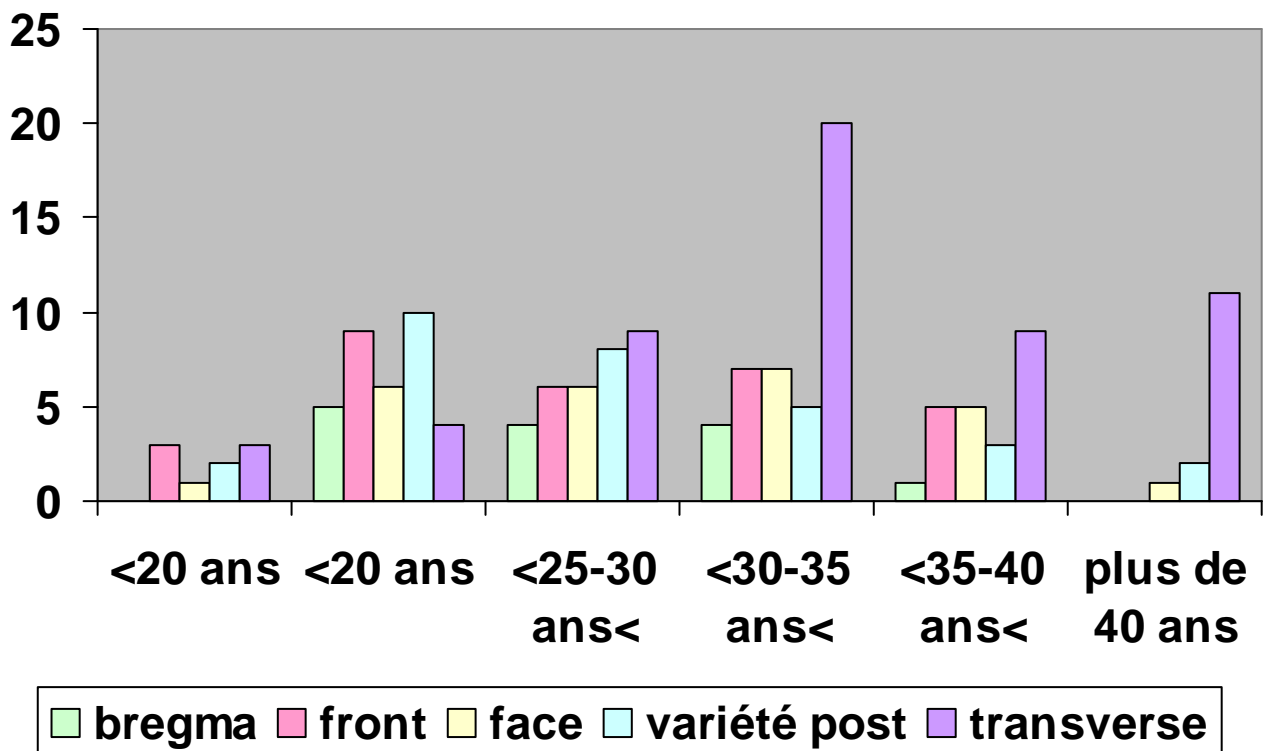


Figure N°3: répartition de chacune des présentations dystociques en fonction de l'âge :

Pour la présentation transverse, on note 20 cas entre 30 et 35 ans ,9 cas entre 35 et 40 ans, 11 cas plus de 40 ans.

Par contre, les variétés postérieures sont plus fréquentes chez les parturientes de moins de 35 ans.

## 2/La parité :

Pour étudier la parité, nous allons distinguer 3 groupes :

- \*Primipare : une parité.
- \* 2 et 3 pares : pauci pare.
- \* 4 et 5 pares : multipare.
- \* Plus de 5 pares : grange multipare.

Le tableau N° 5 va résumer les résultats obtenus :

Parité	Total	Pourcentage
primipare	45	33.08%
2 et 3 pares	59	43.38%
4 et 5 pares	17	12.5%
plus de 5 pares	15	11.02%

Tableau N°5 : répartition globale des présentations dystociques en fonction de la parité

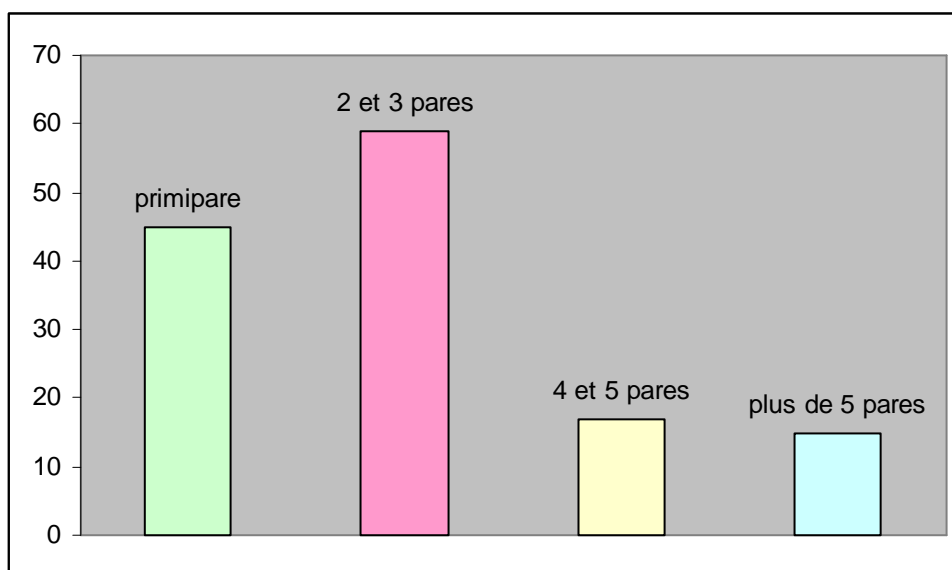


Figure N°4: répartition globale des présentations dystociques en fonction de la parité

On a noté que plus des trois quarts des présentations dystociques surviennent chez des primipares ou des parturientes entre 2 et 3 pares.

Par la suite on a étudié la parité pour chacune des présentations à part :

Parité	Bregma	Front	Face	Variété post	Transverse
primipare	6 54.5%	15 50%	3 33.3%	11 36.6%	10 17.85%
2 et 3 pares	3 27.2%	10 33.3%	4 44.4%	15 50%	27 48.2%
4 et 5 pares	1 9.09%	5 16.6%	1 11.1%	2 6.6%	8 14.28%
plus de 5 pares	1 9.09%	0	1 11.1%	2 6.6%	11 19.64%

Tableau N°6 : répartition de chacune des présentations dystociques en fonction de la parité

48.2% des présentations transverses surviennent chez des parturientes à leurs 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> pare.

54.5% des présentations bregma surviennent chez des primipares.

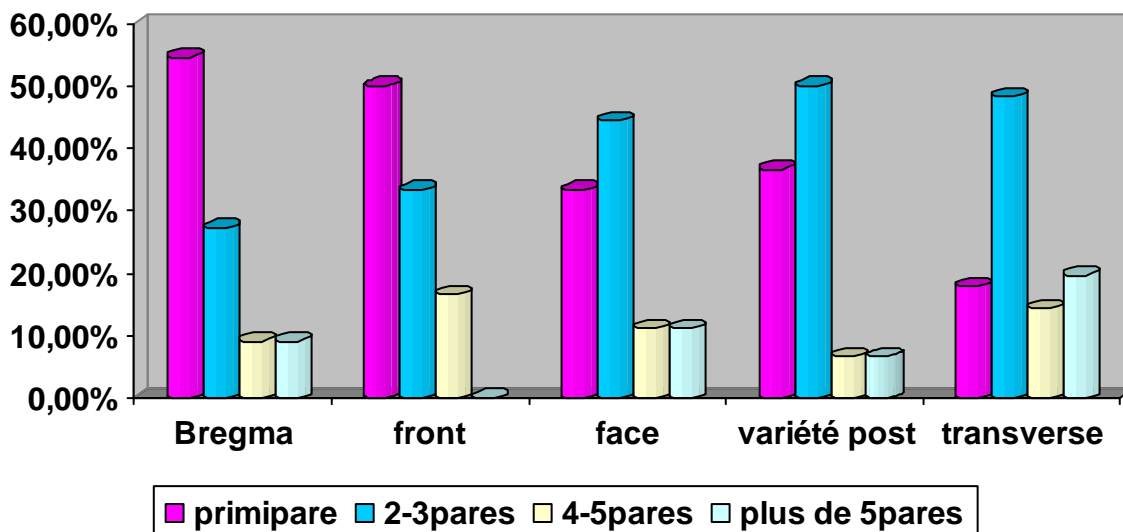
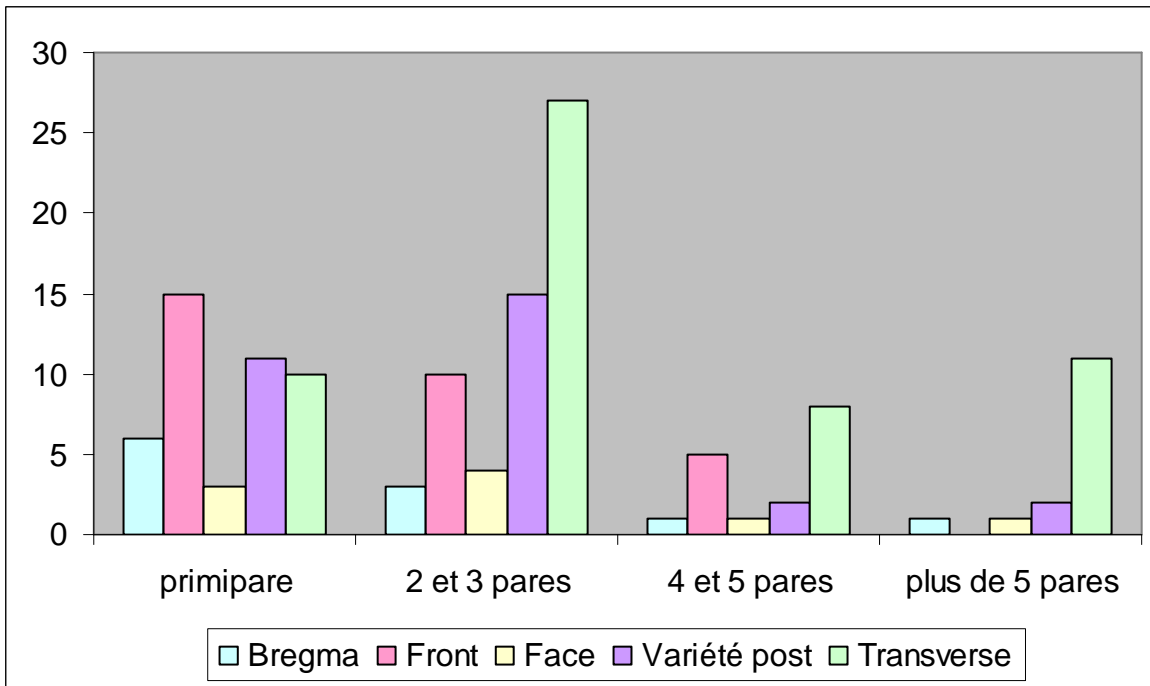


Figure N° 5et 6: répartition de chacune des présentations dystociques en fonction de la parité

### 3/Antécédents :

Ce sont surtout les antécédents gynéco obstétricaux qui nous intéressent dans cette étude car ils peuvent être la cause de ces présentations.

Variétés post. sommet : 1 cas d'ATCD de fibrome opéré, soit une fréquence de 3.33% et 1 cas d'ATCD de mort né en rapport avec un circulaire du cordon.

Front : 1 cas d'ATCD de MFIU avec accouchement médicalisé.

Bregma : 2 cas d'ATCD de mort-né.

Face : 1 ATCD de mort-né d'étiologie inconnue.

Transverse : 6 cas d'ATCD d'utérus cicatriciel pour présentation siège ou épaule et 1 cas d'ATCD d'utérus cicatriciel pour SFA, soit 12.5% des cas, 1 CAS d'ATCD d'accouchement dystocique d'un siège macrosome mort-né, 4 cas d'ATCD de mort- né, 1 cas d'ATCD de siège décédé en perpartum.

#### **4/ Age gestationnel :**

L'étude de ce paramètre à partir de la date des dernières règles a révélé que la grossesse a été mal ou non surveillée dans 71.32%. (97 parturientes qui se disent à terme à l'interrogatoire).

Les résultats trouvés à partir des 39 dossiers ou le terme était précisé montrent que dans 71.79% des cas, le terme est compris entre 38 et 40 SA.

Seulement 2 cas de dépassement de terme ont été retrouvés (42SA+2jr : front et transverse), soit 1.47%.

	36-38SA	38-40SA	40-42SA	>42SA
Bregma	1	1	2	0
Front	1	1	4	1
Face	0	0	2	0
Variété post	1	5	1	0
Transverse	6	5	7	1

Tableau N°7 : répartition de chacune des présentations dystociques en fonction du terme

#### **5/pathologies obstétricales associées :**

Au cours de la grossesse :

<b>Bregma</b>	<b>1 GG</b> <b>1 RPM</b> <b>2 cas de bassin suspect</b>
<b>Front</b>	<b>1 cas de GG</b> <b>1 cas bassin suspect (promontoire atteint)</b>
<b>Face</b>	<b>1 cas de RPM</b> <b>1 cas de GG</b>
<b>Les variétés post</b>	<b>3 cas de bassin suspect</b>
<b>Transverse</b>	<b>9GG</b> <b>2 placentas praevia</b> <b>5 cas de fibromes utérins:</b> <b>deux fibromes interstitiels (5–16cm)</b> <b>deux fibromes intra cavitaires (4–20cm)</b> <b>un cas de deux petits fibromes sous séreux.</b> <b>3 cas de malformations utérines:</b> <b>un utérus bicorne</b> <b>deux cloisons corporelles</b> <b>2 anomalies du cordon:</b> <b>une brièveté du cordon (40cm)</b> <b>un double circulaire du cordon et en bretelle</b> <b>3 cas d'hydramnios</b> <b>1 cas de bassin suspect</b>

On a noté dans la présentation transverse la présence de plusieurs facteurs qui peuvent expliquer la genèse de cette présentation : grossesses multiples,

fibromes utérins, hydramnios, malformations utérines, anomalies du cordon et placenta praevia.

Au cours de l'accouchement :

<b>Front</b>	<b>1 double circulaire du cordon 1 bretelle du cordon 1 HRP marginal de 4 cm<sup>2</sup> 1 hydrocéphalie</b>
<b>Les variétés post</b>	<b>une rupture utérine</b>
<b>Présentation transverse</b>	<b>1 procidence du cordon battant 1 brieveté du cordon (40cm)</b>

**6/Examen à l'admission :**

**a/ Aspect de l'utérus :**

Dans 30 cas de présentation transverse, soit 53.5% des cas, l'examen abdominal nous a permis de constater que l'utérus était asymétrique et étalé transversalement, la palpation des pôles supérieur et inférieur de l'utérus ne retrouve ni la tête ni le siège, la tête était retrouvée dans le flanc maternel et le siège dans l'autre flanc.

L'auscultation du foyer cardiaque fœtal était retrouvée sous l'ombilic du coté de la tête fœtale.

Au toucher vaginal, l'excavation pelvienne était vide et aucune présentation n'était accessible aux doigts vaginaux.

Dans les 26 autres partogrammes, ces paramètres n'étaient pas mentionnés.

