

Présentation de la

Face ~~de la~~

(= tête défléchie)

< 0,3%

↳ ne pas perdre l'anus pour une barbe et le sacrum pour
Δg au TV. le nez d'un siège décompleté

↳ il faut retrouver le menton
(impossible en cas de front)

- succion du doigt!
- triangle de repères

↓
Accorchement possible seulement si le
menton est vers le haut ("mento-pubien")

car le menton s'enroule autour de la symphyse

sinon ("mento sacré"
"mento postérieur") on a un enclavement
de la face ds le bassin

↳ Ne pas faire passer

En cas de doute : ↗
sur la présentation

Visage tuméfié
"Face de boxeur"

Dans moins de 1 % des accouchements, une déflexion de la tête fœtale se produit pour les présentations céphaliques [3]. C'est-à-dire que le fœtus « redresse » la tête au lieu de mettre le menton sur le sternum (flexion).

Les présentations défléchies (*figure 42*) que tu dois connaître sont :

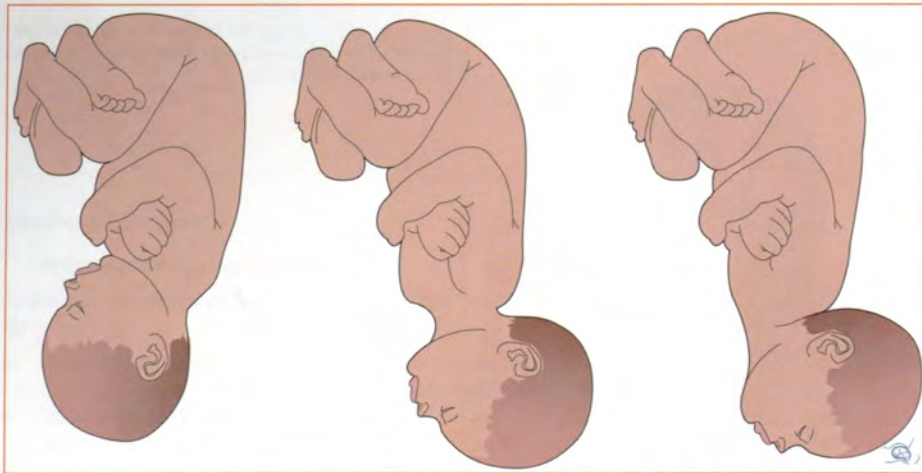


Figure 42 : Type de présentation : sommet fléchi, front et face.

- La présentation de la face (déflexion totale 3/3) qui peut accoucher par les voies naturelles à condition que le menton du fœtus soit du côté de la symphyse pubienne et pas du côté du sacrum
- La présentation du front (déflexion partielle 2/3) qui ne peut pas conduire à un accouchement par voie basse.

Présentation de la face

Définition

La présentation de la face correspond à la déflexion totale de la tête. Cette déflexion complète de la tête fœtale amène l'occiput au contact du dos, elle s'accompagne d'une lordose très prononcée de la colonne du fœtus. Le repère de la présentation est le menton. L'incidence de la présentation de la face varie selon les auteurs de 0,04 à 0,33 % des accouchements [5].



Tu dois faire très attention aux yeux du fœtus lors des touchers vaginaux en explorant la présentation de la face !

Diagnostic

Le diagnostic clinique repose sur le palper des bords latéraux de l'utérus. Il donne des renseignements moins nets que dans les présentations du sommet. Tu perçois mal le dos du fœtus, il se trouve du même côté que la saillie de l'occiput avec le classique « coup de hache » qui est le sillon marqué entre le dos et la tête du fœtus (figure 43).

