REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET UNIVERSITAIRE
UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
FACULTE DE MEDECINE
B.P. 1825

Scientia Splendet et Conscientia

La fréquence d'accouchement en position céphalique De 2015 à 2018

*Par : **MAKUWA MBAYO Gaétan***

Travail de fin de cycle présenté en vue de l'obtention du titre de gradué en Sciences Biomédicales.

*Dirigé par : **Dr ISANGO IDI Lukusha***

ANNEE ACADEMIQUE 2019-2020

EPIGRAPHE

« Le devoir de la mère ne s'arrête
pas avec l'accouchement, ni avec
l'allaitement, ni au mariage ; non,
l'obligation de la vraie mère continue
tant qu'elle est vivante. »

Ahmadou KOUROUMA

DEDICACE

Je dédie ce travail de fin de cycle à :

***Ma très chère mère** NGEBE Florence, que des souffrances et des souffrances endurées pour nous, tes enfants. Il est aussi clair et évident que jusqu'à la fin des temps, je ne pourrai jamais vous récompenser pour ce que vous avez fait pour moi. Vous avez fait preuve d'amour maternel irréprochable. Que le SEIGNEUR te récompense pour ton soutien et les services rendus sans rien en retour.*

***Mes frères** Israël et Esai ; **mes sœurs** Mika, Lisa et Evodie pour leurs encouragements.*

***Mes amis** de promotion et d'ailleurs, trop nombreux pour que je les cite tous, à qui je tiens énormément et qui me le rendent bien ; en espérant avoir encore l'occasion de partager de nombreux moments forts.*

Tout le personnel de la bibliothèque, pour leur gentillesse, leur disponibilité et leur aide précieuse.

REMERCIEMENT

Mes sincères remerciements s'adressent :

A L'ETERNEL **DIEU**

Pour la santé, la force, la patience et le courage que tu m'as donné et qui m'ont permis de surmonter les difficultés rencontrées lors de ma formation et de la réalisation de ce travail de fin de cycle.

Au docteur **ISANGO IDI Lukusha**

De m'avoir accueilli et fait confiance pour ce travail de fin de cycle, pour m'avoir donné de précieux conseils rendant mon travail très enrichissant ; pour les encouragements, sans lesquels cette étude n'aurait pas vu le jour.

A tout le personnel de l'Hopital General Jason Nsédwe

Merci pour votre soutien et votre sens d'accueil, vos enseignements édifiants et instructifs.

Remerciements particuliers aux membres de jury, d'avoir accepté d'évaluer notre travail et pour l'intérêt qu'ils y portent. Ainsi que tous les enseignants qui ont contribué à notre formation.

Liste des abréviations

HAS : Haute autorité de santé

CM : Centimètre

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens

UVMAF : Université Médicale Virtuelle Francophone

MIDA : Mento-Iliaque Droit Antérieur

MIGA : Mento-Iliaque Gauche Antérieur

OIP : Occipito-Iliaque Postérieure

MIDP : Mento-Iliaque Droit postérieur

MIGP : Mento-Iliaque Gauche Postérieur

MIDT : Mento-Iliaque Droit Transverse

MIGT : Mento-Iliaque Gauche Transverse

OIDA : Occipito-iliaque droite antérieure

OIDP : Occipito-iliaque droite postérieure

OIGA : Occipito-iliaque gauche antérieure

OIGP : Occipito-iliaque gauche postérieure

OP : Occipito-Pubien

OS : Occipito-Sacré

SA : Semaines d'aménorrhée

IC95% : Intervalle de confiance à 95 pour cent.

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des femmes en fonction de la provenance Géographique 21
Tableau II : Répartition des accouchées en fonction de l'âge maternel 21
Tableau III : Réparation des accouchées en fonction de l'âge gestationnel.....22
Tableau IV : Réparation des accouchées en fonction de la parité 22
Tableau V : Répartition des accouchées en fonction de la gestité.....23
Tableau VI : Répartition des nouveau-nés selon le score d'apgar à la 1ere minute.....23
Tableau VII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la cinquième minute....24
Tableau VIII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la dixième minute 24
Tableau IX : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.....24

Liste des figures

Figure 1 : Variété occipito-iliaque postérieure (OIP): dégagement en occipito-pubien (OP).....6
Figure 2: Variété occipito-iliaque postérieure (OIDP): dégagement en occipito-sacré (OS).....7
Figure 3: Dégagement de la tête en présentation du sommet.....9
Figure 4: Foetus en présentation de la face.....11
Figure 5: Hyper déflexion de la tête foetale.....13
Figure 6: Dégagement de la tête foetale en présentation de la face.....14
Figure 7: Présentation du front en naso-iliaque gauche transverse (NIGT).....14

Table des matières

EPIGRAPHE.....I
DEDICACE.....III
REMERCIEMENT.....IV
Liste des abréviations.....V
Liste des tableaux.....VI
Liste des figures.....VII
RESUME.....X
I. INTRODUCTION.....1
I.1 OBJECTIF GENERAL.....2
I.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES.....2
PREMIERE PARTIE : LA PARTIE THEORIQUE.....3
CHAPITRE 1 : DEFINITION DES CONCEPTS.....4
1. GROSSESSE.....4
2. ACCOUCHEMENT.....4
3. ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE.....4
4. ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE.....4
5. ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE.....5
6. ACCOUCHEMENT PAR VOIE HAUTE (OU CESARIENNE).....5
7. PRESENTATION CEPHALIQUE.....5
8. PRESENTATION DE FRONT.....5
9. PRESENTATION DE FACE.....5
10. PRESENTATION DE SOMMET.....5
CHAPITRE 2 : ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SOMMET.....6
2.1 VARIETES.....6
2.2 DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SOMMET.....7
2.2.1. FLEXION, DEFLEXION ET AMPLIATION DU PERINEE.....7
2.2.2 DEGAGEMENT EN OCCIPITO-SACRE.....8
2.2.3 RESTITUTION.....9
2.2.4 ACCOUCHEMENT DU RESTE DU CORPS.....9