**b/ Hauteur utérine :**

Dans notre série on a classé 3 groupes de hauteur utérine :

Hauteur utérine	Total	Pourcentage
<30cm	41	30.14%
≤30-35cm<	73	53.67%
≥35cm	14	10.29%
Non précisé	8	5.88%

Tableau N°8 : répartition des présentations dystociques en fonction de la hauteur utérine

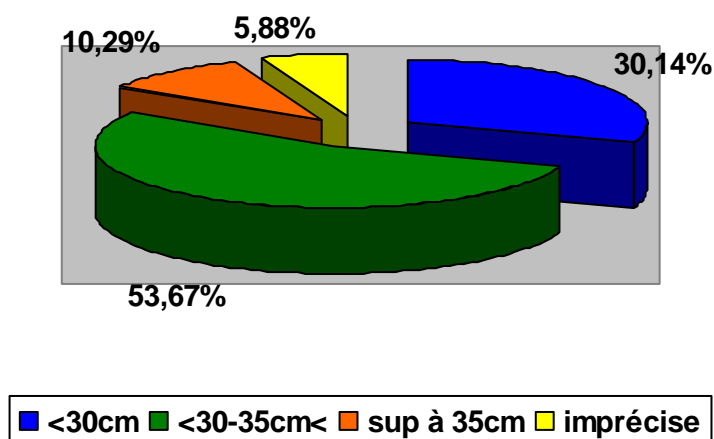


Figure N°7: répartition des présentations dystociques en fonction de la hauteur utérine

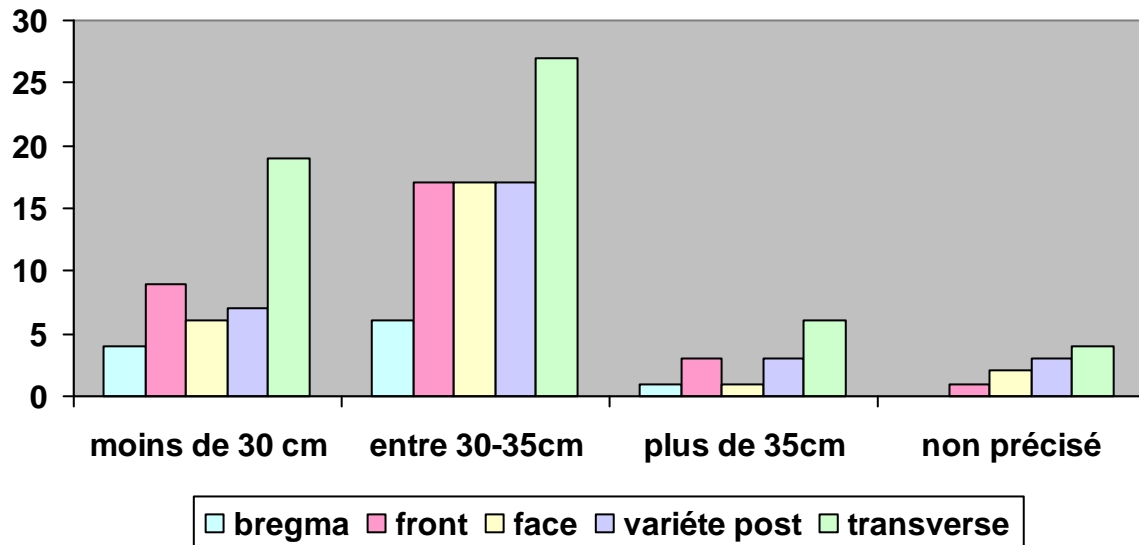
Ainsi plus de la moitié de nos parturientes ont une hauteur utérine normale, alors que 10.29% seulement ont une hauteur utérine excessive.

La hauteur utérine excessive pourrait être expliquée par l'une des causes suivantes :

- Gémellité : 12 cas.
- Macrosomie : 9 cas.
- Hydramnios : 3 cas.
- Grossesse + fibrome utérin : 5 cas.

Hauteur utérine	bregma	Front	Face	Variété post	Transverse
<30cm	4	9	2	7	19
≤30-35cm<	6	17	6	17	27
≥35cm	1	3	1	3	6
Non précisé	0	1	0	3	4
Total	11	30	9	30	65

Tableau N°9 : répartition de chacune des présentations dystociques en fonction de la hauteur utérine



**Figure N°8: répartition de chacune des présentations dystociques en fonction de la hauteur utérine**

**c/Bruits cardiaques fœtaux :**

Dans notre série les BCF étaient :

■ Positifs réguliers dans 121 cas, soit 88.97% (on inclut dans ce groupe les BCF positifs entre 120 et 160 bat/mn)

■ Positifs mais irréguliers (avec bradycardie ou tachycardie) dans 7 cas, soit 5.14% :

1<sup>er</sup> cas de présentation front admis avec BCF à 80bat/mn avec notion de virage de liquide amniotique, la patiente a été césarisée. L' Apgar à la naissance était à 7.

2<sup>ème</sup> cas de présentation front admis avec BCF à 168bat/mn, RPM de 30 heures, température à 38.4°C et tentative d'accouchement à domicile pendant 8 heures. L' Apgar à la naissance était à 7.

3<sup>ème</sup> cas, présentation front, G5, P4, 4EV, admise en début du travail, le RCF a enregistré des décélérations DIP1 avec un Nadir à 80 bat/mn. La césarienne a été

indiquée pour souffrance en début du travail et présentation du front. L' Apgar à la naissance était à 8.

4<sup>ème</sup> cas : une primipare référée pour stagnation de la dilatation à 4cm pendant 2 heures, présentation sommet fixée et BCF à 114 bat/mn, à l'admission la présentation était fixée en OIDP mal fléchie, le RCF réalisé a montré des DIP1 et des DIP2 répétitifs d'où l'indication d'une césarienne. La patiente a accouché au bloc opératoire avec recours à la ventouse plus épisiotomie. L'Apgar à la naissance était à 10.

5<sup>ème</sup> cas : présentation céphalique mal fléchie en OIDP, BCF à l'admission à 128 bat/mn, lors de la surveillance du travail des décélérations répétitifs sont apparues d'où l'indication d'une césarienne pour SFA et présentation irrégulière. L' Apgar à la naissance était à 7.

6<sup>ème</sup> cas : une parturiente référée pour épaule méconnue G7, P6, 3EV admise avec BCF à 115 bat/mn et une température à 38°C, la patiente a accouché par césarienne, le nouveau né avait un Apgar à 5 à la première mn, l'évolution était bonne après réanimation.

7<sup>ème</sup> cas de présentation transverse chez une patiente présentant un diabète gestationnel, G8, P7, 7EV, le RFC réalisé a montré des DIP 3. La césarienne a été indiquée pour diabète mal équilibré et anomalies du RCF. L' Apgar à la naissance était à 10.

■Négatifs dans 8 cas, soit 5.22% :

\*Présentation du front : un cas de BCF négatif à l'admission en rapport avec un hématome rétro péritonéal.

\*Variété postérieure : un cas admis avec des BCF négatif, la présentation était céphalique amorcée en OIP mal fléchie, l'accouchement s'est déroulé par voie basse avec une épisiotomie.

\*Présentation transverse :

-Deux cas de grossesses gémellaires, référées, pour les deux cas les premiers jumeaux sont accouchés par voie basse dans les maternités de référence, et le deuxième jumeau est transféré in utero en présentation épaule méconnue, les BCF étaient négatifs dès l'admission avec une hypercinésie pour un cas. L'accouchement s'est déroulé par césarienne pour épaule négligée du 2<sup>ème</sup> jumeau.

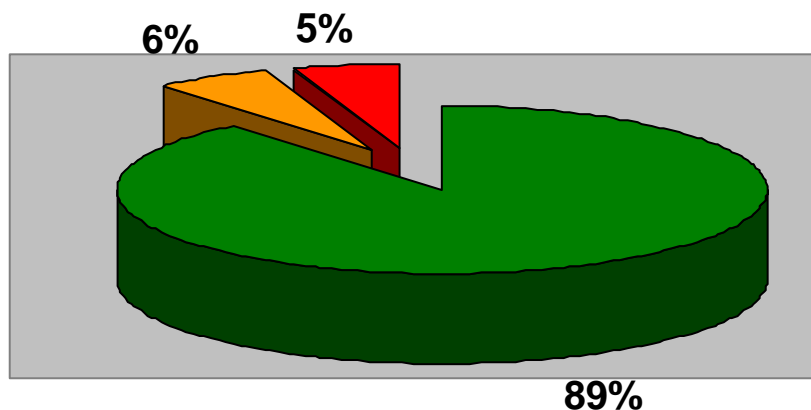
-un cas référé pour épaule négligée à dilatation complète avec des signes de chorioamniotite, à son admission : RPM plus 12h, T°38.5 et liquide amniotique purulent fétide, BCF non perçu et perception du membre supérieur dans le vagin, l'accouchement par césarienne a donné naissance à un nouveau né macéré avec liquide amniotique puré de pois et en quantité insuffisante.

-un cas d'épaules négligé, référée, BCF négatifs dès l'admission, perception d'un membre au niveau du vagin, liquide amniotique teinté épais, césarisée pour épaule négligée.

-un cas d'épaule négligée admis dans un tableau franc de chorioamniotite évoluant depuis plus de 16h avant son admission en travail avec BCF négatifs , accouchement par césarienne pour épaule négligée( pas de CRO).

-Un cas d'épaule référé pour hémorragie importante et suspicion de PP, à l'admission : DIP2 puis BCF négatifs, après la non évolution après expectative et perfusion de syntocinon la patiente a accouché par césarienne, incision médiane

sous ombilicale, hystérotomie segmentaire, après délivrance dirigée, pas de cupule d'HRP.



■ BCF positifs réguliers ■ BCF positifs irréguliers ■ BCF négatifs

Figure N°9 : diagramme des BCF

d/Etat du col :

Dilatation en cm	Total	Fréquence
Moins de 3 cm	13	9.55%
Entre 3-5cm	72	52.29%
Plus de 5 cm	16	11.76%
Dilatation complète	28	20.58%

Tableau N°10 : Diagnostic des présentations dystociques en fonction de la dilatation

Le tableau N°6 nous conclu le moment du diagnostic des présentations dystociques en fonction de la dilatation, ceci en tenant compte que l'état du col n'est pas déterminé devant 2 cas de placenta praevia ( transverse), un cas de

rupture utérine (mal fléchie), et devant 4 cas de présentation transverse (2 cas de grossesse gémellaire référés avec rétraction du col après accouchement du premier jumeau et deux cas d'épaule négligées avec perception du membre au niveau du vagin).

On conclue que le diagnostic a été posé à une dilatation entre 3 et 5 cm, dans 52.29% des cas, c'est-à-dire au cours du travail, et ce n'est que dans 9.55% des cas que le diagnostic a été posé à une dilatation moins de 3cm.

Dans 20.58% des cas, le diagnostic est posé à dilatation complète.

Dilatation en cm	Bregma	front	face	Variété post	transverse
Moins de 3 cm	1	5	0	0	7
Entre 3-5cm	6	18	6	17	25
Plus de 5 cm	1	4	1	4	6
Dilatation complète	3	3	2	8	12

Tableau N°11 : Diagnostic de chacune des présentations dystociques en fonction de la dilatation

**e/Etat des membranes :**

Dans 50% des cas, les membranes étaient rompues à l'admission.

### ■Présentation transverse :

La rupture ou non de la poche des eaux conditionne l'attitude thérapeutique pour la présentation transverse et donc son pronostic, d'où l'intérêt de l'étude de ce paramètre.

Dans notre série on a eu, pour la présentation transverse, 25 cas de membranes intactes, 22 cas de membranes rompues à l'admission ,7 cas non précisés.

Leurs évolutions :

un cas de procidence du cordon

17 cas d'épaule méconnu

3 cas d'épaules négligées (situation hautement dystocique)

### ■Pour les autres présentations on a eu les résultats suivants :

-Présentation face variété post et transverse : 3 cas membranes intactes.6 cas de membranes rompues à l'admission

-Présentation bregma : 2 cas membranes intactes, 8 cas de membranes rompues à l'admission ,1 cas non précisé

- Présentation front : 7 cas de membranes intactes, 20 membranes rompues avant l'admission, 3 cas non précisé.

-variétés postérieures: 12 cas de membranes intactes, 6 cas non précisés, 12 cas de membranes rompues à l'admission

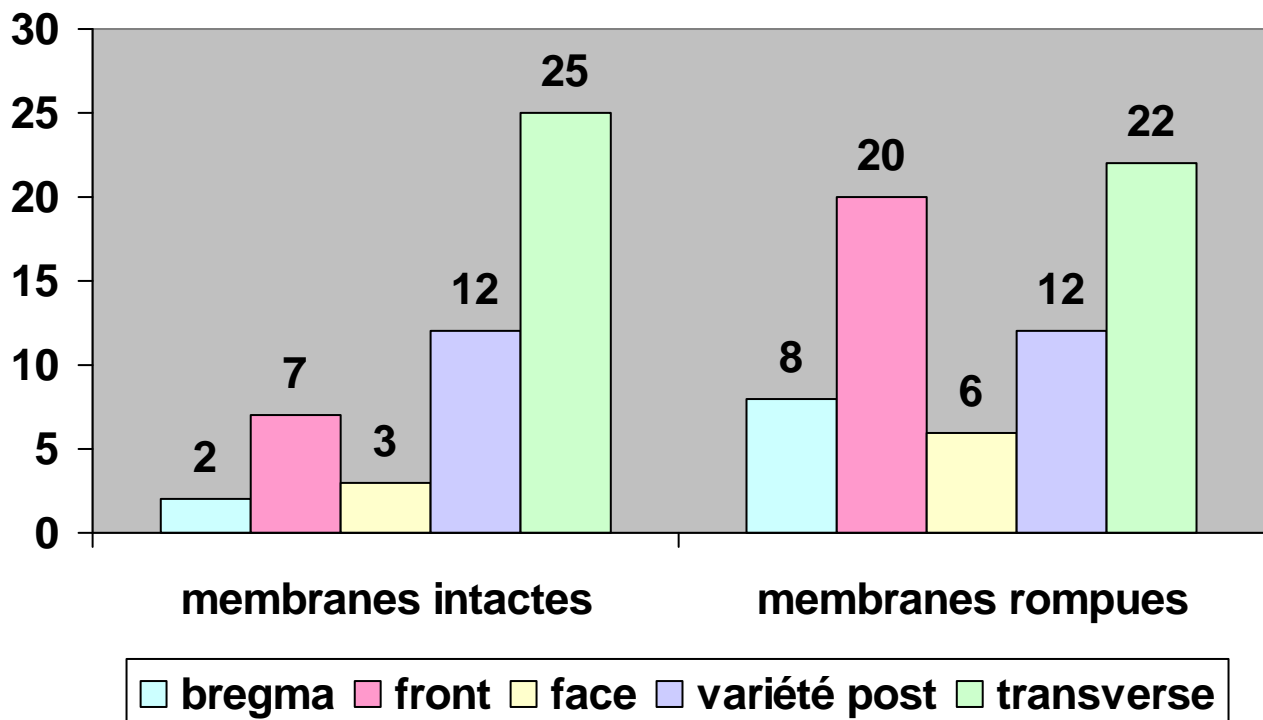


Figure N°10 : état des membranes

f/Etat du bassin :

L'examen clinique en salle d'accouchement a permis de noter 6 cas de bassin cliniquement suspect, soit 4.41%.

Aucune scannopelvimétrie n'a été réalisé dans notre série.

C/Etude para clinique :

Le diagnostic des présentations dystociques est clinique (par le biais du toucher vaginal qui peut identifier les différents repères de chacune des présentations), cependant, dans certaines situations (vaginisme, bosse sérosanguine .....) l'échographie peut apporter de l'aide au diagnostic : elle confirme la déflexion de la tête et montre l'augmentation de la lordose cervicale.

Quant à la présentation transverse, l'échographie obstétricale peut jouer un rôle dans :

- la confirmation du diagnostic (dos en haut ou en bas, tête à droite ou à gauche).
- la révélation de la cause de cette position fœtale anormale : insertion anormale du placenta, malformation utérine, tumeur praevia, hydramnios...

Dans la présente étude, l'échographie obstétricale a été réalisée dans 76.7% des présentations transverses.

## **D/Modalités d'accouchement :**

### **1/accouchement par voie basse :**

Dans notre série, on a eu 27 cas d'accouchement par voie basse, soit 19.85%.Ce nombre correspond à 0.22% par rapport au total d'accouchement durant cette période.

Ces 27 cas sont répartis comme suit:

- 24 cas de variétés post avec recours à la ventouse dans 5 cas, (12 épisiotomies sans complications, pas de forceps ni autres manœuvres)

- 3 VMI réussies sur présentation transverse avec un accouchement par voie basse du siège.

### **2/version par manœuvre interne (VMI) suivie de la grande extraction du siège (GES):**

Dans notre série, pour les grossesses mono fœtales transverses, on a réalisé 3 VMI réussies.

Ces VMI sont réalisées chez des patientes (1<sup>er</sup> cas G2P1, 2<sup>ème</sup> cas G10P6 avec 6EV et 3avortements, 3<sup>ème</sup> cas G3P1) admises à dilatation complète, poche des eaux intactes, BCN, au bloc sous sédation avec une épisiotomie, les nouveau nés ont

tous présenté un Apgar supérieur 7 à 1min .L' examen somatique d'un nouveau né a montré une imperforation anale et une hanche gauche instable.