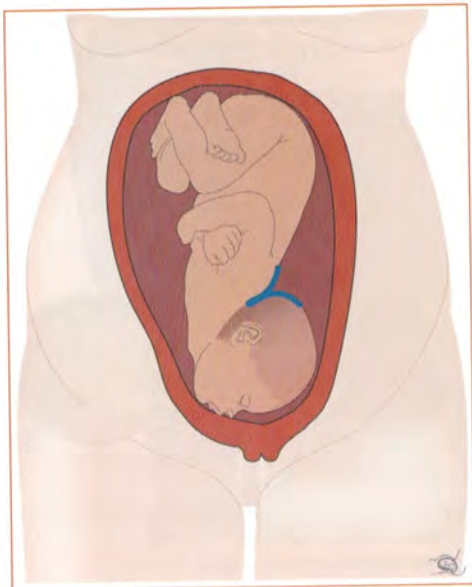


Figure 43 : Présentation de la face. A la palpation utérine un sillon marqué est perçu entre le dos et la tête du fœtus (« coup de hache »).

Le toucher vaginal est plus précis. Peu de temps après la rupture des membranes, tu sens une masse molle, au milieu de laquelle tu distingues les arcades sourcilières, le nez en entier et le menton en forme de fer à cheval, tu ne perçois jamais la grande fontanelle. Si tu examines la patiente plusieurs heures après la rupture : la bosse sérosanguine rend le diagnostic très difficile.

Le repérage du menton permet de définir l'**orientation de la présentation**. Elle est :

- Antérieure : le menton se trouve du côté de la symphyse pubienne et l'occiput est donc près du sacrum maternel (figure 44)
- Postérieure : le menton se trouve près du sacrum maternel.

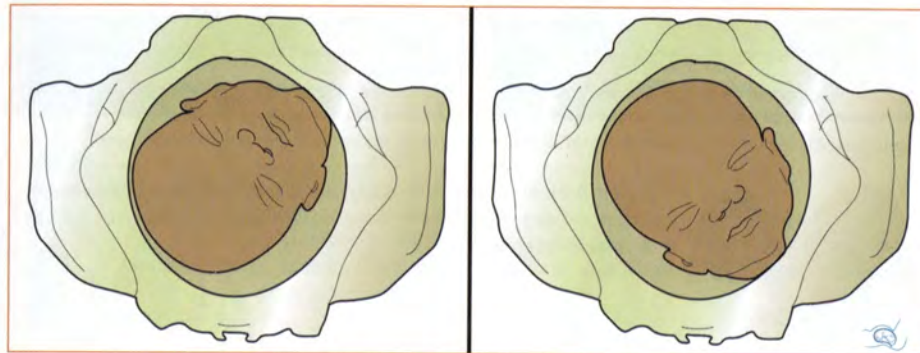


Figure 44 : Présentation de la face. Repères perçus lors du toucher vaginal.



C'est pour cette présentation (mento-postérieure) qu'il ne faut absolument pas faire pousser la patiente, car la présentation s'enclaverait dans le bassin.

Diagnostic différentiel

Présentation du siège décompleté

Tu peux confondre une face et un siège décompleté : la bouche imite l'anus et le nez imite la saillie du sacrum :

- Dans la face : le « trou » de la bouche (confondu avec l'anus) dessine le sommet d'un triangle dont les deux autres angles sont constitués par les saillies des maxillaires supérieurs.
- Dans le siège décompleté : le « trou » (anus) est situé sur la même horizontale que les deux saillies osseuses constituées par les deux tubérosités ischiatiques du fœtus (figure 45).