CHAPITRE 3 : LES PARTICULARITES DES ACCOUCHEMENTS EN PRESENTATION DE FACE ET FRONT 11
3.1. PRESENTATION DE LA FACE 11
3.1.1 VARIETES 11
3.1.2 DIAGNOSTIC 12
3.1.3 MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT 12
3.2 PRESENTATION DU FRONT 14
3.2.1 DIAGNOSTIC 14
3.2.2 LA MECANIQUE OBSTETRICALE 15
3.2.3 CONDUITE A TENIR 15
DEUXIEME PARTIE : LA PARTIE PRATIQUE 16
CHAPITRE 4 : MATERIELS ET METHODES 17
1. CADRE D'ETUDE 17
1.1 ORGANIGRAMME DE L'HOPITAL SENDWE 17
2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE 18
3. POPULATION D'ETUDE 18
3.1.1 Critère d'inclusion 18
3.1.2. Critère d'exclusion 18
4. RECOLTE DES DONNEES 18
4.1. PARAMETRE ETUDIES 18
4.2 ANALYSE STATISTIQUE 19
CHAPITRE 5 : RESULTATS 20
5.1 Fréquence 20
5.2 – Caractéristiques socio- démographiques 21
5.3 CARACTERISTIQUES CLINIQUES MARTERNELLES ET NEONATALES 21
5.4 ETUDE CLINIQUE 22
5.4.1. PARITE 22
5.4.2 GESTITE 23
5.4.3 APGAR 23
5.4.4. POIDS DE NAISSANCE 24

CHAPITRE 6 : DISCUSSION 25
6.1 FREQUENCE 25
6.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES 25
2.1 Provenance géographique 25
6.3 CARACTERISTIQUES CLINIQUES MARTERNELLES ET NEONATALES 25
6.3.1 Age maternel 25
6.3.2 Age gestationnel 25
6.3.3 Parité 26
6.3.4 Gestité 26
6.3.5 APGAR 26
6.3.6 Poids de naissance 26
CHAPITRE 7 : CONCLUSION 28
RECOMMANDATION 29
REFERENCES 30

RESUME

Pendant le déroulement d'un accouchement, dans la quasi-totalité des cas, le foetus se trouve en position longitudinale, il se présente alors le plus souvent par la tête à 96% et parfois par le siège à 4%. Les présentations par la tête ou présentations céphaliques, regroupent celles du sommet (flexion de la tête du foetus), et de la face (déflexion totale). La présentation par le front nécessite une césarienne. De toutes les présentations céphaliques, celles de la tête fléchie (présentation du sommet) représentent environ 95% et de la tête défléchie (Front et face) seulement 1%.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective qui s'est étendue sur une période de quatre ans, allant de 2015 à 2018.

C'est ainsi que ce présent travail effectué à l'hopital Jason Nsédwe de Lubumbashi, avait comme objectif spécifique de déterminer la prévalence de l'accouchement en présentation céphalique ; décrire les caractéristiques démographiques et obstétricales de parturientes porteuses d'une grossesse en présentation céphalique et décrire les caractéristiques néonatales du nouveau-né.

L'Étude révèle que l'âge maternel moyen de nos parturientes dans le groupe des accouchées avec présentation céphalique par voie basse était de 28,14±6,56 ans. Avec des extrêmes de 14 à 46 ans.

La plupart des parturientes (81,54%) avaient un âge entre 18 et 35 ans, groupe d'âge correspondant à la période optimale de fécondité.

Ceci peut s'expliquer par le faite que cette tranche d'âge est celle de maternité et d'instance activités génitales.

L'étude révèle que la moyenne de l'âge gestationnel était de 36,72±3,87 semaines d'aménorrhée, les extrêmes de 31 à 57 semaines d'aménorrhées.

L'apgar moyen à la première, cinquième et dixième minute était respectivement de 7,34;

8,07 et 8,52, cette bonne cote d'APGAR prouve et témoigne la meilleure prise en charge à l'hopital Jason Nsédwe.

Dans notre étude, le poids moyen de naissance est de 2875,62±552,22 ; 19,23% de nouveau-nés avaient un poids inférieur à 2500grammes, suivie de 78,66% qui avaient un poids entre

2500grammes et 3999grammes et, enfin 2,11% avaient un poids supérieur à 4000grammes. Les extrêmes étant de 1625 et 4700 grammes.

I. INTRODUCTION

Dans toutes les sociétés, l'accouchement est vécu comme un heureux évènement mais aussi une angoisse, car on ne connait pas le dénouement, la vie ou la mort.

Dans la quasi-totalité des cas, le fœtus se trouve en position longitudinale, il se présente alors le plus souvent par la tête à 96% et parfois par le siège à 4% (Comité d'expert doctisimo, 2016)

Les présentations par la tête ou présentations céphaliques, regroupent celles du sommet (flexion de la tête du fœtus), et de la face (déflexion totale) (Comité d'expert doctisimo, 2016).