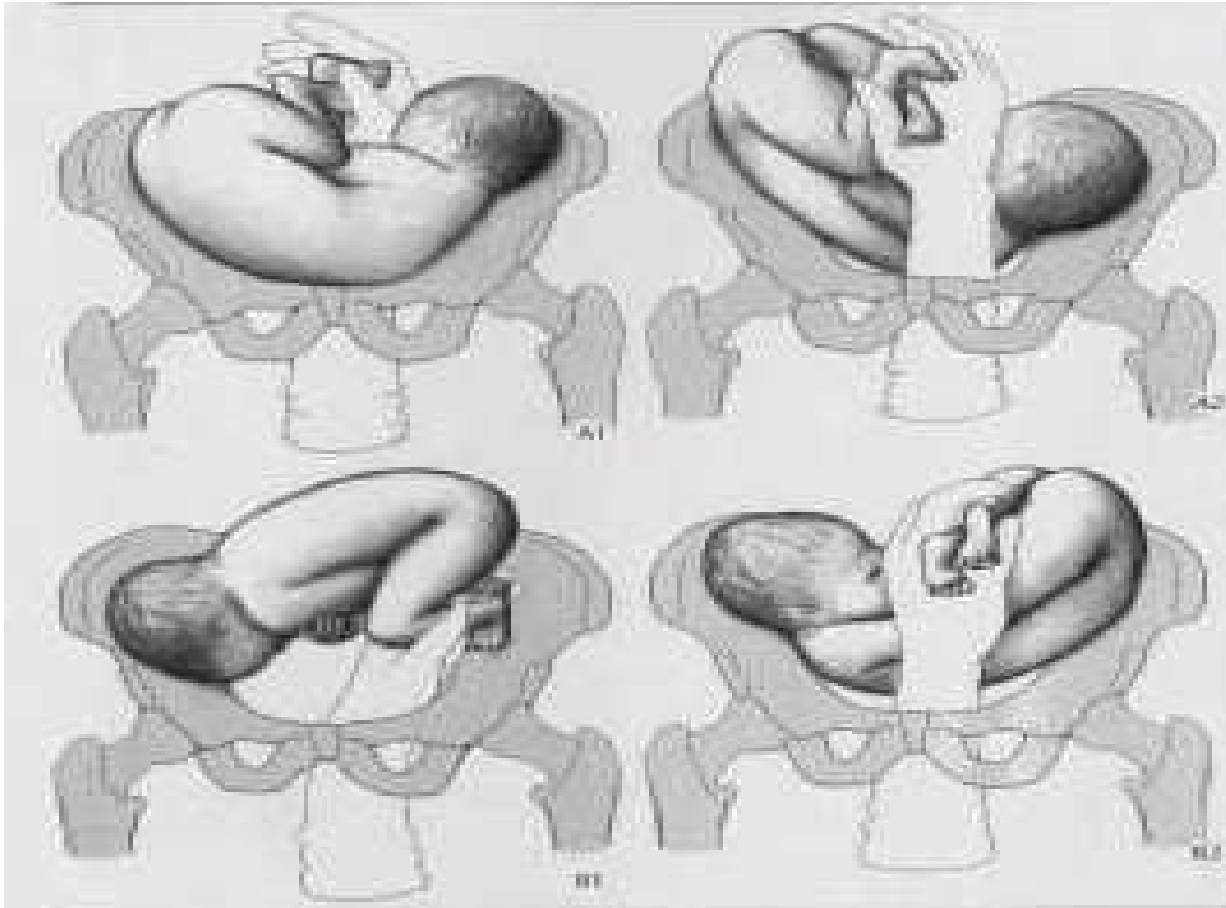


Image N°3 : version par manœuvre interne

Réf : Présentation de l'épaule.

Encycl Méd Chi, Gynécologie/Obstétrique, 5-049-L-60, 2003, 5p.

Une quatrième tentative de VMI a été réalisée chez une parturiente âgée de 30 ans, ayant un antécédent de présentation de siège décédé en perpartum et un avortement à 4 mois. Cette manœuvre a échoué à cause de la présence d'une cloison utérine corporelle prenant les 2/3 du corps utérin découverte en per opératoire.

### 3/accouchement par voie haute :

Les présentations du front (30), bregma (11), face postérieure ou transverse (9), 6 variétés postérieures du sommet (20%), les grossesses gémellaires avec un jumeau transverse (9) et 44 présentations transverses ont tous accouché par césarienne (80.14%), soit 109 accouchements par voie haute.

#### a/Fréquence de la césarienne :

Pendant la durée de notre étude 2532 césariennes ont été réalisées, pour 11745 accouchements, soit un pourcentage de 21.55%.

109 césariennes pour présentation dystocique (ici étudiées) ont été réalisées, pour un total de 2532 césariennes soit 4.30%.

80.14% des présentations dystociques étudiées sont accouchés par voie haute.

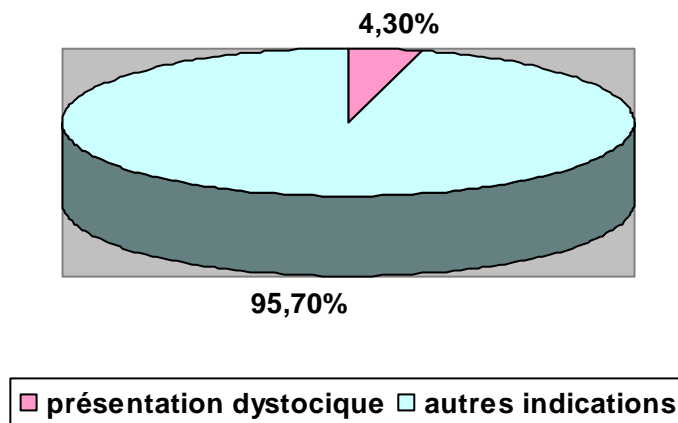


Figure N°9 : les indications de césarienne

#### b/Type d'anesthésie utilisée :

Dans notre série, la rachianesthésie a été utilisée dans 54% des cas, tandis que l'anesthésie générale n'a été pratiquée que dans 46% des cas.

La rachianesthésie entraîne un retentissement fœtal moins important et permet une surveillance meilleure en per et post opératoire, c'est pour cela qu'elle est préférée à l'anesthésie générale, qui elle, expose au risque d'inhalation du liquide gastrique chez la mère et expose le nouveau né au risque de détresse respiratoire.

#### c/L'incision :

Dans 99.3% des cas l'incision est de type Pfannenstiel, alors que l'incision médiane sous ombilicale n'a trouvé place que dans 1 seul cas de rupture utérine, soit 0.65% des cas.

Le type d'hystérotomie : sur 109 césariennes, on a réalisé 106 hystérotomies segmentaires transverses, soit dans 97.24% des cas.

Les 3 autres cas (2.75%) sont les suivant :

-Un cas d'hystérotomie corporelle pour une présentation d'épaule méconnue.

-un cas d'hystérotomie élargie en T segmentocorporéale pour une présentation transverse sur utérus cicatriciel

-Un cas de présentation transverse, HST et tentative de VMI impossible, élargissement de l'incision en T, version, extraction podalique.

#### d/ complications des césariennes :

3 cas de fusion segmentaire ont été observés : 2 fusion pour la présentation du front et une fusion pour présentation mal fléchie.

1<sup>er</sup> cas : 25ans, primipare référée avec HU à 39 cm, présentation face et col à 4cm, age gestationnel à 41AS+ 6jr, au toucher vaginal : col effacé à 80% dilaté à 3cm, présentation face mobile, membranes intactes, l'échographie obstétricale faite à l'admission a montré une présentation céphalique défléchie avec une hydrocéphalie, 6h après, rupture accidentelle des membranes liquide teinté,col effacé à 100% dilaté à 3cm,et la présentation s'est fixée en NIGA, 15h après toujours même constat cervical et présentation fixée en NIG. La patiente a été césarisé : hystérotomie segmentaire transversale avec fusion segmentaire de 3cm, nouveau né vivant pesant 3460gr présentant plaie pariétale œdème du front et hydrocéphalie, Apgar à 1 min à 8 devenant à 9 à 5min.

2<sup>ème</sup> cas : 24 ans, primipare, admise pour accouchement, grossesse non suivie estimé à terme, au toucher vaginal :col effacé à 100% dilaté à 3cm, une activation a été mise en place devant la rupture spontanée de la poche des eaux, mais la présentation s'est fixée en NIDP , la patiente a été césarisé : hystérotomie segmentaire transversale avec fusion de 1.5cm en antérieur, nouveau né vivant pesant 2500gr présentant ecchymose occupant toute la face, œdème palpébral et aspect de rétrognatisme, Apgar à 1 min à 7.

3<sup>ème</sup> cas : 36ans, G2P1, ayant ATCD de fibrome opéré, césarisée pour SFA et présentation céphalique en variété postérieure, la patiente a été césarisé : hystérotomie segmentaire transversale avec fusion segmentaire de 2cm et découverte peropératoire d'un utérus polymyomateux, nouveau né vivant pesant 3400gr, Apgar à 1 min à 7 devenant à 10 à 5min.

#### e/ligature section tubaire :

7 cas de ligature section tubaire ont été réalisés, soit dans 4.75%

## **E/PRONOSTIC MATERNEL :**

### **1/mortalité maternelle :**

Nous n'avons eu à déplorer aucun décès dans notre série.

La mortalité maternelle enregistrée pendant cette période dans notre formation, toute cause comprise, est de 212 pour 100000 naissances vivantes (25/11745).

### **2/morbidité maternelle :**

Dans notre étude nous notons :

- une méningite post opératoire à j3 avec une température à 39°C et une raideur méningée en rapport avec la rachi anesthésie.
- une infection de la paroi suite à un diabète mal équilibré.
- un cas d'HTA post opératoire.
- un cas d'hystérectomie : présentation du sommet en variété postérieure, la patiente a été admise dans un état de choc hémorragique. Le toucher vaginal a révélé la présence d'une bosse séro sanguine. L'exploration chirurgicale a révélé un mort-né qui flottait dans l'abdomen avec une rupture utérine postérieure et des berges nécrosés.

Nous remarquons que plus de 97.05% ont eu une évolution favorable et que seulement 2.94% des femmes ont présenté des complications surtout infectieuses.

## **F/PRONOSTIC FŒTAL :**

### **1/Mortalité périnatale :**

Sur les 136 cas étudiées, on a eu 8 décès, soit 5.88%, pour 11745 accouchements réalisés pendant notre période d'étude.(soit 0.06%)

515 mort nés sont enregistrés dans notre maternité pendant cette période d'étude.

## 2/Morbidité périnatale :

### a/Malformations fœtales :

On a noté 6 cas de malformations fœtales réparties comme suit :

<b>Front</b>	<b>-Un cas d'hydrocéphalie -Un cas polymalformé</b>
<b>Variété post du sommet</b>	<b>-Un cas de spina bifida au niveau lombosacré, fontanelle antérieure large, hyper laxité des MI, pieds équins, présence d'un phimosis -Un cas de spina bifida fermé avec pied bot bilatéral.</b>
<b>Présentation transverse</b>	<b>-un cas avec une imperforation anale et une hanche gauche instable -un cas de fracture de l'extrémité interne de la clavicule gauche (patiente référée avec procidence de la main dans le vagin)</b>
<b>Présentation face</b>	<b>-Un cas de macrocranie : PC=37.5cm</b>

### b/ poids fœtal :

Vu l'importance du poids fœtal dans la détermination de la position du foetus en intra utérin, nous allons étudier le poids à la naissance pour chacune des présentations.

Nous rappelons que les prématurés sont exclus de notre étude. Les résultats obtenus sont les suivants :

Poids fœtal	≤2-2.5kg<	≤2.5-3kg<	≤3-3.5kg<	≤3.5-4kg<	≥4kg
Nbr de cas	6	22	70	29	9
pourcentage	4.44%	16.17%	51.47%	21.32%	6.61%

Tableau N° 12: Poids fœtal des présentations dystociques

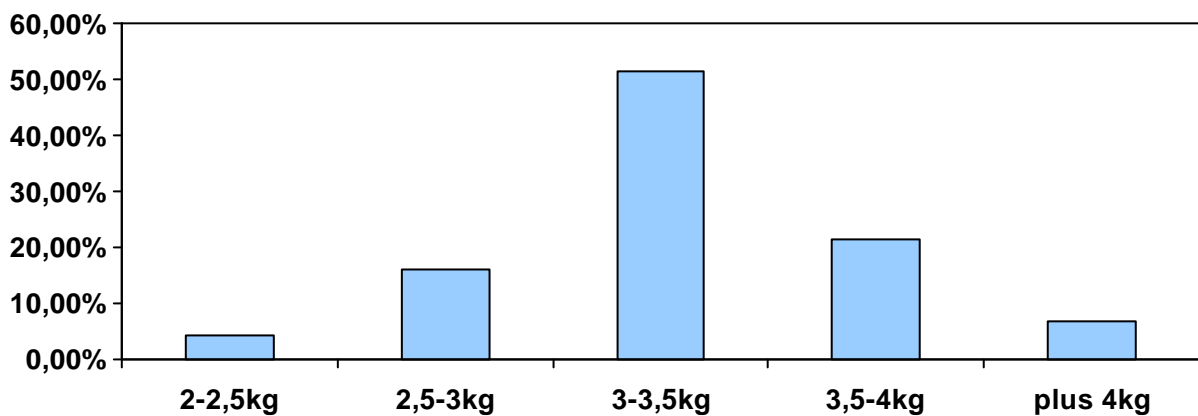


Figure N°10: Répartition du poids fœtal des présentations dystociques.

Dans 51.47% des cas on a eu un poids fœtal entre 3 et 3.5kg.

La répartition graphique suit une courbe de GOSS.

Il est intéressant de détailler le poids fœtal pour chacune des présentations étudiées :

Poids fœtal	Bregma	Front	Face	Variété post	Transverse
≤2-2.5kg<	0	1	1	0	4
≤2.5-3kg<	1	1	0	7	13
≤3-3.5kg<	6	15	4	15	30
≤3.5-4kg<	4	9	3	6	7
≥4kg	0	4	1	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>56</b>

Tableau N° 13: Le nombre de ces des présentations dystociques en fonction du poids fœtal

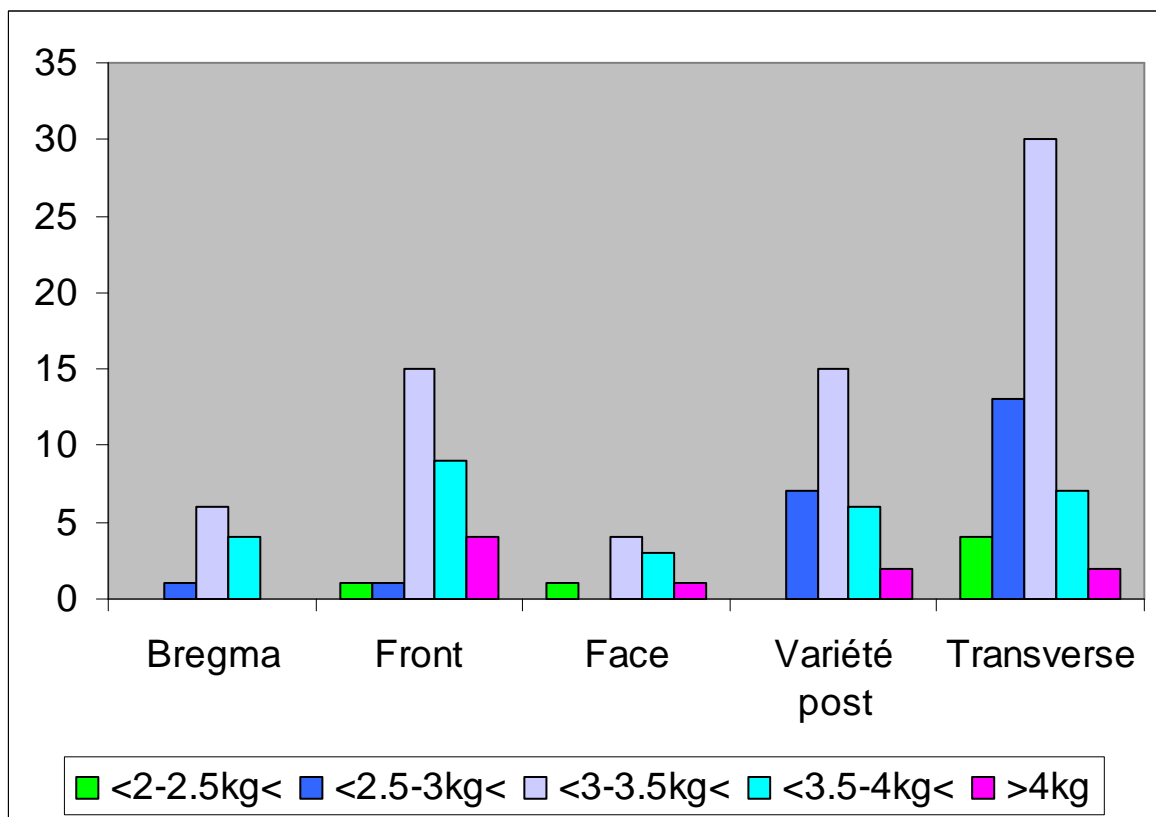


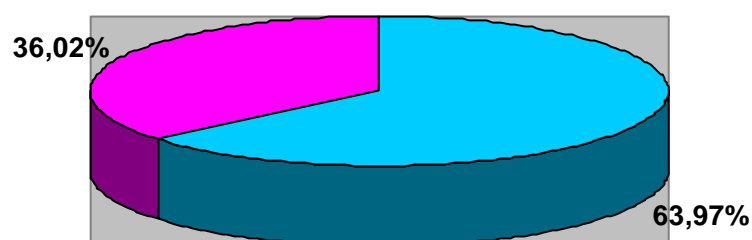
Figure N°11: Fréquence des présentations dystociques en fonction du poids fœtal

c/ sexe :