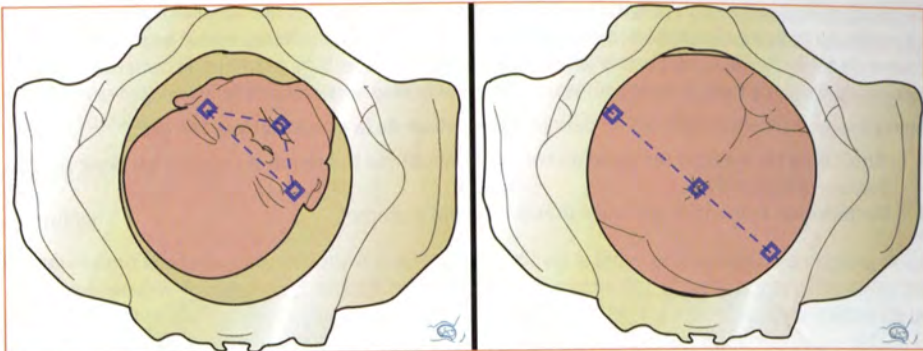


Figure 45 : Présentation de la face. Diagnostic différentiel lors du toucher vaginal entre la présentation de la face et la présentation du siège décomplété, les repères ne sont pas alignés dans la présentation de la face.



Dans la présentation de la face, tu pourras parfois sentir un mouvement de succion sur ton doigt par la bouche fœtale lors de l'examen. C'est très surprenant et typique.

Présentation du front

Ce diagnostic pose plus de problèmes. En théorie le diagnostic est facile : dans la présentation du front, le toucher vaginal met en évidence d'un côté la grande fontanelle, de l'autre côté la racine du nez (rarement le nez entier) et les orbites, **mais le menton n'est jamais perçu**. En pratique s'il existe une bosse sérosanguine le repérage de ces éléments est très difficile, avant la fixation et l'engagement il est souvent difficile de trancher.

Accouchement en présentation de la face

La voie basse n'est possible que si la présentation de la face tourne en avant = mento-pubien (le menton vers « le haut » pour une patiente allongée sur le dos). Le menton passe et s'enroule en dessous de la symphyse pubienne (figures 46, 47).

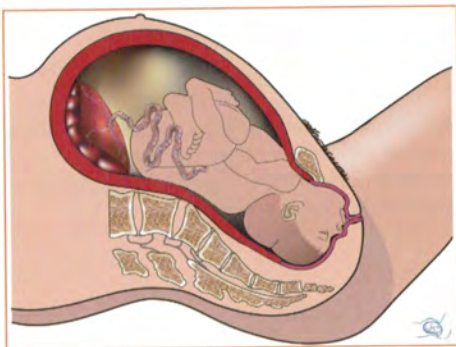


Figure 46 : Présentation de la face. En mento-pubien, l'accouchement est possible.



Figure 47 : Présentation de la face. Accouchement d'une présentation de la face en mento-pubien (noter l'aspect tumefié du visage).



Si la rotation ne se fait pas en antérieur mais en postérieur (mento-postérieur), l'accouchement est impossible et on aboutit à un enclavement de la face dans le bassin (figure 48).

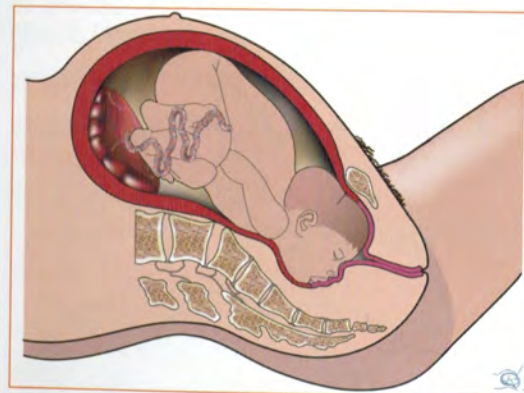


Figure 48 : Présentation de la face. En mento-sacré l'accouchement est impossible, la présentation s'enclave et ne progresse plus.

Si, sur place, tu as un doute sur la position du menton (ou sur le type de présentation), tu préviens l'obstétricien de garde d'une maternité proche et tu transfères la patiente sans la faire pousser.

Si tu arrives après l'accouchement d'un nouveau-né par la face, tu feras facilement le diagnostic : la tête est défléchie, la bosse séro-sanguine est sur la face, il a une « face de boxeur » (figure 49).