La présentation par le front nécessite une césarienne (J. Lansac lien, 2014). Dans certains cas le visage de l'enfant peut être tourné vers le sacrum de la mère, il s'agit de la présentation postérieure (JULIOT PERRINE, 2010)

Bien qu'elle soit la plus fréquente et la plus favorable, toute fois la présentation céphalique du sommet peut présenter en cours de travail une complication maternelle et/ou fœtale qu'une souffrance fœtale aigüe, une hémorragie de la délivrance voir un décès maternel et fœtal. La césarienne bien indiquée permet de sauver le couple mère et enfant (James Heilman et coll, 2013).

Alors que la présentation de face demeure rare et sans dégât significatif, celle de front demande une césarienne d'emblée, accouchement par voie basse possible que si prématuré de 2000 grammes (J. Lansac lien, 2014), en dehors de cette exception, un accouchement en présentation de front sans césarienne aura pour complication : chez le fœtus on observera une souffrance fœtale voir la mort, chez la mère une rupture utérine suivie de la mort maternelle (J. Lansac lien, 2014).

De toutes les présentations céphaliques, celles de la tête fléchie (présentation du sommet) représentent environ 95% (James Heilman et coll, 2013) et de la tête défléchie (Front et face) seulement 1% (comité éditorial, 2014).

Les résultats publiés en 2014 par le comité éditorial nous montrent que la présentation de la face ne représente que 0,7 à 2 pour mille naissances et le front 1,3 et 2,6 pour mille naissances.

Selon Marpeau, malgré que les présentations de la tête défléchie soient moins fréquentes elles sont les plus souvent la cause de la morbidité et mortalité infantiles en post-partum au cas où les conduites de travail ne sont pas respectées, généralement 13,7% de décès.

Suite à cette problématique, il convient de relever que la surveillance du travail d'accouchement pendant la parturition reste le point focal d'un bon déroulement de l'accouchement.

I.1 OBJECTIF GENERAL

1. Contribuer à la diminution de la morbi-mortalité au cours de l'accouchement en présentation céphalique dans l'hôpital général de référence Janson Nsedwé.

I.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer la prévalence de l'accouchement en présentation céphalique.
2. Décrire les caractéristiques démographiques et obstétricales de parturientes porteuses d'une grossesse en présentation céphalique.
3. Décrire les caractéristiques néonatales du nouveau-né.

Hormis son introduction et sa conclusion, ce travail comprend deux grandes parties essentielles :

D'une part, une partie théorique qui nous donnera une aperçue générale sur les variétés céphaliques et d'autre part une partie pratique qui présentera nos résultats.

PREMIERE PARTIE : LA PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : DEFINITION DES CONCEPTS

Ce présent chapitre procède à la définition des différents termes utilisés tout au long de ce travail en vue d'en apporter une compréhension générale.

1. **GROSSESSE** : la grossesse est l'état de la femme enceinte, elle commence avec la fécondation et se termine avec l'accouchement. C'est la gestation (IFS cours de gynécologie, 2013). La durée normale de la grossesse est calculée à partir du premier jour des dernières règles, elle est de 283 jours soit 40 semaines et demi d'aménorrhée, 10 mois luminaires, 9 mois du calendrier.

2. **ACCOUCHEMENT** : l'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion par les voies naturelles d'un ou de plusieurs fœtus parvenus à la maturité ou à l'âge de viabilité (JAMO, 2015). L'accouchement est un phénomène physiologique qui nécessite le plus souvent aucune intervention humaine, il est dit alors naturel. Dans le cas contraire, il est dystocique.

En lien avec sa qualification médicale l'haute autorité de santé (HAS, 2017) définit la naissance normale comme une naissance :

- Dont le déclenchement est spontané.
- A bas risque dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement.
- Dont l'enfant (accouchement simple) nait spontanément en position céphalique du sommet, entre 37ème et 42ème semaines de gestation.
- Après la naissance, la mère et le nouveau-né se porte bien.

3. **ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE** : un accouchement est dit eutocique (ou normal voire encore spontané) lorsqu'il se déroule par voie basse (par filière génitale) et sans aucune manœuvre ni instrumentation (comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, 2011).

4. **ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE** : c'est un accouchement dont le déroulement du travail est anormal (JAMO, 2015). Elle nécessite très souvent l'instrumentation.

5. **ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE** : c'est un type d'accouchement qui se fait par les voies naturelles, le fœtus doit se frayer un chemin au sein du canal pelvi-génital maternel pour être expulsé à travers le vagin (JULIOT PERRINE, 2010).

6. **ACCOUCHEMENT PAR VOIE HAUTE (OU CESARIENNE)** : c'est une technique qui consiste à ouvrir chirurgicalement l'utérus dans le but d'y extraire le produit de conception, elle peut être segmentaire ou corporéale ou encore segmento-corporéale (M. MORY BENGALY, 2014).

7. **PRESENTATION CEPHALIQUE** : désigne la position du fœtus qui se présente par la tête lors de l'accouchement. C'est la plus répandue (comité d'expert de doctisimo, 2O16).