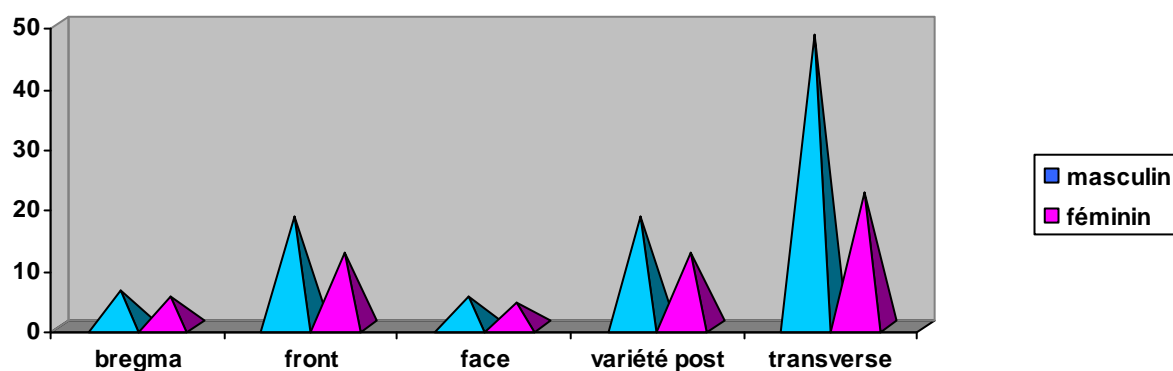
Sexe du nouveau-né	Bregma	Front	Face	Variété post	Transverse	TOTAL
Masculin	6	18	5	18	40	87
Féminin	5	12	4	12	16	49

Tableau N° 14 : Répartition des nouveaux nés en fonction du sexe

On a constaté dans notre série 87 cas de nouveau né de sexe masculin, soit 63.97%, et 49 cas de nouveau né de sexe féminin, soit 36.02%.



■ SEXE MASCULIN ■ SEXE FEMININ



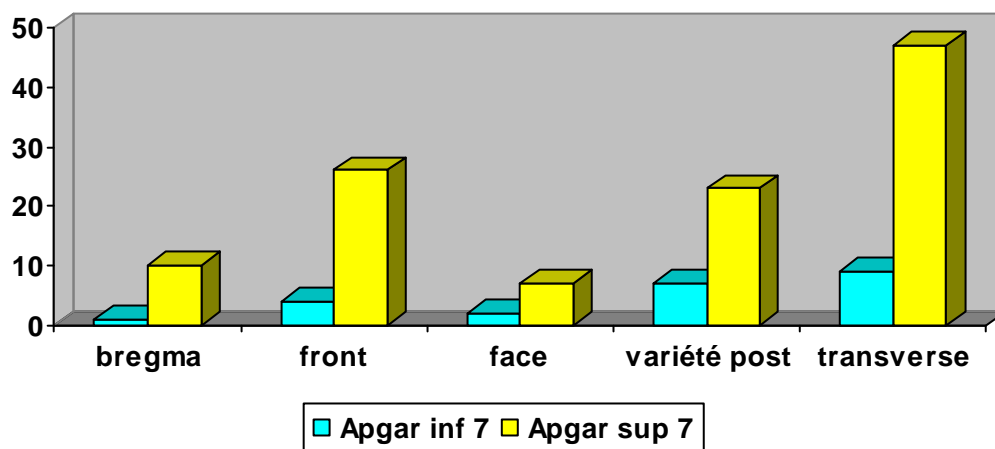
Figures N° 12 et 13 : Répartition des nouveaux nés en fonction du sexe

d/score d'APGAR :

APGAR	Bregma	Front	Face	Variété post	Transverse	Total
<7	1	4	2	7	9	23
>7	10	26	7	23	47	113
TOTAL	11	30	9	30	56	136

Tableau N°15 : Répartition du score d'Apgar à la naissance

Dans notre série, on a eu 113 cas d'Apgar supérieur à 7, soit 83.08%, et seulement 23 cas d'Apgar inférieur à 7 (dont 8 décès, MFIU et morts nés), soit 16.91%.



Graphique N°14 : Répartition du score d'APGAR à la naissance

# **DISCUSSION**

## **A/Fréquence globale :**

Dans l'espèce humaine la disproportion céphalo-pelvienne oblige la tête fœtale à se fléchir pour l'accouchement, afin de réduire son diamètre antéropostérieur. Dans moins de 1% des cas ce mécanisme ne se produit pas et c'est au contraire une déflexion plus ou moins importante de la tête que l'on observera. Ce qui définit les présentations céphaliques défléchies.

Ces présentations sont peu étudiées dans la littérature, elles sont caractérisées par un travail qui est long et une mécanique obstétricale complexe.

Les variétés postérieures de la présentation du sommet, paraissent classiquement moins eutociques que les variétés antérieures avec un pronostic obstétrical et fœtal moins favorable.

Quant à la présentation de l'épaule, différents aspects étiologiques sont cités par les auteurs.

Ce travail rétrospectif va nous permettre de comparer nos résultats et ceux retrouvés dans la littérature et pouvoir faire le point sur les données actuelles et en déduire ainsi une conduite thérapeutique efficace.

On rappelle que dans notre étude on a exclu les nouveaux nés moins de 2 kg, ce qui n'est pas cas pour tous les auteurs, et par conséquent il sera difficile de comparer les différents résultats.

## **1/les présentations défléchies :**

La revue de la littérature nous permet de constater que la fréquence est variable pour chacune des présentations.

## 1-1 /présentation du bregma :

Auteurs	Années	Nbr de cas Bregma	Accouchements	%	Incidence
Bumm [1]	1921	-	-	0.60	-
Bidder [1]	1925	-	-	0.54	-
Lehle [1]	-	-	-	1.04	-
Rabinowitsh [1]	-	-	-	1.33	
Gernez [2]	1955-74	320	32024	1	1/100
Calkins [2]	1957	111	18838	0.589	3/509
Dumont [2]	1961	10	22813	0.044	3/6844
Jan [1]	-	-	-	0.21	-
Wurth [1]	-	145	-	0.89	-
Audra [2]	1979-86	19	23445	0.08	6/7157
Mostar [2]	1955-64	55	20790	0.265	1/1378
Maillet [2]	1986-95	15	20253	0.07	1/1350
Etude RABAT [1]	1986-97	41	126829	0.031	1/3093
<b>Notre série</b>	<b>2006-07</b>	<b>11</b>	<b>11745</b>	<b>0.09</b>	<b>1/1068</b>

Tableau N°16: incidence de la présentation du bregma dans la littérature

Les incidences rapportées dans ce tableau varient entre 1.33% et 0.031%, cette différence observée est due au fait que la présentation du bregma pose un problème de définition [2] : elle a été confondu par certains auteurs avec la présentation du front (variété bregmatique) et avec l'occipito sacrée (petite fontanelle est toujours perceptible) car dans ce cas aussi l'accouchement se produit en frontopubien.

Dans notre série on a trouvé une incidence de 0.09%, notre résultat reste comparable avec ceux de la littérature.

### 1-2/présentation du front :

Auteurs	Années	Front	Accouchements	%	Incidence
Moore [3]	1931-53	36	24030	0.14	1/667
Jacobsen [4]	1932-59	34	29509	0.12	1/868
Morris [5]	1934-50	53	64817	0.08	1/1250
Magid [6]	1945-55	16	39571	0.04	1/2500
Meltzer [7]	1948-63	156	104512	0.14	1/670
Berger [8]	1951-65	70	42122	0.17	1/602
Cruikshank [9]	1952-71	44	38152	0.10	1/952
Fields [10]	1953-58	8	13368	0.06	3/35000
Posner [11]	1956-61	11	19766	0.06	1/1797
Ingolfssen [12]	1969	103	93636	0.11	1/909
Audra [13]	1974-86	34	23445	0.15	1/690
Maillet [14]	1986-95	22	20253	0.10	1/1000

Cunningham [15]	1991-94	19	60000	0.03	1/3256
<b>Notre série</b>	<b>2006-07</b>	<b>30</b>	<b>11745</b>	<b>0.25</b>	<b>1/391</b>

Tableau N°17 : incidence de la présentation du front dans la littérature [1]

Ce tableau montre que fréquence de l'accouchement en présentation du front varie entre 0.03% et 0.17%. La fréquence chez nous est de 0.25%

### 1-3/présentation de la face :

Auteurs	Années	Nbr de Face	Nbr d'accouchement	%	Incidence
Cruikshank [2]	1952-71	64	38152	0.17	1/596
Thoulon [16]	1970	88	41946	0.21	1/476
Barry [17]	1974	100	9876	1.01	1/98
Lantry [18]	1978	307	84085	0.73	1/273
Chaoui [2]	1967-80	424	128441	0.33	1/333
Benedetti [2]	1973-78	40	50300	0.08	1/1250
Audra [13]	1974-86	27	23445	0.12	1/839
Duff [19]	1977-79	19	19375	0.27	1/371
Quiel [2]	1980-90	30	15371	0.20	1/500
Maillet [2]	1986-95	60	20253	0.11	1/909
Balsan [2]	1989-94	24	50961	0.05	1/2000
Ducarme [20]	1989- 2001	32	45673	0.07	1/1427
Meriah [2]	1990-93	64	27515	0.23	1/434
Errahmani	1990	96	28889	0.33	1/300

[21]					
Etude Rabat [4]	1990-94	199	43511	0.45	1/218
Jemmali [22]	1991-95	10	10500	0.09	1/1050
Notre série	2006-07	9	11745	0.07	1/1305

Tableau N°18 : incidence de la présentation de face

L'incidence de l'accouchement en présentation de face dans la littérature varie entre 0.05% et 1.01% comme le montre le tableau N°13. Ces auteurs ont étudié cette présentation dans toutes ses variétés.

Dans notre série, l'incidence est de 0.07%.

### 2/la variété postérieure du sommet :

La fréquence des présentations occipito postérieures persistantes, avec un dégagement en variété occipito sacrée se situe selon les publications entre 1 et 8% des accouchements [23].

Dans notre série, les variétés postérieures survenaient dans 0.25% des accouchements.

### 3/la présentation transverse :

Auteurs	Années	Pays	Pourcentage
DWIGHT [24]	1973	IOWA	0.3
HACQUIN [25]	1979	France	0.33%
JABBAR [26]	1980	-	0.3-0.4%
MORIN [27]	1985	USA	0.25%

PICAUD [28]	1990	Gabon	0.15%
GEMER [29]	1980-1991	Irlande	0.25%
MIKOU [30]	1970-1980	Maroc- CHU Rabat	0.28%
LASRY [31]	1989	Maroc- CHU Casa	0.4%
AZZOUZI [32]	1990-1996	Maroc- CHU Casa	0.41%
Notre série	2006-2007	Maroc Fès	0.47%

Tableau N°19: Incidence de la présentation transverse

Notre incidence est de 0.47%, depuis 1973 les auteurs rapportent des incidences et qui oscillent entre 0.15 et 0.41%.

## B/Facteurs étiologiques :

### ♣Présentations défléchies

La rareté des publications sur la présentation du front rend difficile la discussion.

#### 1 /âge maternel :

Pour la présentation du front, 73.33% de nos parturientes sont âgées entre 20 et 35ans, cette tranche d'âge représente 100% pour la présentation du bregma et 66.6% pour la présentation de face.

Dede et Friedman [33] trouvent un âge maternel plus de 40 ans dans 8% des cas de face.

Magid et Tucker [13] ne tiennent pas compte de l'âge maternel comme facteur étiologique de la présentation de face.

Pour Thoulon, Magnin et Yachouh [16] aussi, la fréquence de la présentation de face n'est pas influencée par l'âge et ils rapportent dans leur étude des âges extrêmes de 18 et 45 ans.

## **2/la parité:**

Dans l'étude de Chennoufi [2], l'incidence des présentations défléchies chez les grandes multipares était de 3/1000 accouchements soit deux fois plus que celle de la population générale, il en déduit que la multiparité est un facteur favorisant de ce type de présentation.

Dans notre étude, les présentations défléchies survenaient dans 48% chez des primipares, dans 34% entre 2 et 3 pares, dans 14% entre 4 et 5 pares et dans 4% plus de 5 pares.

### **■ Bregma :**

54.5% de nos parturientes étaient des primipares, 27.2% à 2 et 3 pares, 18.8% plus de 4 pares.

Ces résultats sont proches de ceux de la série de Rabat [1] : 43.9% étaient primipares, 26.82% étaient pauci pares (2,3 et 4 pares), 21.95% étaient des multipares (4,5 et 6 pares), 7.31% étaient des grandes multipares (sup. à 6 pares).

Ainsi, on retient que plus la parité de la femme augmente plus la présentation du bregma se fait rare.

Dans la série de Gernez [34], 59% étaient multipares et 41% étaient primipares.

Néanmoins, plusieurs auteurs (Dumont, Thoulon, Taurelle [40].....) admettent la multiparité comme facteur déterminant la présentation du bregma.

**■ Front :** On a trouvé dans notre série 50% de primipare, 33.3% à 2 et 3 pares, 16.6% à 4 et 5 pares.

### ■ Face :

La multiparité est retenue comme facteur étiologique dans 10 à 90 % des cas comme le montre le tableau N°20.

Dans notre série la multiparité (plus de 4 pares) représente 22.2%.

Auteurs	Multiparité
Cucco [35]	10%
Hellman	29%
Posner [36]	18%
Prévédourakis [37]	10%
Magid	17%
Reddoch	32%
Schmitz	21%
Quiel	57%
Jemmali [22]	90%
NABBACH-CHU Rabat [38]	69.34%
NOTRE SERIE	22.2%

Tableau N°20 : multiparité et présentation face

### 3/le bassin rétréci :

Pour la présentation du bregma, Gernez [39] rapporte une fréquence de 0.26% et dans la série de Rabat [1] la fréquence est de 2.43%. La fréquence dans notre série est à 18.8%, elle reste élevée par rapport à ces deux références, mais

certain auteurs comme Taurelle [40], Merger [41], insistent sur ce facteur dans la genèse de cette présentation.

Pour Chennoufi [2], le bassin rétréci est retrouvé chez 20% des présentations du front, contre 3.33% dans notre série, et chez 9.5% des présentations de face.

#### **4/les malformations utérines :**

Beaucoup d'auteurs signalent l'importance des anomalies utérines comme facteur favorisant la déflexion de la présentation.

Chennoufi [2] a identifié un utérus fibromateux associé à la présentation de la face et un utérus rétroversé associé à celle du front soit une fréquence de 4.88%.

Gernez [39], quant à lui, cite un taux de 0.93% pour la présentation du bregma.

Ce facteur est absent chez nous.

#### **5/poids foetal :**

Globalement, dans notre étude, dans 86% des cas le poids foetal était entre 2500gr et 4000gr.

Taurelle [40] incrimine l'excès du poids foetal dans la genèse de la présentation du bregma.

Chennoufi [2], a retrouvé 11.5% de faible poids à la naissance pour la présentation du front contre 8.8% pour le bregma.

##### **■ Présentation de face :**

Dans notre série, le poids foetal est compris entre 2500gr et 4000gr dans 77.7% des cas.

Vermelin [42], Thoulon [16] et Begel [43] rapportent des taux compris entre 13% et 17% de nouveau né pesant plus de 4000 gr, alors que dans notre série le

taux est de 11.1% .Chennoufi [2] aussi a répertorié 4.7% de nouveau né pesant plus de 4000 gr nés en présentation de face.

Par contre, Friedman [33] et Nick [44] incriminent le faible poids fœtal dans la genèse de cette présentation. Ils rapportent des chiffres compris entre 15% et 34% de nouveaux nés pesant moins de 2500gr.Dans notre série le taux est de 11.1% des cas.

## **6/malformations fœtales :**

Les taux sont variables dans la littérature puisque certains auteurs éliminent de leurs études les malformations non viables.

Pour la présentation du bregma, nous avons noté 6.6% de malformations (dont une hydrocéphalie et un cas polymalformé) contre 5.5% chez Mostar [47] et 4.87% dans la série de Rabat [1] (un cas de myeloméningocèle et un cas d'hydrocéphalie). Merger [41], Taurelle [40], Morin et Engelmann [45], Lansac et Body [46] incriminent surtout la dolichocéphalie.

Pour la présentation de face, Chennoufi [2], a répertorié un seul cas de malformation cardiaque soit une prévalence de 4.8% des présentations de la face contre 0.2% dans la population générale. Dans notre étude on n'a noté aucune malformation.

## **7/gémellité :**

3 cas de grossesses gémellaires sont retrouvés chez nos parturientes, soit une fréquence de 6%.

Pour la présentation du bregma, Gernez [39] cite un taux de 5.3%, pour la série de Rabat [1] le taux est de 4.87%.

On a noté un seul cas de grossesse gémellaire avec un deuxième jumeau qui s'est présenté en MIDP, Thoulon [16], Barry [17] et Begel [43], eux aussi, chacun cite un cas de grossesse gémellaire dont le deuxième jumeau s'est présenté en face.

### **8/hydramnios:**

Chennoufi [2] a trouvé un seul cas d'hydramnios idiopathique, soit une prévalence de 4.8% contre 8.5% dans la littérature, le diagnostic étiologique était négatif et l'attitude en hyper extension de la tête fœtale était retenue comme facteur favorisant.

Gernez [39] ne l'a pas trouvé aussi dans ses 320 cas de bregma.

Dans notre série, 3 cas d'hydramnios étaient associés à la présentation du front, soit 6% des cas.

Mais ce facteur reste admis par plusieurs auteurs dans la genèse de la mauvaise accommodation foeto pelvienne.

### **9/anomalies du cordon:**

Ce facteur est incriminé dans la genèse de la présentation de face par plusieurs auteurs et les pourcentages cités sont variables : Begel [43] 24.23%, Picotin [48] 15%, Dumont [49] 17%, Lantry [18] 1.62%, Errahmani [21] 1.04%, NABBACH [38] 3.5%.

Ces anomalies sont retrouvées dans notre étude surtout pour la présentation du front avec un double circulaire du cordon et une bretelle du cordon.

### **10/autres facteurs:**

D'autres facteurs étiologiques sont parfois associés à la présentation de face [22] : prématurité, tumeurs de l'utérus, tumeurs annexielles, tumeur du cou fœtal, hyperextension primitive des muscles du cou fœtal .....

## **♣Les variétés postérieures du sommet :**

Certains facteurs sont cités comme responsables d'un taux plus élevé de variétés postérieures persistantes : une petite taille [50] , un âge plus avancé [50] [51], une cicatrice utérine[50] , un ATCD d'accouchement en OS [52], [53] , un terme plus avancé [54] et l'analgésie péridurale (en raison de la baisse de l'activité musculaire qu'elle induit) [54], [55].

Dans notre série, un âge plus de 35ans est retrouvé dans 0.16% des cas et la cicatrice utérine dans 3.33%.

## **♣Présentation transverse :**

### **1/La multiparité :**

La multiparité est l'une des grandes causes de la présentation transverse, elle est pour cela citée par la plupart des auteurs. Ceci est expliqué par le relâchement des parois utérines et de la paroi abdominale devenant incapables de maintenir le fœtus en position longitudinale, l'utérus devient vaste et le fœtus peut basculer facilement, il s'oriente alors en oblique.

Sur les 56 cas de notre étude, on a obtenu :

- 10 primipares, soit17.85%.
  - 27 parturientes à 2 et 3 pares, soit 48.2%.
  - 8 parturientes à 4 et 5 pares, soit14.28%.
  - 11 parturientes plus de 5 pares, soit19.64%.
- } 82.14%

Nos résultats restent comparables à ceux de la littérature :

- HACQUIN [25] 82% (il a compté la multiparité à partir de P2)
- DWIGHT [24] 87% (il a compté la multiparité à partir de P3)
- GEMER [29] 90% (il a compté la multiparité à partir de P3)

Pour la population marocaine, le tableau N°21 donne l'incidence de ce facteur depuis 1970.

Auteurs	Années	Incidence de la multiparité
MIKOU [30]	1970-1980	90.4%
LASRY [31]	1979-1989	88.2%
AZZOUZI [32]	1990-1996	86.3%
NOTRE SERIE	2006-2007	82.14%

Tableau N°21 : Fréquence de la multiparité en cas de présentation transverse au Maroc depuis 1970

## 2/Malformations utérines :

Nous avons noté 3 cas de malformations utérines (5.35%) qui peuvent expliquer la présentation transverse, il s'agissait d'un cas d'utérus bicorne et de deux cas de cloisons corporelles qui ont tous été découvert en per opératoire. Les taux dans la littérature varient entre 2.94% et 8%. (Tableau N°22)

Auteurs	Pourcentage de malformation utérine
GEMER [29]	8%
PUSHPA [56]	6%
MAAREF [57]	4.16%
HACQUIN [25]	7.9%
MIKOU [30]	4.07%
LAASRY [31]	3.07%
AZZOUZI [32]	2.94%
Notre série	5.35%

Tableau N°22 : Fréquence des malformations utérines dans présentation transverse

On a noté également 4 cas d'utérus cicatriciel dans les antécédents des grossesses mono fœtales transverses, soit une fréquence de 7.14%

### 3/Placenta praevia et tumeur praevia:

Nous avons noté 2 placentas praevia, soit 2.85%, ce taux est proche de celui décrit par AZZOUZI [32] et par LASRY [31], les taux dans la littérature oscillent entre 2.1% et 14%.(Tableau N°23)

Auteurs	Placenta praevia	Tumeur praevia
GEMER [29]	11%	3%
JABBAR [26]	14%	2%
PUSHPA [56]	10.6%	-
MAAREF [57]	9.16%	-
DWIGHT [24]	10%	-

HACQUIN [25]	11.5%	0.9%
MIKOU [30]	5.78%	-
LASRY [31]	5.78%	0.5%
AZZOUZI [32]	2.1%	2.5%
Notre série	2.85%	Aucun cas notifié sur les dossiers

Tableau N°23 : Fréquence du placenta praevia et tumeur praevia dans  
présentation transverse

**4/Anomalies du cordon:**

2 anomalies du cordon sont retrouvées dans notre série, soit une fréquence de 3.57%: un cas de brièveté du cordon (40cm) et un cas de cordon en double circulaire et en bretelle.

**5/Grossesse et fibrome:**

La présence d'un obstacle devant la présentation interdit au fœtus d'adopter une position longitudinale, en effet ce facteur souvent découvert en per opératoire a été retrouvé dans notre étude dans 5 cas soit une fréquence de 8.92%.

Deux fibromes interstitiels (5-16cm)

Deux fibromes intra cavitaires (4-20cm)

Un cas de deux petits fibromes sous séreux

**6/Bassin rétréci :**

1 cas de bassin cliniquement suspect a été rencontré dans notre étude, soit 1.78%, une fréquence proche de celle retrouvée par MIKOU [30] (1.07%) et par AZZOUZI [32] (1.68%).

Auteurs	Bassin rétréci
JABBAR [26]	10%
PUSHPA [56]	24%
DWIGHT [24]	3.3%
MIKOU [30]	1.07%
LASRY [31]	3.07%
AZZOUZI [32]	1.68%
Notre série	1.78%

Tableau N°24 : Fréquence du bassin rétréci dans présentation transverse

### **7/Malformation foetale :**

Un seul cas de malformation a été retrouvé avec une imperforation anale et une hanche gauche instable (1.78%), cependant cette malformation ne peut expliquer la genèse de cette présentation.

Les auteurs rapportent des malformations de type : hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs de cou, tumeurs de l'épaule....d'autres études ne discutent pas de facteur étiologique.

### **8/Grossesse multiple:**

Nous avons colligé 9 grossesses gémellaires, avec un jumeau en présentation du transverse, soit une fréquence de 16.07%.

Pour ces 9grossesses gémellaires :

–dans 7 cas c'était le 2<sup>ème</sup> jumeau en présentation transverse, soit77.7%. Le premier jumeau était en présentation sommet dans 6 cas et en présentation du siège dans un seul cas

-dans un seul cas c'était le 1er jumeau en présentation transverse, soit 11.1%.

- et un seul cas de 2 jumeaux en transverse, 11.1%.

HACQUIN [25] rapporte dans sa série 12.2% de grossesses multiples, MIKOU [30] 14.35%, AZZOUZI [32] 8.1%, LASRY [31] 25%, et toutes ces études montrent la prédominance de cette présentation sur le 2<sup>ème</sup> jumeau.

### 9/Hydramnios:

C'est une cause indiscutable de la présentation du transverse en raison de la surdistension utérine et de la gêne qui entrave le mécanisme d'accommodation fœtale, ce facteur est retrouvé dans notre étude dans 3 cas, soit 4.28%, en sachant que 22 parturientes ont été admises avec des membranes rompues.

Auteurs	Hydramnios
MAAREF [57]	3.3%
JABBAR [26]	10%
HACQUIN [25]	5.5%
GEMER [29]	8%
MIKOU [30]	2.35%
LASRY [31]	0.5%
AZZOUZI [32]	0.84%
Notre série	4.28%

Tableau N°25 : Fréquence de l'hydramnios dans présentation transverse

## 10/Macrosomie:

96.4% des nouveaux nés ont un poids entre 2000 et 4000gr, on ne dénombre que 2 macrosomes (si l'on considère qu'un macrosome est tout nouveau né ayant un poids > 4 kg), soit une fréquence de 3.57%.

Auteurs	Macrosomie
MAAREF [57]	4.1%
HACQUIN [25]	17%(>3.5kg)
DWIGHT [24]	6.7%
LASRY [31]	1.53%
AZZOUZI [32]	10%
Notre série	3.57%

Tableau N°26 : Fréquence de la macrosomie dans présentation transverse

En somme, des causes primitives (malformation utérine, tumeur praevia, placenta praevia, bassin rétréci, malformation fœtale) ou secondaires (multiparité, hydramnios, grossesses multiples, macrosomie, anomalie du cordon) peuvent contribuer à la genèse de cette présentation.

## C/Diagnostic des présentations dystociques :

### ♣Présentations défléchies :

Pour Chenoufi [2], le diagnostic était évoqué au cours de la consultation prénatale du troisième trimestre dans 1.9% des cas, au cours du travail, durant la phase de latence de 0 à 4 cm de dilatation dans 55.7% des cas, au cours de la

phase active dans près de 23.7% des cas et à dilatation complète dans 19.3% des cas

Ces chiffres montrent essentiellement qu'un diagnostic précoce est assez rare.

### 1 / Diagnostic de la présentation du bregma et du front :

Dilatation en cm	Bregma	Front
Moins de 3 cm	1 (9.09%)	5 (16.6%)
Entre 3-5cm	6 (54.5%)	18 (60%)
Plus de 5 cm	1 (9.09%)	4 (13.3%)
Dilatation complète	3 (27.2%)	3 (10%)

Tableau N°27 : Diagnostic de la présentation du bregma et du front en fonction de la dilatation

Le diagnostic est posé entre 3 et 5 cm, dans 54.5% des cas pour la présentation du bregma et dans 60% des cas pour la présentation du front.

Les cas où le diagnostic a été posé à dilatation complète sont essentiellement expliqués par l'absence de surveillance des grossesses et le retard de consultation des parturientes.

	Front	Bregma
Début du travail	9	0
Pendant la dilatation	18	10
A dilatation complète	7	9
Nombre total	34	19

Tableau N°28 : Stade où a été porté le diagnostic selon Audra et Jacquot[13]

Pour Audra et Jacquot [13] , seul un cas de présentation de front avait été diagnostiqué pendant la grossesse et un quart des fronts est a été diagnostiqué en début du travail, le diagnostic est souvent tardif et il n'est pas exceptionnel qu'il soit posé à dilatation complète.

## **2/Diagnostic de la présentation de face:**

Dans notre série le diagnostic est posé le plus souvent à une dilatation avancée : 66.6% entre 3 et 5cm (6cas), 11.1% plus de 5cm (1cas), 22.2% à dilatation complète (2cas).

Thoulon [16] pose le diagnostic dans 18.4% des cas entre 0 et 5cm, et 62.5% des cas entre 6cm et dilatation complète.

Pour Jemmali [22], le diagnostic n'est souvent posé qu'au cours de la deuxième phase du travail dans 66.6% des cas, c'est le cas pour Magid [6] 60.8% des cas et Posner [36] 66.6% des cas.

Audra et Jacquot [13] ont posé le diagnostic pour la moitié des présentations de face en début de travail : 13/27cas, 9 cas pendant la dilatation et 5 cas à dilatation complète.

## **♣Variété postérieure du sommet**

L'impossibilité de reconnaître cliniquement la variété de position est diversement estimée dans la littérature avec des taux variant entre 0 et 12%. [58]

Selon Boog [23], le taux de concordance clinicoéchographique varie considérablement dans la littérature entre 20.5 et 74%. Pour Dupuis et Al [59], ce taux atteint 80%, avec une marge d'erreur maximale de 45°. (Le diagnostic était influencé par l'existence ou non d'une bosse sérosanguine).

Pour Hidar et al [58], le toucher vaginal garde toute sa valeur, et pour prouver cela, ils ont réalisé une étude longitudinale prospective sur 350 parturientes pour déterminer la fiabilité de l'examen clinique par rapport à l'échographie dans le diagnostic de la variété de position et pour déterminer le taux de rotation antérieure des variétés initialement postérieures.

La détermination clinique de la variété de position n'a pas pu être établie dans 3.4% des cas, elle était postérieure dans 38%, et non postérieures dans 58.6%, quant à la détermination échographique, elle a été réalisée dans tous les cas, elle était postérieure dans 40.3% et non postérieures dans 59.7% [58]

La variété de position	Détermination clinique	Détermination échographique
OIDP	35.7%	37.4%
OIGP	2.3%	2.9%
OIGA	53.4%	54.9%
OIDA	3.7%	4.1%
OIGT	0.6%	0.5%
OIDT	0.9%	0.9%

Tableau N° 29: Résultat de la détermination clinique et échographique dans l'étude Hidar et al

Ainsi, ils ont retenu que le diagnostic clinique concordait avec l'échographie dans 85.7%.

La concordance clinicoéchographique pour cette même équipe était de 85.2% si l'examen était pratiqué à une dilatation comprise entre 3 et 5cm, elle passe à 86.8% pour une dilatation comprise entre 5 et 7cm.

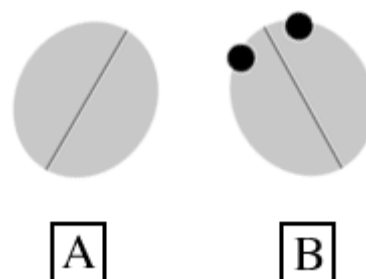
Dans notre série aussi, le diagnostic positif était surtout clinique, (on a eu recours à l'échographie dans 4 cas), il était posé dans 56.6% des cas entre 3 et 5 cm, dans 13.3% des cas plus de 5cm, et dans 26% des cas à dilatation complète.

D'autres auteurs pensent que l'échographie garde toujours sa place dans certaines situations:

Pour Akmal et Al [60] et Riethmuller [61], le diagnostic clinique peut être influencé par l'expérience de l'examineur : il peut être erroné dans près de la moitié des cas de variétés postérieures contre 83% de diagnostic exact pour les variétés antérieures [60].

C'est pour cela que Riethmuller [61] conseille de pratiquer une échographie en salle de travail avant toute extraction instrumentale d'une présentation du sommet dont le diagnostic de variété pose un quelconque problème, ou lorsque le diagnostic est rendu difficile par une bosse sérosanguine, ainsi, la visualisation aisée d'un ou des globes oculaires affirme la variété postérieure, et en cas de non visualisation la variété est antérieure.

La présence d'une bosse sérosanguine à l'admission constituait chez nous 0.16% des cas.



Pour Boog [23] aussi, l'échographie reste toujours utile lorsque la présentation est haute et mobile, et quand les repères osseux sont masqués par une

bosse sérosanguine, et lorsqu'il convient de faire une extraction instrumentale au détroit moyen.

### **♣Présentation transverse**

Il est toujours intéressant de poser le diagnostic suffisamment tôt avant l'accouchement, puisqu'il est possible de remédier à cette situation en pratiquant une version par manœuvre externe réalisée par l'obstétricien sous contrôle échographique, ceci afin de remettre l'enfant dans une position longitudinale (céphalique ou siège) permettant d'envisager un accouchement par les voies naturelles.