8. **PRESENTATION DE FRONT** : c'est une présentation dystocique nécessitant une césarienne systématique (comité éditorial, 2O14). On parle de présentation de front que durant le travail avec une présentation fixée au détroit supérieure et une poche rompue.
9. **PRESENTATION DE FACE** : la présentation de face, est une présentation céphalique avec déflexion totale de la tête fœtale (comité éditorial, 2014). Il peut s'agir exceptionnellement d'une présentation primitive, mais le plus souvent elle est secondaire pendant le travail.

10. **PRESENTATION DE SOMMET** : la présentation de sommet est une présentation de la tête fléchie. Le fœtus présente le sommet de son crâne (CNGOF Item 22, 2010-2011).

CHAPITRE 2 : ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SOMMET

La présentation du sommet est à la fois la plus fréquente de présentation céphalique (plus de 95%) et la plus favorable à un accouchement normal (James Heilman et coll, 2013).

2.1 VARIETES

L'occiput est le point de repère de la présentation du sommet (CNGOF Item 22, 201-2011). Son orientation par rapport au bassin maternel définit la variété de la présentation :

- OP (Occipito-Pubien) : l'occiput est sous la symphyse pubienne.
- OIGA (Occipito-Iliaque Gauche Antérieure) : l'occiput est en avant et à gauche, entre 1 et 2 heures.
- OIGP (Occipito-Iliaque Gauche Postérieure) : l'occiput est en arrière et à gauche, entre 4 et 5 heures.
- OS (Occipito-Sacrée) : l'occiput est en arrière.
- OIDP (Occipito-Iliaque Droite Postérieure) : l'occiput est en arrière et à droite entre 7 et 8 heures.
- OIDA (Occipito-Iliaque Droite Antérieure) : l'occiput est en avant et à droite entre 10 et 11 heures.

Figure 1 : Variété occipito-iliaque postérieure (OIP): dégagement en occipito-pubien (OP)

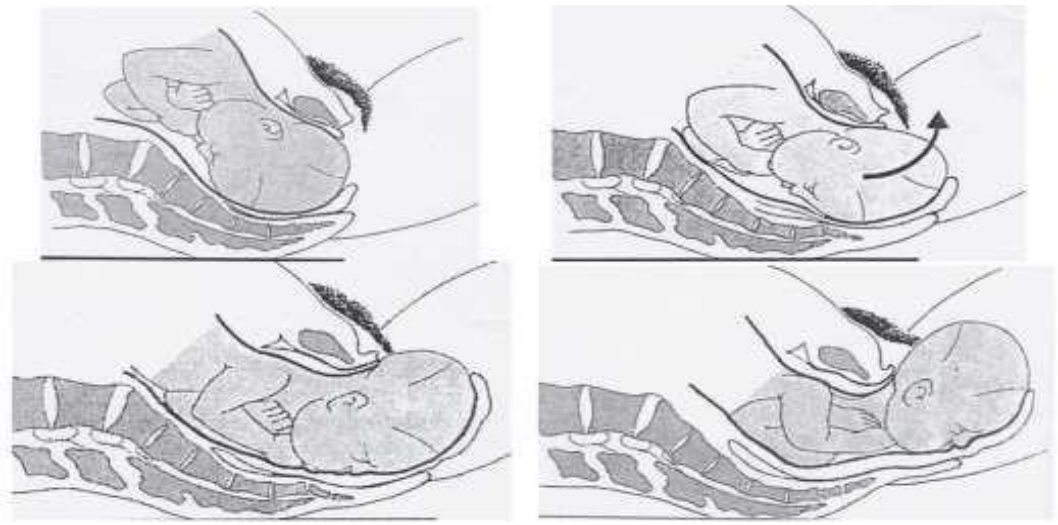
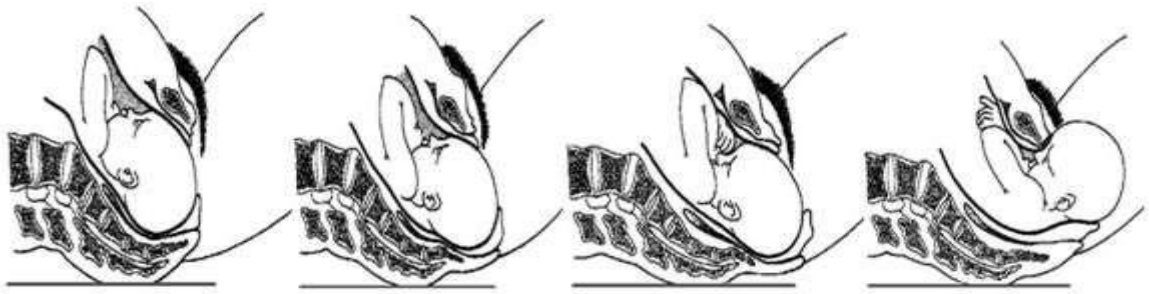


Figure 2: Variété occipito-iliaque postérieure (OIDP): dégagement en occipito-sacré (OS)



Le diagnostic de la présentation du sommet et de sa variété repose sur le toucher vaginal qui repère les sutures fontanelles situées entre les plaques osseuses de la voûte du crâne (CNGOF Item 22, 2010-2011).

2.2 DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SOMMET

La quasi-totalité des présentations du sommet se dégagent en variété occipito-pubienne. En effet, le plancher pelvien présente son ouverture dans le sens antéropostérieur.

Ainsi, la progression de la tête fœtale se fait donc selon plusieurs vecteurs successifs :

- Dans un axe ombilico-coccygien entre l'engagement du détroit moyen.
- Perpendiculaire au diamètre sous-sacro-sous-pubien lorsque le front fœtal butte sur le sacrum et accentue sa flexion.
- Après une horizontalisation de la progression (chez la femme en décubitus dorsal) celle-ci se fera vers le haut et l'avant.

N.B : toutes les progressions détaillées ci-haut dépendent de la position de la femme pendant le travail.

2.2.1. FLEXION, DEFLEXION ET AMPLIATION DU PERINEE

Après plusieurs mécanismes de flexion, le sous-occiput dépasse la symphyse pubienne qui devient un point de pivot pour l'articulation atloïdo-occipitale (Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, 2011). La tête et le tronc vont se désolidariser. La présentation se défléchit et les bosses pariétales franchissent l'axe des tubérosités ischiatiques, ce qui commence à distendre le périnée postérieur qui est la zone de moindre résistance pour la présentation une fois le coccyx retopulsé (c'est-à-dire projeté en arrière et permettant le diamètre de dégagement sous-coccy-sous-pubien de

8,5 cm à un diamètre sous-sacro-pubien de 11,5 cm) (comité éditorial pédagogique de l'UVMaf, 2011).

Jusqu'à ce moment, la présentation remonte après chaque contraction et effort expulsif. L'évolution se fait par à-coups.

Mais dès que l'occiput est fixé sous la symphyse, la tête fœtale ne remonte plus et la distension vulvaire qui était intermittente devient permanente (comité éditorial pédagogique de l'UVMaf, 2011).

Ainsi la tête apparait à la vulve qui prend la forme d'un anneau d'environ 5 cm de diamètre ; on parle de « petit couronnement ».

La progression de la tête fœtale va ensuite quasiment se verticaliser, le périnée va continuer à se distendre : la distance Ano-vulvaire s'allonge jusqu'à 10-12 cm la vulve s'horizontalise, le périnée antérieur coiffe la présentation. C'est l'ampliation du périnée (comité éditorial pédagogique de l'UVMaf, 2011).

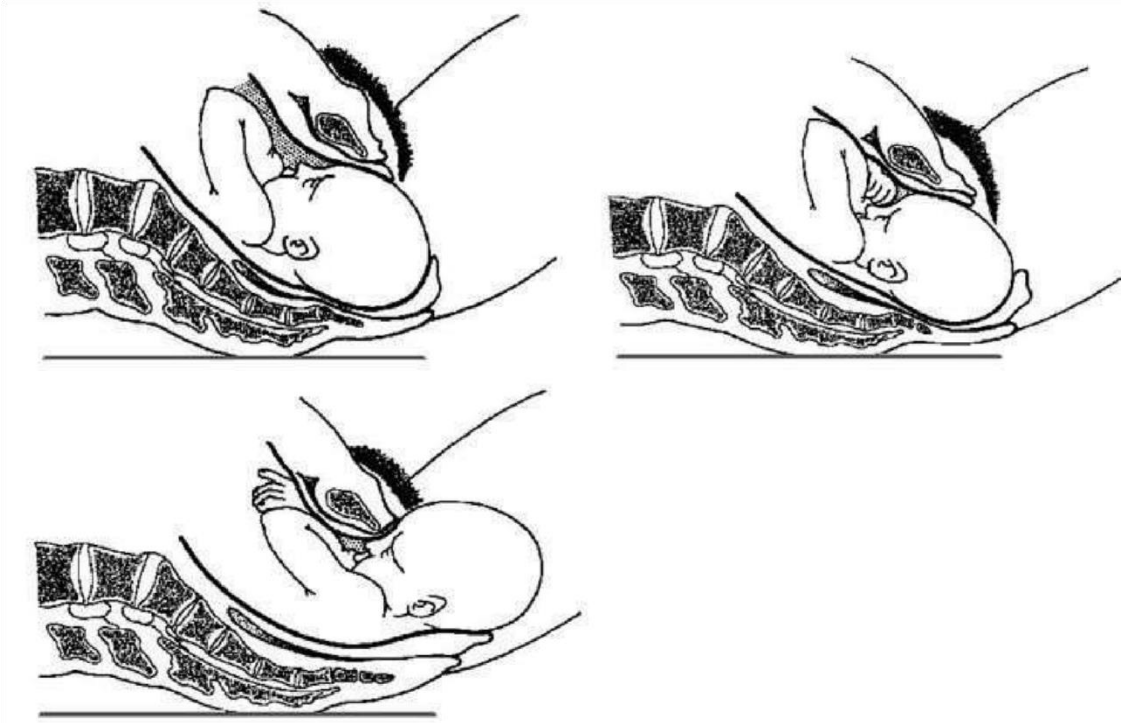
La présentation distend alors le noyau fibreux central du périnée et franchit la boutonnière releveuse de l'anus. Lorsque la grande circonférence de la présentation va franchir l'anneau vulvaire, on parle de « grand couronnement ». C'est à ce moment que les vestiges hyménaux se rompent (comité éditorial pédagogique de l'UVMaf, 2011).

2.2.2 DEGAGEMENT EN OCCIPITO-SACRE

Le dégagement se fait en occipito-sacré lorsque la rotation ne s'est pas faite en avant. Comme pour le dégagement en occipito-pubien, une flexion puis une déflexion ont lieu (comité éditorial pédagogique de l'UVMaf, 2011).