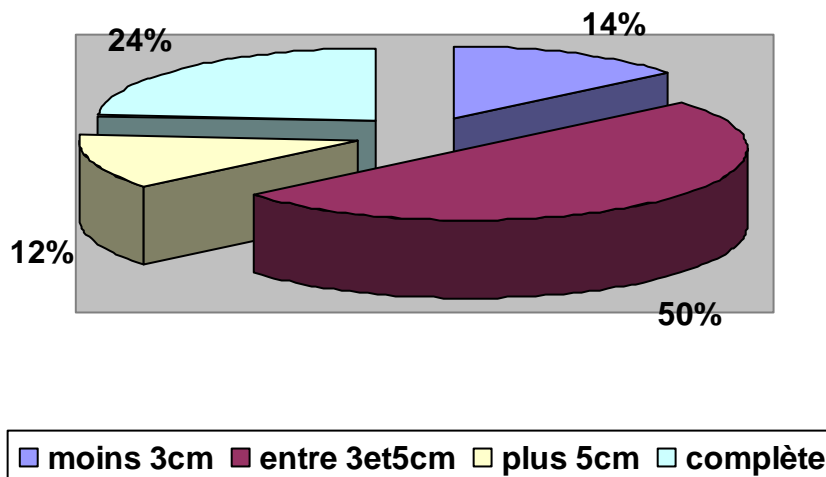
La palpation bi manuelle ne trouve pas les pôles fœtaux au dessus du pubis et au fond utérin mais ils sont perçus latéralement.

Au toucher vaginal, l'excavation pelvienne est vide et la présentation est haute.

Dans notre série le diagnostic n'a jamais été posé au cours de la grossesse ou en dehors du travail, ceci peut refléter la qualité de surveillance des grossesses dans notre pays.

Une fois les membranes rompues, on arrive à reconnaître facilement par le toucher vaginal, le moignon de l'épaule, l'origine du cou, le creux axillaire et parfois le gril costal ou le dos. Les BCF sont trouvés dans la région péri ombilicale.

Dans notre série, le diagnostic a été posé à une dilatation moins de 3cm dans 12.5% de cas, entre 3 et 5 cm dans 44.6% des cas, plus de 5cm dans 10.7% des cas et à dilatation complète dans 21.4% des cas.



Graphique N°15 : Diagnostic de la présentation transverse en fonction de la dilatation

L'étude faite par MAAREF [57] en Tunisie a montré les valeurs suivantes :

45.8% à dilatation complète.

11% des parturientes ont consulté au début du travail.

L'échographie obstétricale était réalisée dans 76.7% des cas et aucune radiographie du contenu utérin n'est faite dans notre série.

#### D/Evolution et complication :

Dans la série de Dolo et al [63], les présentations dystociques (front, transverse, épaule) étaient responsables de 57.1% de ruptures utérines.

Pour Vangeenderhuysen et al [64], les présentations vicieuses (8 cas de transverse, 2 cas de front) donnaient 15.87% de rupture utérine.

AHMADI et al [72] ont rapporté 7 cas de rupture utérine causés par des présentations dystociques, soit 25%. Le même taux est publié par GESSESSEW [73]. Alors que, pour EZECHI et al [74] les présentations dystociques ont présenté

seulement 9%. Dans les pays développés, la rupture utérine est relativement exceptionnelle. Cette complication est absente dans notre série.

Il est difficile de comparer ces fréquences, du fait de la différence du niveau socioéconomique de chaque pays qui retenti directement sur l'état de santé de sa population.

#### Complications des variétés postérieures du sommet :

Dans leurs étude de 1994, Sultan Kamm et Hudson [65] ont identifié les présentations occipito postérieures comme responsables de la plupart des lésions du troisième degré et donc de lésions sphinctériennes.

Pour Roger et al [66], il existe une corrélation directe entre les lésions sphinctériennes en échographie endo-anale et la mécanique obstétricale. Cette corrélation est liée à la variété de la présentation à l'expulsion et à d'autres facteurs. Ils [66] ont retenu que les présentations postérieures sont un facteur de risque majeur de déchirure du troisième voire du quatrième degré.

Parmi les facteurs de risques reconnus de l'incontinence urinaire chez la femme, Meyer [62] cite : la durée du travail, la déflexion de la tête, les présentations en variétés postérieures, les efforts expulsifs et l'extraction instrumentale.

Ces complications sont de révélation tardive par rapport à l'accouchement, ce qui explique leur absence dans notre série.

#### Complications de la présentation transverse :

##### ▲ Epaule méconnue :

C'est le premier stade après la rupture de la poche des eaux, c'est une situation délicate nécessitant une thérapeutique urgente, une hypertonie utérine peut s'installer mais l'enfant est toujours vivant, sinon l'évolution spontanée peut mener à une situation hautement dystocique : l'épaule négligée.

17 parturientes ont été admises au stade d'épaule méconnue, soit 30.3%, un taux plus important que celui décrit par AZZOUZI [32] 12.9%, et par LASRY [31] 7.69%, ceci est dû au fait que 64.7% d'entre elles sont des parturientes référées d'autres maternités.

#### ▲ Epaule négligée :

Dans le cas d'une épaule négligée : la femme a un travail long avec des contractions irrégulières, douloureuses et des signes d'infection ovulaire (fièvre, tachycardie). L'utérus se durcit et se rétracte de façon permanente. Le risque de rupture avec ascension de l'anneau de rétraction (BANDL-FROMMEL) est alors très important aboutissant à un utérus en sablier et donc à la mort foetale imminente.

Dans ce cas la césarienne s'impose de toute urgence sinon des complications peuvent survenir : rupture utérine, mort foetale, fistules génito urinaires, procidence du cordon.

L'incidence dans notre série est de 3 cas, soit 5.35%, ce taux reste bas par rapport aux autres auteurs.

Auteurs	Année	Pourcentage
PUSHPA [56]	1973	54.2%
HACQUIN [25]	1979	9.5%
MAAREF [57]	1981–1988	11.7%
MIKOU [30]	1970–1980	56.4%
LASRY [31]	1979–1989	12.8%
AZZOUZI [32]	1990–1996	15.4%
<b>Notre série</b>	<b>2006–2007</b>	<b>5.35%</b>

Tableau N°30 : Incidence de l'épaule négligée :

▲ Rupture utérine :

Selon des publications récentes, les présentations dystociques peuvent susciter jusqu'à 10 à 20% des cas de rupture utérine [67].

L'étude menée dans notre formation sur les ruptures utérines du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 31 décembre 2005, a recensé 22 cas causés par des présentations dystociques, soit 29,33% des cas, dont 7 cas sont des présentations transverses [68].

Auteurs	Nombre de rupture utérine	Pourcentage (%)
DIAB [69]	11	18,33
DAFFALLA [70]	11	13
QI LI YA [71]	77	61
CHU Fès 2001–2005 [68]	7	9.33
<b>Notre série</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tableau N°31 : Fréquence des ruptures utérines survenues sur présentation transverse.

▲ Procidence du cordon :

La précocité de la rupture des membranes associée à la position fœtale qui laisse libre l'aire du détroit supérieure, sont des facteurs qui favorisent la procidence du cordon.

Auteurs	Procidence du cordon
DWIGHT [24]	10%
HACQUIN [25]	9.9%
PUSHPA [56]	13.6%
LASRY [31]	11.7%
AZZOUZI [32]	6.3%
Notre série	1.78%

Tableau N°32: procidence du cordon dans la présentation transverse

Nous avons colligés dans notre série un cas de procidence du cordon, soit une fréquence de 1.78%, la femme a été admise en travail avec un col dilaté à 3cm, BCF positifs et procidence du cordon battant 3<sup>ème</sup> degré d'où la décision d'une césarienne en urgence. C'était une grossesse gémellaire avec premier jumeau en présentation transverse.

Notre taux reste bas par rapport à la littérature.

▲ la mort foetale : voir chapitre pronostic néonatal

## E/Accouchement des présentations dystociques :

Pour Andriamady et al [75], les présentations dystociques représentaient 26.4% des accouchements dystociques, ils ont césarisé 47.1% des dystocies, et ils ont eu recours à la VMI suivi de la GES dans 12.3% des cas principalement pour les présentations de l'épaule (57) et sur le 2<sup>ème</sup> jumeau (34).

## ♣Présentations défléchies

### 1/bregma:

Merger [41] cite un taux de 25% d'expulsion spontanée qu'il juge possible mais laborieuse. Pour lui, la réalisation d'une épisiotomie reste impérative pour éviter de lésions périnéales graves.

Audra et Jacquot [13] citent 16% d'accouchement spontané, le taux pour Gernez [25] est de 74.5%, mais ce dernier n'exclue pas les prématurés de sa série ce qui n'est pas le cas pour nous.

Accouchement spontané	3(16%)
Forceps	8(42%)
Césarienne	8(42%)
Nombre total	19

Tableau N°33 : mode d'accouchement de la présentation du bregma selon

Audra et Jacquot [13]

Dans notre série, toutes nos parturientes ont accouché par césarienne, cette conduite rejoint la série de Rabat [1].

## 2/front :

Dans ce type de présentation, la tête fœtale occupe la position la plus défavorable pour la traversée du bassin, elle présente un diamètre trop grand à l'engagement et ne peut donc entreprendre cette traversée, sinon l'évolution se fait vers l'enclavement. Le seul espoir d'accouchement spontané est la transformation en présentation de face.

Pour cela de nombreux obstétriciens préfèrent donc renoncer à essayer de corriger manuellement la présentation du front et pratiquent sans attendre une césarienne.

Accouchement spontané	0
Forceps	5(14%)
Césarienne	29(86%)
Nombre total	34

Tableau N°34 : mode d'accouchement de la présentation du front selon  
Audra et Jacquot [13]

Audra et Jacquot [13] n'ont cité aucun accouchement spontané mais ils ont rapporté 5 cas d'accouchement par voie basse avec application du forceps : il s'agissait d'un cas d'un enfant mort in utéro et de quatre cas d'enfants vivants pesant de 3160 à 3640 g né en parfait état et sans traumatisme. Les quatre fois le diagnostic n'avait été porté qu'à dilatation complète et la présentation était une nasoantérieure. Trois fois, il a été demandé une radiopelvimétrie dans les suites, dans les trois cas le diamètre antéropostérieure était supérieur ou égale à 12,5cm.

Dans notre série, on a eu 100% d'accouchement par césarienne.

### 3/face:

Le risque le plus grave qui puisse se produire au cours d'un accouchement par la face est l'absence de rotation interne de la tête, ou encore son inversion, qui fait que le menton se porte en arrière au niveau du sacrum et que la nuque se place au niveau de la symphyse pubienne (ce qui définit les variétés postérieures de la face). Les obstacles mécaniques provoqués rendent impossible le déroulement spontané de l'accouchement et exigent qu'une césarienne soit entreprise rapidement.

Le tableau N°16 résume la fréquence des différentes variétés dans la littérature.

Auteurs	Nombre cas	variété antérieure	Variété transverse	Variété postérieure
Barry [17]	100	37%	13%	43%
Thoulon [16]	88	57.6%	12.3%	30.1%
Chaoui [76]	424	65%	9%	26%
Errahmani [21]	96	67.77%	6.24%	26.04%
Nabbach [38]	199	54.77%	2.01%	37.18%
Ducarme [20]	32	73%	0.03%	19.2%
<b>NOTRE SERIE</b>	<b>26</b>	<b>65.38%</b>	<b>4.34%</b>	<b>30.76%</b>

Tableau N°35 : fréquence des différentes variétés de position dans la littérature

L'attitude des écoles face à une variété mento postérieure ou transverse varie : expectative, césarienne systématique ou conversion. [20] et [77]

Salzman [15] réalise une césarienne systématique pour toute primipare avec présentation de face en mento postérieur.

Audra et Jacquot [13] indiquent une césarienne systématique en cas de présentation de face en variété postérieure quelque soit la parité, et sans expectative. Cette attitude paraît un peu trop interventionniste si elle est comparée à la série de Chaoui [78], en effet pour cet auteur, la césarienne est décidée dans les variétés transverses et postérieures devant l'absence de rotation ou de difficulté de descente tout en respectant un délai de 2 à 3 heures pendant lequel la surveillance fœtale et maternelle est attentive.

La fréquence de la césarienne pour Chaoui [78] varie entre 3 et 30%.

Accouchement spontané	7
Forceps	1(4%)
Césarienne	19(70%)
Nombre total	27

Tableau N°36 : mode d'accouchement de la présentation du face selon Audra et Jacquot [13]

Neuman [77] a transformé, sous tocolytique, des variétés mento postérieures en présentation du sommet, et ce, en réalisant une conversion bi manuelle (intra vaginale et abdominale) sous contrôle échographique. Cette manœuvre a réussi dans 90.9% des cas, mais de nombreux auteurs [19, 79, 80,81] pensent qu'une telle attitude ne ferait qu'augmenter la morbidité voire la mortalité fœtale.

L'attitude dans notre formation est de réaliser une césarienne systématique devant toute présentation de face en variété transverse ou postérieure : ces présentations présenteront un travail laborieux malgré une direction active du travail, la décision de césarienne doit donc être prise rapidement même sans expectative.

Les autres études menées sur la présentation de la face ont porté sur toutes les variétés de la face, c'est pour cela que les taux de césarienne restent différents d'une série à l'autre : il est à 11.7% pour Reinke [80], à 19.3% pour Dede [8], à 36.8% pour Duff [19], à 20% pour Jemmali [22], à 36.18% pour Nabbach [38], à 40.7% pour Ducarme [20].

Dans notre série, il n'y a eu aucune extraction instrumentale : en effet le forceps est dans la plupart du temps inutile dans les mento-antérieures, il est difficile dans les mento-postérieures car la présentation est à la partie supérieure de l'excavation, la prise n'est jamais parfaite et une rotation de 135° est nécessaire. Ainsi il est actuellement proscrit par tous les auteurs.

### **♣Les variétés postérieures du sommet**

Pour ces variétés on a eu 80% d'accouchement par voie basse, 0.16% de ventouse, 30% d'épisiotomie.

Hidar et el [58] rapportent 88.7% d'accouchement par voie basse pour le groupe des variétés de position postérieure, avec un taux de rotation antérieure de 84.8%( accouchement en OP), et un taux de rotation en postérieure de 0.6% (accouchement en OS)

Selon Akmal et al [60] le risque de césarienne est multiplié par 2.

Pour MAZOUNI [82], le risque d'extraction instrumentale par forceps chez les nullipares est multiplié par 5,8. [82]

Fitzpatric [54] et Ponkey [55] ont trouvé que les accouchements spontanés sont rares chez la nullipare, de l'ordre de 26 à 29%, et sont également moins fréquents chez les multipares 55 à 57%.

Pour Riethmuller [61], La méconnaissance de la variété et son diagnostic erroné peuvent rendre dangereux le forceps si la prise est fronto-mastoïdienne, et rendre dystocique la ventouse obstétricale en défléchissant encore une présentation postérieure non reconnue.

### **♣Présentation transverse**

L'accouchement ne peut en aucun cas se produire spontanément car le diamètre fœtal qui doit emprunter les voies génital a une longueur totale de plus du double de celle du bassin. Le passage est donc totalement impossible.

La conduite à tenir dépend de certains éléments essentiels :

- parité
- intégrité de la poche des eaux
- relâchement de l'utérus et mobilité du fœtus
- absence de souffrance fœtale
- moment du diagnostic

Nous allons discuter la césarienne et la version par manœuvre interne, les deux méthodes retrouvées dans notre série, en sachant qu'une autre modalité d'accouchement est possible : la version par manœuvre externe (cette méthode est surtout envisagée si le diagnostic est posé avant le travail avec mise en place de ceinture abdominale de maintien).

### ♣Césarienne :

Elle a été pratiquée dans notre étude sur 94.64% des transverses admis dans notre maternité. Ce taux reste élevé vu le retard d'admission et donc du moment du diagnostic, en effet, les parturientes référées des maternités voisines représentent 48.2% des cas rapportés dans notre série et elle sont admises à des stades avancés du travail.

Ce taux avoisine ceux décrit par la majorité des auteurs : LASRY [31] 95.8%, AZZOUZI [32] 83.6% et DWIGHT [24] 78%.

L'hystérotomie est segmentaire transversale dans pratiquement la quasi-totalité des cas, 2cas ont été élargis en T, et un cas d'hystérotomie corporelle a été réalisé pour épaule méconnue.

### ♣Version par manœuvre interne :

On appelle version par manœuvres internes (VMI) une opération exécutée in utero, qui consiste à transformer une mauvaise présentation du fœtus en une autre présentation. En pratique on transforme toujours la présentation primitive en une présentation du siège en saisissant l'un ou les deux pieds du fœtus afin de réaliser la grande extraction de siège.