Selon le degré de flexion, le bregma ou la racine du nez pivote autour de la symphyse pubienne. Dans le premier cas où la flexion est la plus importante, c'est le diamètre sus-occipito-frontal qui se dégage. Dans le second, c'est le diamètre occipito-frontal. Ainsi le front (dans le second cas), le bregma, le vertex, le lambda puis l'occiput apparaissent à la vulve.

Figure 3: Dégagement de la tête en présentation du sommet



A ce moment, le sous-occiput pivote autour de la fourchette vulvaire ce qui permet le dégagement de la face (comité éditorial pédagogique de l'UVMaf, 2011).

2.2.3 RESTITUTION

Lorsque la tête est expulsée, les épaules du fœtus s'engagent. Dans la majorité des cas, cet engagement voit le diamètre bi-acromial passer le détroit supérieur dans un diamètre oblique perpendiculaire à celui par lequel le sous-occiputo-bregmatique s'est engagé (comité éditorial pédagogique de l'UVMaf, 2011).

La descente des épaules se fait avec une rotation de 45° qui les oriente dans un axe antéropostérieur et amène l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne. Cette rotation entraîne un mouvement de rotation de la tête qui vient se dégager.

2.2.4 ACCOUCHEMENT DU RESTE DU CORPS

2.4.1 ACCOUCHEMENT DES EPAULES ET DU TRONC

Le diamètre bi-acromial est réduit par tassement au moment de l'engagement :

Il passe de 12 à 9,5 cm. La restitution spontanée qui est la réaction à l'orientation antéropostérieure des épaules, est le point de départ du dégagement des épaules (Comité éditorial pédagogique de l'UVMaf, 2011). .

Le tronc ne présente aucune difficulté à l'engagement et au dégagement, étant donné l'absence de saillie osseuse.

2.4.2 ACCOUCHEMENT DU SIEGE ET DES MEMBRES INFERIEURS

Le diamètre d'engagement du siège est le diamètre bi-trochantérien qui mesure 9,5 cm, celui-ci emprunte le même diamètre oblique que le bi-acromial et s'oriente aussi en antéropostérieur pour le dégagement. Comme pour le tronc le dégagement du siège et des membres inférieurs ne présente aucune difficulté (comité éditorial pédagogique de l'UVMaf, 2011).

A partir de cette théorie, nous pouvons déjà comprendre que lorsque la prise en charge de l'accouchement en présentation du sommet est faite avec bon escient, celui-ci représente moins de danger pour la mère et son enfant.

Mais cela ne signifie pas que l'accouchement en présentation du sommet ne représente aucun danger, puisqu'il peut subvenir en cours de travail des complications telles que :

La souffrance fœtale voire la mort au cas où l'intervention de sauvetage fœtale n'aurait pas eu lieu (James Heilman et coll, 2013).

CHAPITRE 3 : LES PARTICULARITES DES ACCOUCHEMENTS EN PRESENTATION DE FACE ET FRONT

Dans l'accouchement céphalique eutocique, la tête fœtale est obligée de fléchir afin de réduire son diamètre antéro-postérieur. Dans moins de 1% des cas, ce mécanisme se ne se réalise pas (comité éditorial, 2014).

Au contraire une déflexion peut avoir lieu, soit maximale dans la présentation de la face soit partielle dans la présentation du front (J. Lansac lien, 2014)

3.1. PRESENTATION DE LA FACE

C'est une présentation céphalique qui est très rare, elle ne représente que 0,7 à 2 pour 1000 naissances dont 80% de variétés antérieures (comité éditorial, 2014).

Il peut s'agir exceptionnellement d'une présentation primitive, mais plus souvent elle est secondaire pendant le travail.

Quand la déflexion est totale, l'occiput est au contact du dos fœtal solidarisant la tête et le tronc (comité éditorial, 2014). La déflexion est définitive lorsque la tête est fixée et/ou descendue dans l'excavation quand les membranes sont rompues (J. Lansac lien, 2014).

Figure 4: Foetus en présentation de la face

3.1.1 VARIETES

Contrairement à la présentation du sommet où le repère est l'occiput, la présentation de la face à pour repère le menton (CNGOF Item 22, 2010-2011).

Il permet de définir les variétés de position suivantes :

- MIDA : Mento-Iliaque Droit Antérieur
- MIGA : Mento-Iliaque Gauche Antérieur

- MIDP : Mento-Iliaque Droit postérieur
- MIGP : Mento-Iliaque Gauche Postérieur
- MIDT : Mento-Iliaque Droit Transverse
- MIGT : Mento-Iliaque Gauche Transverse

3.1.2 DIAGNOSTIC

Pendant la grossesse, le diagnostic clinique des présentations primitives de la face est difficile. Elles sont souvent découvertes à l'occasion d'examens échographiques ou radiologiques.

Les formes de déflexion transitoires en fin de grossesse, et de présentation primitive de la face peuvent se réduire pendant le travail et se transforme en sommet.

A la palpation : le fœtus étant en opistonos le dos est mal perçu. Si on suit le rachis, il existe une saillie constituée par l'occiput. Le dos se trouve du même côté que la saillie occiput. L'espace entre la tête et le tronc a un aspect en « coup de hanche ».

Au toucher vaginal : le toucher vaginal est plus précis que le palper distingue une masse molle (les joues) avec au milieu les arcades orbitaires, le nez, la bouche et le menton en forme de fer à cheval. La grande fontanelle n'est jamais perçue (comité éditorial, 2014).