Son indication majeure est l'extraction du 2<sup>ème</sup> jumeau en présentation transverse [75]. ANDRIAMADY

Cette intervention ne peut être réalisée que dans les conditions suivantes :

- En fin de travail
- A dilatation complète.
- Sur un utérus souple non cicatriciel, non malformé.

- en dehors d'une primipare (grande tonicité utérine) et d'une grande multipare (utérus fragile).
- filière pelvienne normale (bassin a fait sa preuve ou scanno pelvimétrie normale).
- doit être réalisée au bloc opératoire.
- Les membranes sont intactes ou venant de se rompre.

Les 3 versions par manœuvres internes réalisées dans notre série ont respecté ces conditions (sauf le cas d'une grande multipare) et se sont déroulées sans complications.

L'incidence de cette manœuvre dans notre série est de 5.35%, elle est proche de celle décrite par Magnin [91 en 1994 :9%, AZZOUZI [32] rapporte une incidence de 13%.

Les complications les plus redoutées de cette manœuvre sont : la rupture utérine, hémorragie de délivrance et déchirure du col.

ANDRIAMADY et al [75] ont déploré 8% de rupture utérine après VMI, 5% de déchirure du col, 73% d'hémorragie de la délivrance et 11% de décès maternel après VMI. Par contre, SBAI [83] n'a rapporté qu'un seul cas de rupture, soit 0,96%.

Dufour en 1996, en France, sur une série de 35 VMI, a rapporté un taux d'échec de 5.7%. Le taux pour ANDRIAMADY et al [75] est de 3.9%.

Le seul cas d'échec rapporté dans notre série était du à la présence d'une cloison utérine, et comme eux, on a eu recours à la césarienne.

La version par manœuvre interne est facilitée si elle est réalisée à membranes intactes, une publication récente [84] confirme cette information : en effet la verticalisation sera aisée du fait de l'atmosphère liquidienne et de la conservation des plans de glissement, dans les cas de verticalisation difficile on pourra s'aider

d'une action externe par la deuxième main de l'opérateur qui va guider la tête fœtale vers le fond utérin.

Cette même publication, recommande pour toute extraction manœuvrière d'un deuxième jumeau en présentation transverse, de conserver les membranes au maximum et de réaliser la préhension des deux pieds chaque fois que possible afin d'éviter de tirer isolément sur le pied postérieur.

#### ■ Cas du deuxième jumeau en présentation transverse :

La naissance par voie basse d'un deuxième jumeau en présentation transversale nécessite toujours la réalisation d'un geste obstétrical. Il est possible de tenter une version par manœuvre externe mais les équipes qui ont choisis ce mode opératoire se sont trop souvent confrontés à la difficile et morbide césarienne sur un deuxième jumeau. C'est pour cette raison que la césarienne a été choisi pour les 9 cas de grossesse gémellaire de notre série.

Wolff [85] rapporte les résultats d'une statistique Suédoise sur l'accouchement par césarienne du 2<sup>ème</sup> jumeau, il retrouve un taux global de 11% de césarienne sur J2 après accouchement vaginal de J1, et parmi les facteurs de risque de césarienne cet auteur cite en premier lieu la Présentation de J2 en présentation podalique ou transverse.

Pour Parant[86], dans son article sur les accouchements gémellaires, la césarienne sur J2 doit rester une solution de dernier recours réservée à la rétraction cervicale avec souffrance fœtale, la procidence du cordon, ou l'échec des manœuvres d'extraction.

## F/Pronostic maternel :

### ♣Présentations défléchies

La mortalité maternelle est nulle pour nous et pour tous les auteurs.

Pour les séries les plus récentes décrivant l'accouchement dans les présentations défléchies, la morbidité maternelle étudiée ne montrait le plus souvent pas de complications majeures liées spécifiquement à ces présentations.

Dans la présente étude, 2 cas de fusion segmentaire et 1 cas d'HRP marginal (3.33%) ont compliqué les accouchement en présentation de front.

Dans l'étude menée dans notre CHU entre 2001 et 2005 [68], nous avons noté 3 cas de rupture utérine suite à une présentation du front, un cas suite à une présentation du bregma et un cas de présentation de face.

En matière de présentation de face, le pronostic maternel s'est beaucoup amélioré depuis les années 1960 et la mortalité est nulle dans toutes les séries. Ceci grâce à une meilleure connaissance des mécanismes obstétricaux à une surveillance accrue de l'accouchement, à l'abandon de certaines manœuvres, (rotation manuelle d'une variété postérieure au détroit supérieur) et au recours facile à la césarienne. Dans notre série une méningite post opératoire a compliqué l'évolution d'une césarienne réalisée pour présentation face transverse.

### ♣Variétés postérieures du sommet

Les variétés postérieures sont souvent associées à une grossesse prolongée et à un poids fœtal augmenté, à des déclenchements de travail difficiles et à des dystocies dynamiques nécessitant de fortes doses d'ocytocines. [55]

Les déchirures périnéales du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degrés (atteinte du sphincter et ou de la muqueuse) sont redoutés à cause du diamètre du dégagement : l'occipito

frontal mesurant de 11 à 12cm, elles sont multipliées par un facteur de 3 à 4 lors des extractions instrumentales. [89] [90].

2 complications sont retrouvées dans notre série : un cas de fusion utérine et un cas d'hystérectomie.

### **♣Présentation transverse**

#### **\*Mortalité :**

Nous n'avons enregistré aucun décès maternel dans notre série, c'est le cas aussi pour la série de LASRY [31], MAAREF [57] ET HACQUIN [25], ce qui montre que le pronostic maternel s'est nettement amélioré depuis quelque années.

#### **\*Morbidité :**

Parmi les 56 cas étudiés dans cette présente étude, on a eu 2 complications :

- une infection de la paroi suite à un diabète mal équilibré.
- un cas d'HTA post opératoire.

#### **G/Pronostic foetal :**

### **♣Présentations défléchies**

Dans leurs études sur la présentation du bregma, Gernez [39] cite un taux de mortalité périnatale de 1.25%, Audra et Jacquot [13] citent un taux de 5%

Pour Chennoufi [2], et à partir de 4 articles sur la présentation du bregma, il a retrouvé une mortalité moyenne corrigée de 1.8%. (9 décès sur 510).

La mortalité périnatale est nulle chez nous pour le bregma, elle est à 3.33% pour le front (1 cas).

⇒ Mortalité périnatale de la présentation de face :

Auteurs	Années	Mortalité périnatale
DEDE ET FRIEDMAN [33]	1963	5%
THOULON [16]	1970	2.2%
BARRY [17]	1974	6%
BEGEL [43]	1979	8.57%
CHAQUI [78]	1981	3.3%
ERRAHMANI [21]	1990	4.16%
NABBACH [38]	1994	3.15%
DUCARME [20]	2001	0%
Notre série	2007	0%

Tableau N°37 : mortalité périnatale en présentation de face

Pour l'étude de Chaoui [78], la morbidité néonatale est surtout élevée en cas de variété transverse ou postérieure, il conclut qu'un enfant sur dix nés par la face présentera un problème vital grave.

Dans l'article de Chennoufi [2], la mortalité périnatale retrouvée à partir de 19 articles qu'il a étudié était de 5.43% (77 décès pour 1418 cas). Il s'agissait de la mortalité périnatale corrigée après avoir exclu les fœtus présentant des malformations ou une prématurité incompatible avec la vie.

Dans la littérature, le pronostic néonatal s'est amélioré grâce à un diagnostic échographique anténatal plus performant des anomalies céphaliques conduisant à des interruptions médicales de grossesse.

### **⇒Morbidity périnatale de la présentation de face:**

Ecchymose, œdème de la face, œdème palpébral et aspect en boxeur, sont des anomalies souvent décrites dans l'accouchement de la face, elles sont décrites dans notre étude dans 3 cas, soit 33.3% des cas de face :

1<sup>er</sup> cas la parturiente a été référée à 8 cm de dilatation à son admission la présentation était fixée en mento postérieure et elle a été jusque là confondue avec une présentation de siège.

2<sup>ème</sup> cas : hypertrophie de la lèvre supérieure et œdème palpébral en rapport avec les touchers vaginaux.

3<sup>ème</sup> cas : aspect en boxeur, poids de naissance 4500gr.

Chennoufi [2] rapporte l'œdème de la face dans 38% des cas.

### **♣Variétés postérieures du sommet**

Pour ces variétés, les risques traumatiques et asphyxiques prédominent :

La série de Cheng et al [87], montre que le pronostic des positions postérieures est péjoratif quant à l'état néonatal : les scores d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> min sont le plus souvent inférieurs à 7, les acidoses sont plus fréquentes, les traumatismes obstétricaux sont plus nombreux, et les transferts en néonatalogie sont augmentés.

Badawi et al [88] rapportent des cas d'encéphalopathie anoxique et ischémiques du nouveau né.

Parmi les 30 naissances en variété postérieure dans notre série, 7 nouveaux nés avaient un score d'APGAR < 7 à la 1<sup>ère</sup> min, soit dans 23.3% des cas. Ce chiffre

n'est pas significatif puisque les scores s'amélioreraient uniquement par les mesures de réanimation.

La mortalité fœtale est nulle, cependant 2 cas de malformation étaient enregistrés :

- Un cas de spina bifida au niveau lombosacré, fontanelle antérieure large, hyper laxité des MI, pieds équins, présence d'un phimosis
- Un cas de spina bifida au niveau lombosacré, fontanelle antérieure large, hyper laxité des MI, pieds équins, présence d'un phimosis

### **♣Présentation transverse**

#### **\*Mortalité :**

Pour cette présentation, la mortalité est de 10.7%, elle est surtout enregistrée pour les épaules négligées. Cette mortalité importante relève de divers facteurs complexes mais dépend surtout du retard diagnostic et par conséquent thérapeutique.

Auteurs	Mortalité
AZZOUZI [32]	18.5%
MIKOU [30]	35%
MAAREF [75]	20.8%
PUSHPA [56]	6%
Notre série	10.7%

Tableau N°38: mortalité fœtale dans la présentation transverse

Auteurs	Mortalité néonatale après VMI	Mortalité néonatale après césarienne
MIKOU [30]	16.4%	17.2%
LASRY [31]	33.3%	4.8%
AZZOUZI [32]	0	18.5%
Notre série	0	10.7%

Tableau N°39: mortalité néonatale en fonction du mode d'accouchement

**\*Morbidité :**

9 naissances seulement avaient besoin d'être réanimé car le score d'Apgar était inférieur à 7, soit 16.07% contre 12.5% dans la série de Azzouzi [32].

Une imperforation anale avec une hanche gauche instable et une fracture de l'extrémité interne de la clavicule gauche ont été enregistrées,

D'autres complications peuvent survenir : fracture de l'humérus, élongation du plexus brachial...

## *Conclusion*

A travers ce travail, et à la lumière de la littérature, nous avons voulu faire le point sur les présentations dystociques qui représentent toujours une cause non négligeable de mort fœtale et parfois même maternelle dans les pays sous médicalisés.

Nous avons déduit que ces présentations sont rares (1 cas pour 86 accouchements), et que les étiologies diffèrent pour chaque présentation :

- la multiparité (82.14%), les grossesses multiples (16.07%), l'association au fibrome (8.92%) et les malformations utérines (5.35%) sont les facteurs les plus fréquents et les plus cités dans la littérature pour la présentation transverse.
- bassins suspects (7.3%), malformations fœtales (6.6%), 6% hydramnios (6%), GG et anomalies du cordons (4.8%) sont les facteurs retrouvés pour les présentations du front et du bregma.
- multiparité (22.2%), macrosomie, gémellité et poids moins de 2500gr (11.1%) sont les facteurs retrouvés pour la présentation de face.

Par conséquent, la mise en évidence d'une présentation dystocique au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de la gestation implique la multiplication des consultations et la réalisation d'une enquête étiologique de cette présentation avant de conclure à une origine idiopathique.

Les complications propres aux présentations défléchies et aux variétés postérieures ici étudiées ont considérablement régressé grâce à une prise en charge

surtout hospitalière, quant à la présentation transverse, elle a causée à elle seule 4.41% des décès périnataux de cette série.

Des données particulières de cette étude ont retenu notre attention :

1. l'âge jeune de nos gestantes. (69.8% entre 20 et 35 ans)
2. le nombre élevé de grossesses non ou mal suivies. (71.32%)
3. le retard avec lequel nos parturientes arrivent à la maternité, ce retard se traduit par :
  - une poche des eaux déjà rompue à l'entrée dans la moitié des cas
  - une dilatation complète à l'admission dans 20.58% des cas.
  - des BCF absents à l'admission dans 5.14%
  - 5.35% des présentations de l'épaule ont été admises au stade d'épaule négligée épaule négligée.
4. les grossesses référées augmentent l'incidence des complications maternofoetales :
  - le seul cas d'hystérectomie était référé.
  - parmi 8 décès périnataux, 5 sont issus d'une grossesse référée (62.5%)

La prophylaxie reste la solution idéale dans les présentations dystociques, elle permet de choisir le meilleur traitement susceptible d'être appliqué au moment opportun.

Cette prophylaxie impose le respect d'un certain nombre de mesure :

- sensibiliser la population aux risques liés au non suivi des grossesses

- développer les structures d'accueil qui doivent être correctement répartis dans le territoire marocain afin de faciliter l'accès de ces centres aux gestantes.

# Résumé

Dans ce travail nous avons rapporté l'étude rétrospective de 136 observations de présentations dystociques colligé à la maternité du CHU Hassan II de Fès pendant une période de 2 ans (2006–2007) sur un total de 11745 accouchement soit une fréquence de 1,15%.

Nous constatons que la multiparité, les grossesses multiples, les malformations utérines, l'hydramnios, les anomalies du cordon, l'association au fibrome sont les facteurs les plus fréquents et les plus cités dans la littérature.

Le diagnostic précis de ces présentations est basé surtout sur la clinique, il est posé :

- dans 52.29% des cas en phase active du travail entre 3 et 5 cm.
- dans 20.58% des cas, à dilatation complète. Ce sont surtout des parturientes de deuxième main.

L'extraction par césarienne est souvent la solution adéquate, elle représente 80.14% des cas dans notre série, elle a considérablement amélioré le pronostic autrefois sombre de la mère et de l'enfant.

Nous n'avons déploré aucun décès maternel.

La mortalité néonatale était de 5.22%.

De nos jours une surveillance régulière des parturientes et une rapidité du système de référence permettront de réduire les complications materno fœtales de ces présentations.

## 🌀 BIBLIOGRAPHIE 🌀

**[1] : KAIBI Hicham**

Présentation de bregma

Étude de 41 cas à la maternité centrale Souissi de Rabat

Thèse N°182/1998.

**[2] : MB.Chennoufi, C.Benchaouacha, N.Elhitmi, L.Smaali, A.MabroukE.Sfar, H.Chelli**

Les présentations défléchies primitives

A propos de 41 cas prise en charge obstétricale

Centre de maternité et de néonatalogie, Rabta, Tunis

Maghreb Médical N°335–Avril 1999 pages : 47–50.

**[3] : MOORE JT.**

Management of persistent brow presentation

Obstet. Gynecol 1955; 6:186–89

**[4] : JACOBSON LH JOHNSON CF**

Brow and face presentations

J Obstet. Gynecol 1962; 84:1881–86

**[5] : MORRIS N**

Face and brow presentations

J Obstet. Gynecol Brit Cwolt 1953; 60:44–51

**[6] : MAGID B GILLEPSIE CE**

Face and presentations

Obstet. Gynecol 1957; 9:450–57

**[7] : MELTZER RM**

Brow presentation

Am J Obstet. Gynecol 1968; 100:255–63.

**[8] : BERGER M**

Mortalitat, Morbiditat und spatschicksal von gesichts und stirnlagekinder

Bibl Gynaecol 1967;45:1–39

**[9] : CUIKSHANK DP, CUIKSHANK JE.**

Face and brow presentation, a review  
Clin Obstet Gynecol 1981; 24:331–51.

**[10] : FIELDS H NELSON PK**

Erros of presentation  
Am J Obstet Gynecol 1959; 78:539–45.

**[11] : POSNER LB RUBIN EG**

Face and brow presentation: A continuing study.  
Obstet. Gynecol 1963; 21:745–49

**[12] : INGOLFSON A.**

Brow presentation  
Acta Obstet Gynecol Scand 1969; 48:486–96

**[13] : AUDRA Ph. JACQUOT F.**

Les présentations défléchies à propos de 80 observations  
Revue française –gynéco obstet 1988,83, 5, 355–357

**[14] : MAILLET R**

Les présentations défléchies: à propos de 60 cas  
Thèse de Médecine 1997.France

**[15] : CUNNINGHAM FG**

Dystocia, abnormal presentation, position, and developement of the fœtus  
Prentice–Hall New Jersey 1997: 435–59.