N.B : l'échographie permet de confirmer le diagnostic.

Le diagnostic différentiel sera le siège décomplété (fesses confondues avec les joues, l'anus avec la bouche et la saillie du sacrum avec le nez) et le front (perception du bregma et du menton).

3.1.3 MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT

3.1.3.1 ACCOMODATION

L'orientation de la présentation se fait dans un diamètre oblique droit, dans les 2,4 des cas dans diamètre oblique gauche.

L'amoindrissement se fait par hyper déflexion de la tête favorisée par la butée de l'occiput contre la margelle du bassin. Le diamètre ainsi présenté est le sous-mento-bregmatique (9,5 cm), puis le diamètre présterno-syncitial (13,5 cm à 15 cm) empêche la progression de la tête. Le diamètre sous-mento-bregmatique est à priori très favorable, mais rapidement se présente le diamètre suivant le présterno-syncitial (aussi appelé diamètre de "solidarisation"), qui lui est incompatible avec les dimensions du bassin (comité éditorial, 2014).

Figure 5: Hyper déflexion de la tête foetale

3.1.3.2 ROTATION SUS-PELVIENNE ET DESCENTE

Pour que l'accouchement soit possible, il va falloir une désolidarisation de la tête et du tronc qui ne se fait que dans les variétés antérieures.

Le menton doit obligatoirement tourner en avant de 45° pour les variétés antérieures et de 135° pour les variétés postérieures, pour une terminaison de l'accouchement par voie basse. Le menton est alors sous la symphyse pubienne.

L'occiput se trouve dans la concavité sacrée, la tête peut se désolidariser du tronc par élongation du cou et ainsi descendre dans le bassin.

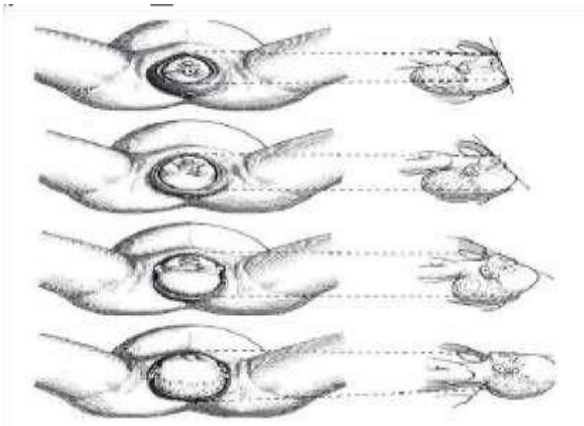
Si le menton tourne en postérieur, il va buter sur le sacrum, la distance à parcourir pour se dégager est supérieure à l'élongation du cou du fœtus. La rotation en avant est donc indispensable dans le cas contraire, le fœtus s'enclave.

3.1.3.3 DÉGAGEMENT

Le dégagement de la tête fœtale se fait par flexion autour de la symphyse pubienne, le sous-menton se fixant au sous-pubis laissant apparaitre à la vulve successivement, la bouche, le nez, le front et l'occiput.

Quand le sous-occiput arrive à la commissure postérieure de la vulve, la tête effectue une déflexion et se dégage totalement. Pendant le dégagement, le "balayage" du périnée est très important, le périnée est très sollicité.

Figure 6: Dégagement de la tête foetale en présentation de la face



La suite de l'accouchement est sans particularités (comité éditorial, 2014).

3.2 PRESENTATION DU FRONT

C'est une présentation dont la déflexion de la tête fœtale est partielle au 2/3 (comité éditorial, 2014).

Elle est dystocique, nécessitant une césarienne systématique (J. Lansac lien, 2014).

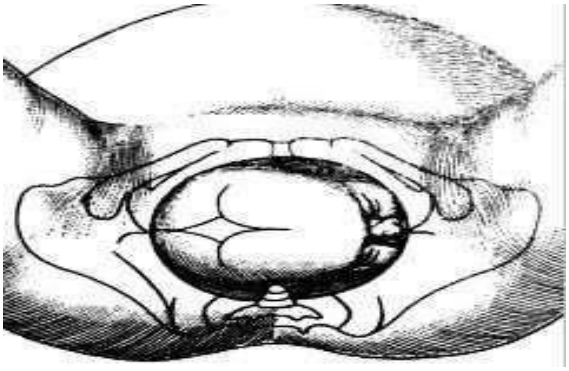
Le repère de la présentation est le nez, sa fréquence se situe entre 1,3 et 2,6 pour 1000 naissances (comité éditorial, 2014).

3.2.1 DIAGNOSTIC

Au toucher vaginal:

- On perçoit la grande fontanelle excentrée, le front déformé (il tend à vouloir descendre dans l'excavation), la racine du nez, les narines sont parfois palpées.
- On ne perçoit jamais la bouche ni la petite fontanelle.

Figure 7: Présentation du front en naso-iliaque gauche transverse (NIGT)



3.2.2 LA MECANIQUE OBSTETRICALE

Le diamètre antéro-postérieur de la tête fœtale est le syncipito-mentonnier (13 cm) ou le syncipito-facial si la bouche est ouverte (13,5 cm). Ce diamètre est supérieur aux diamètres d'engagement d'un bassin normal.

Les présentations naso-transverses sont les plus fréquentes. Les variétés naso-postérieures sont exceptionnelles et les variétés naso-antérieures rares.

Tant que la présentation est mobile, elle peut se fléchir ou se défléchir, la présentation se constituant qu'après sa fixation.