**[15] bis : SALZMAN B. SOLED M. GILMOUR T .**

Cité par THOULON

**[16] : THOULON –MAGNIN – YACHOUH**

Présentation de la face  
Revue française, gynéco obstet, 1971, 68, 4, 231–244  
Cité par NABBACH

**[17] : BARRY M.**

La présentation de la face à propos de 100 cas  
Thèse de médecine Alger 1974  
Cité par NABBACH

**[18] : LANTRY W**

La présentation de la face, problèmes diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques à propos de 307 observations.  
Thèse médecine Rabat, 46, 1978

**[19] : DUFF P.**

Diagnosis and management of face presentation.  
Obstet Gynecol, 1981, 57, 105–112

**[20] : G. Ducarme, P.-F.Ceccaldi, G.Robinet and R.Gabriel**

Service de gynécologie obstétrique, institut Mère-Enfant Alix-de-champagne  
CHU de Reims, France  
Service de gynécologie obstétrique, centre des Haut-Clos, France  
Présentation de la face : étude rétrospective de 32 cas à terme  
Gynécologie et Obstétrique et Fertilité  
Volume 34, Issu 5, May 2006, Pages 393–396.

**[21] : ERRAHMANI**

Thèse médecine Rabat, 223, 1990.

**[22] : M.Jemmali, Ph.Dufour, D.Vinatier, N.Tordjeman, J.C.Monnier**

Présentation de la face  
Revue de la littérature à propos de 10 cas  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét.1997.92, 4 pages : 255–258.

**[23] : G.Boog**

Moyens de réduire la fréquence et les complications des variétés de position occipitopostérieures lors de l'accouchement.  
Gynécologie obstétrique et fertilité. 34. 2006 ; 1003–1006.

**[24] : DWIGHT.**

Obstetrics malpresentation, twenty years experience.  
Am.J.Obstet.Gynecol.August, 1973, 15

**[25]: HACQUIN.**

Présentation de l'épaule à propos de 303 cas de la clinique obstétricale de Nancy

J Gynécol. Obstet.Biol.Reprod, 1979, 8 :367

**[26] : JABBAR.**

Etiology and management of the instable lie.

Int.J.Gynecol. Obstet, 1980, 18 : 448-451.

**[27] : MORIN.P et DELECOUR.M**

Les présentations transversales dite "l'épaule"

Traité d'obstétrique VOKAER.R Tome 2 CH4, 1985 : 396-398

**[28] : PICAUD**

Les conditions de césarienne et leur évolution au centre hospitalier de Libreville

Rev.Fr.Gynecol. Obstet, 1990, 5102. A10

**[29] : GEMER et SEGAL**

Incidence and contribution of predisposing factors to transverse lie presentation

Int.J.Gynecol. Obstet, 1994, 44: 219-221.

**[30] : MIKOU**

Présentation transverse

Thèse méd., Rabat, 1982, N°297

**[31] : LASRY**

Accouchement sur présentation transversale

Thèse Méd, Casa, 1990, N°38

**[32] : AZZOUZI Souad**

Accouchement sur présentation de l'épaule

A propos de 240 cas colligés à la maternité Lalla Meryem

Thèse de médecine de Casablanca N°67/1997.

**[33] : DEDE J. A – FRIEDMAN E. A**

Face presentation

Am. J. obstet gynec, 1963, 87,715–724.

Cité par NABBACH

**[34] : GERNEZ L.**

La présentation du bregma

EMC.obst. 5024 A10 Paris1979

**[35] : CUCCO HP**

Face presentation

Am.J.Gynecol. 1965, 94: 1085–91.

Cité par CHENNOUFI

**[36] : POSNER A.C – BUCH**

Cité par CHAOUI

**[37] : PREVEDOURAKIS C.N.**

Face presentation

Am.J. obstet–Gynec, 1966, 84, 1092–1097

Cité par NABBACH

**[38] : NABBACH Mohammed**

Présentation de la face a propos de 199 cas

Thèse de médecine de Rabat N°250/1994

**[39] : GERNEZ L.**

La présentation du bregma

EMC.obst. 5024 A10 Paris1979

**[40] : TAUELLE R.**

Présentation du front 69–72

Obstétrique, Maloine Edit Paris 1976.

**[41] : MERGER R., LEVY L., MELCHIOR J.**

Présentation du front, 157–162

Précis d'obstétrique  
Masson, Edit, Paris 1979

**[42] : VERMELIN ET RIBON**

Encycl. Med. Chir. obstet 1985, 5023  
Cité par NABBACH

**[43] : BEGEL J. P.**

LA présentation de la face de 1959 à 1976  
Thèse de médecine de NANCY 1979.

**[44] : COPELAND NICK CHRISTHTOKOS**

Face and brown presentations med J 1968, 29, 507-510.  
Cité par NABBACH

**[45] : MORIN P., ENGELNANN P., VOKAER R.**

Présentation de la face, du bregma, du front  
Traité d'obstétrique 384-393.  
Tome 2 (Masson Edit) paris, 1985

**[46] : LANSAC J., BODY G.**

Présentation du front, de face, du bregma et de l'épaule  
Pratique de l'accouchement, pages 81-94  
Édition, SIMEP, 1988.

**[47]: MOSTAR S**

Deflexion attitudes, Median vertex persistent brow and face presentations  
Obstet Gynecol 1966; 28:49-56

**[48] : PICOTIN J.R.**

La présentation de la face au cours des dix dernières années dans la  
maternité de BORDEAUX.  
Thèse e médecine, Bordeaux 1964

**[49] : DUMONT M**

La présentation de la face  
Gyneco obstet, 1962, 61, 5, 691

**[50] : Ponky SE , Cohen AP, Heffner LJ, Lieberman E**

Persistent fetal occiput posterior position : obstetric outcomes  
Obstet Gynecol, 2003, 101, 915–20.

**[51] : Sizer AR, Nirmal DM.**

Occipitoposterior position : associated factors and obstetric outcome in Nullipare  
Obstet Gynecol, 2000, 96, 749–52.

**[52] : Gardberg M, Stenwall Q, Laakkonen E**

reccurent Occipitoposterior position in subsequent deliveries  
BJOG 2004, 111:170–1

**[53] : Holmgerg NG, Liljeqvist B, Magnusson S, Segerbrond E**

The influence of the bony pelvis in persistent occiput posterior position  
Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1977, 66:49–54

**[54] : Fitzpatrick M, McQuillan K, O’Herlihay C**

Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome.  
Obstet Gynecol, 2001, 98, 1027–31.

**[55] : Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, Lieberman E.**

Persistent occiput posterior position : obstetric outcomes  
Obstet Gynecol, 2003, 101, 9115–20.

**[56] : PUSHPA.K.**

Etiology and trends in the management of transverse lie  
Am.J.Obstet.Gynecol, 1973, 1.

**[57] : MAAREF**

Les présentations transversales à la maternité de l’hôpital Habib Thamer  
Tunisie Méd, 1983, 1

**[58] : S Hidar, A. Choukou, M. Jebri, A. Chaib, M. Bibi, H. Khayri**

Diagnostic clinico-échographique et devenir des variétés postérieures dans la présentation du sommet : étude prospective longitudinale de 350 parturientes.

Gynécologie obstétrique et fertilité. 34. 2006 ; 484-488.

**[59] : Dupuis O, Ruimark S, Dupont C, Thevente S, Dittmar A, Rudigoz RC.**

Fetal head position during the second stage of labor : comparison of digital vaginal and transabdominal ultrasonographic examination.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 123: 193-7

**[60] : Akmal S, Kametas N, Tsoi E, Hargreaves C, Nicolaides KH.**

Comparison of transvaginal digital examination with intrapartum sonography to determine fetal head position before instrumental delivery.

Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21: 434-40.

**[61] : D. Riethmuller, O. Teffaud, J.-P. Schaal, R. Maillet**

Conduite à tenir avant extraction instrumentale devant des difficultés de diagnostic de variété d'une présentation du sommet, Intérêt de l'échographie

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998; 27: 455-456. GY 97163

**[62] : Meyer S Birth trauma**

Short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvis floor parameters.

BJOG, 2000; nov, vol 107 1360-5

**[63] : A.Dolo, B Keita, F.S. Diabate, B. Maiga**

Les ruptures utérines au cours du travail

A propos de 21 cas, à l'hôpital national du point G, BAMAKO

Médecine d'Afrique noire : 1991,38 (2)

**[64] : C. Vangeenderhusen, A. Souidi**

Rupture utérine sur utérus gravide:

Etude d'une série continue de 63 cas à la maternité de référence de Niamey (Niger)

Médecine Tropicale • 2002 • 62 • 6

**[65] : Sultan. Kamm**

Third degree obstetric anal sphincter tears risk factors and outcome of primary repair.

BJM 1994: 308, 887–91.

**[66] : V. Roger, P. Coulom, L. Cravello, F. Bretelle, Pr. B. Blanc.**

Existe –t– il une corrélation entre les lésions sphinctériennes en échographie endo–anale et la mécanique obstétricale ?

XIV JTA Journées de techniques avancées en gynécologie obstétrique et pédiatrie, Janvier 1999.

**[67] : KONE.M, DIARRA.S.**

Ruptures utérines au cours de la grossesse.

Encycl Méd Chi, Obstétrique, 5–080–A–10, 1995, 7p.

**[68] : Yassine**

Rupture utérine

Thèse médecine Fès 2008

**[69] : DIAB.A.**

Uterine rupture in Yemen.

Saudi Med J 2005; 26 (2): 264–269.

Cité par yassine

**[70] : DAFFALLA.S.E, AHMED.S.M.**

Incidence of uterine rupture in a Teaching Hospital, Sudan.

Saudi Med J 2001; 22(9): 757–761.

Cité par yassine

**[71] : QI LI YA, CHEN YU, DOLO.A.**

La rupture utérine à l'hôpital régional de SIKASSO: A propos de 126 cas.

Médecine d'Afrique Noire 2000 ; 47(2): 111–113.

**[72] : AHMADI.S, NOUIRA.M, BIBI.M.**

Rupture utérine sur utérus sain gravide. À propos de 28 cas.

Gynécol Obstét & Fertilité 2003; 31: 713–717.

**[73] : GESSESSEW.A, MELESE.M.**

Ruptured uterus–eight year retrospective analysis of causes and management outcome in Adigrat Hospital, Ethiopia.

Ethiop J Health Dev 2002; 16(3):241–245.

**[74] : EZECHI.O.C, MABAYOJE.P, OBIESIE.L.O.**

Ruptured uterus in South Western Nigeria: a reappraisal.

Singapore Med J 2004; 45(3): 113–116.

**[75] : ANDRIAMADY.C.L.R, RANJALAHY.R.J, RAVAONARIVO.A.R.**

La version par manoeuvres internes à la Maternité de Befelatanana, (Madagascar) : A propos de 177 cas.

Arch Inst Pasteur Madagascar 1999; 65(2): 96–99.

**[76] : CHAOUI A.**

La présentation de la face

Encycl-med-chir-obstetrique, 1985, 5023 A10

**[77] : NEUMAN M., BELLER U., LAVIE O., ABOULAFIA Y., RABINOWITZ R.,**

**DIAMANT Y.,** – Intra partum bimanual tocolytic assisted reversal of face presentation : preliminary report. Obstet gynecol, 1994, 84, 146–148

Cité par Jemmali

**[78]: Chaoui A, Achour M, Benjelloun H, Bakkali A, Bekkay M, Oudghiri A.**

La présentation de la face

A propos de 424 observations

J Gynécol. Obstet 1982; 11; 731–8

**[79] : HELLMAN L. M., EPPERSON J.W.W., CONNALLY F.**

Face and brow presentation.

Am J Obstet Gynecol, 1950, 59, 831.

**[80]: REINKE.T.**

Face presentation.

Am J Obstet Gynecol. 1953, 66, 1185.

**[81] : MORGAN M., THURNAU G. R.**

Efficacy of the foetal–pelvic index in nulliparous women at high risk for foetal–pelvic disproportion.

Am J Obstet Gynecol, 1992, 166, 810–814.

**[82] : MAZOUNI C, PORCU G, BRETTELLE F, LOUNDOU A, HECKENROTH H, GAMERR M.**

Risk factors for forceps delivery in nulliparous patients

Acta Gynecol Obstet Scand 2006; 85: 298–301.

**[83] : SBAI.D.**

Rupture utérine à la maternité lala Meryem, du CHU IBN ROCHED:

A propos de 104 cas.

Thèse de médecine, Casablanca, 2000, N° 329.

**[84] : D.Riethmuller, J.–P.Shaal, R.Maillet**

Préservation des membranes avant version grande extraction d'un deuxième jumeau en présentation transversale.

La lettre du gynécologue–N°296–novembre2004

**[85] : Wolff K.**

Excessive use of cesarean section for the second twin?

Gynecol Obstet Invest 2000; 50: 28–32.

**[86] : O. Parant, C. Salque, J.M. Rème.**

Accouchement gémellaire ;: conduite à tenir pour l'accouchement du 2<sup>ème</sup> jumeau.

La revue sage femme : Vol 3 - N° 3 - Juin 2004, p. 110 – 120

**[87] : Cheng YW, Shaffer BL, Caughey AB.**

The association between persistent occiput posterior position and neonatal outcomes.

Obstet Gynecol, 2006; 107: 837–44.

**[88] : BADAWI N et al.**

Intra partum risk factors for the newborn encephalopathy: the Western Ostralian case–control study.

BMJ 1998; 317:1554–8.

**[89] : Wu JM, Williams KS, Hundley AF, Connelly A, Visco AG.**

Occiput posterior head position increases the risk of anal sphincter injury in vacuum assisted delivery.

Am J Obstet Gynecol, 2005; 193: 525–8.

**[90] : Benavdes L , Wu JM, Hundley AF, Ivester TS, Visco AG.**

The impact of occiput posterior fetal head position on the risk of the anal sphincter injury in forceps assisted vaginal deliveries

Am J Obstet Gynecol, 2005; 192: 1702–6.

**[91] : MAGNIN.**

Versions obstétricales

Encyclopédie Médico–chirurgicale, 1994,5698, A10.

**Image 1 :** Présentation du front et du bregma.

Encycl Méd Chi, Gynécologie/Obstétrique, 5–049–L–15, 1994,  
6p.

**Image 2 et3 :** Présentation de l'épaule.

Encycl Méd Chi, Gynécologie/Obstétrique, 5–049–L–60, 2003,  
5p.

# *SUMMARY*

In this retrospective study, we reported 136 observations of dystocic presentations collected at the human service of obstetrics and reproduction of the CHU Hassan II of Fes during 2 years (2006–2007) among 11745 deliveries let at frequency of 1.15%.

We notice that the multiparity, the multiple pregnancies, uterine malformations, the hydramnios, the anomalies of the cord, association with the fibrome are the most frequent factors and the most quoted in the literature.

The precise diagnosis of these presentations is based especially on the private clinic, it is posed:

- in 52.29% of the cases in phase activates work between 3 and 5 cm.
- in 20.58% of the cases, with complete dilation. They are especially parturients of second hand.

The extraction by Caesarean is often the adequate solution, it accounts for 80.14% of the cases in our series, it considerably improved the prognosis of the mother and the new born that was dark before.

We did not deplore any maternal death.

Mortality néonatale was 5.22%.

Nowadays a regular monitoring of the parturients and a speed of the frame of reference will make it possible to reduce the foetal complications materno these presentations.

136

II

11745

(2007 2006)

.% 1.15

.

:

6 3

%52.23 \*

% 20.58 \*

%80.14

.

%5.22

.

جامعة سيدي محمد بن عبد الله  
كلية الطب و الصيدلة بفاس



أطروحة رقم 08/149

سنة 2008

المجريات العسرة  
(بصدد 136 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2008/12/18

من طرف

الآنسة مريم بن الطاهر

المزداة في 1982/08/01 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

مجيئ - مسعرض - منكب - وجهي خلفي - جبهي - هامى - نوع - قيصرية - مأل - عسر

اللجنة

الرئيس	السيد عبد العزيز بناني
	أستاذ في علم التوليد و أمراض النساء
مشرف	السيد مولاي عبد الاله ملهوف
	أستاذ في علم التوليد و أمراض النساء
مشرف ثاني	السيدة حكمة الشعرة
	أستاذة مبرزة في علم التوليد و أمراض النساء
أعضاء	السيد بوهرو عبد الحق
	السيدة بوكرن حكيمة
	أستاذ في طب الأطفال
	أستاذة مبرزة في علم التوليد و أمراض النساء