Le diagnostic de la présentation du front doit être précoce afin de réaliser une césarienne avant l'enclavement de la présentation améliorant ainsi le pronostic fœtal.

3.2.3 CONDUITE A TENIR

Dès que le diagnostic est posé, la césarienne doit être faite sans tarder afin d'éviter les complications redoutables :

Complications fœtales

Souffrance fœtale avec risque d':

- Embarrure frontale

- Hématome extra dural

-Mort fœtale

-Complications maternelles

-Rupture utérine

-Mort maternelle.

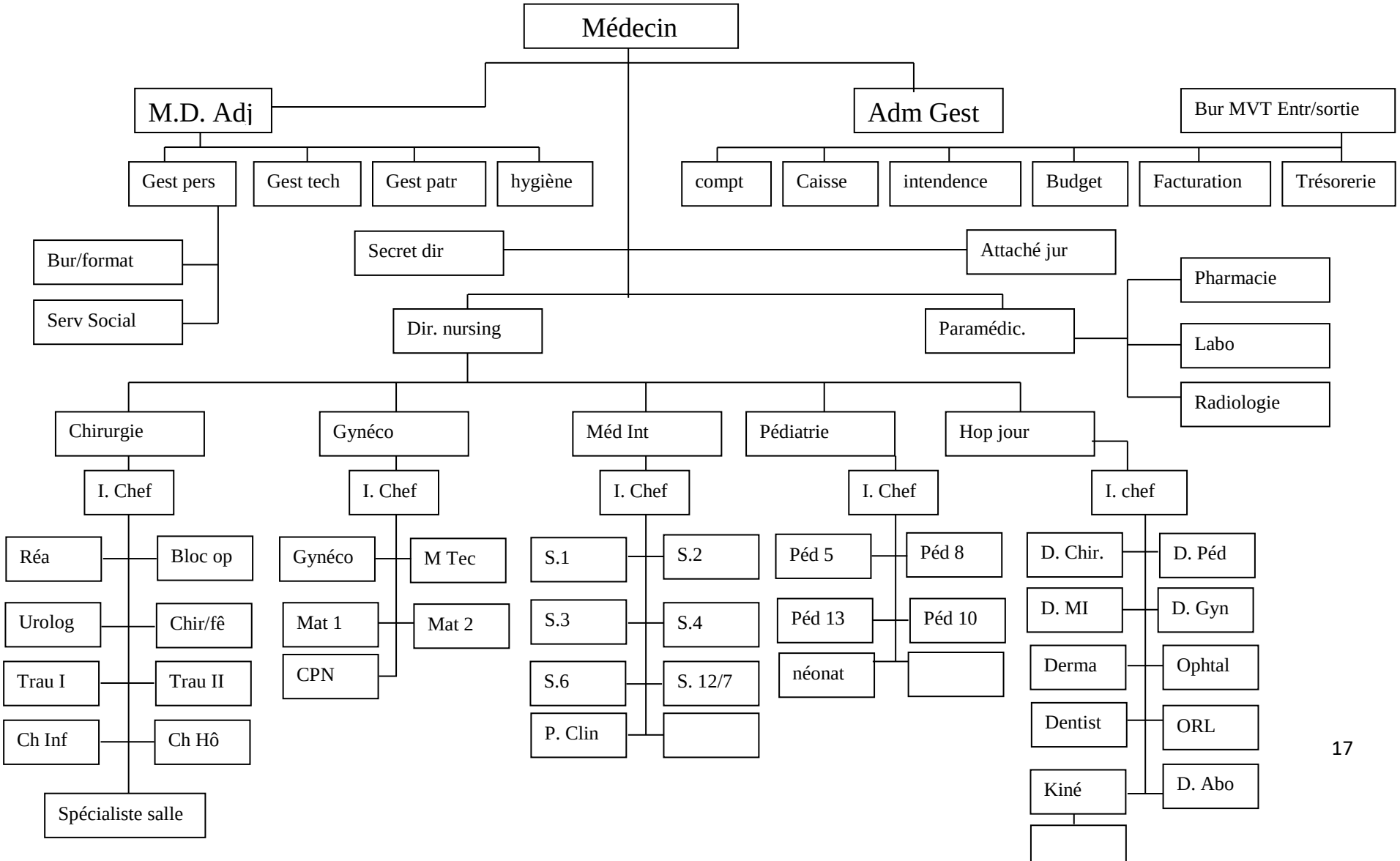
DEUXIEME PARTIE : LA PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 4 : MATERIELS ET METHODES

1. CADRE D'ETUDE

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie-obstétrique de l'Hôpital générale de référence Jason Nsedwe à Lubumbashi.

1.1 ORGANIGRAMME DE L'HOPITAL SENDWE



2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective qui s'est étendue sur une période de quatre ans, allant de 2015 à 2018.

3. POPULATION D'ETUDE

3.1.1 Critère d'inclusion

Cette étude concerne toute les gestantes qui ont accouchés par voie basse avec présentation céphalique avec grossesse monofoetale et gémellaire.

3.1.2. Critère d'exclusion

Elle exclut la césarienne et toute grossesse gémellaire dont l'un de foetus n'est pas en présentation céphalique.

4. RECOLTE DES DONNEES

Pour la récolte des données nous avons utilisé comme matériels: les parthogrammes, les stylos et les papiers duplicateurs.

4.1. PARAMETRE ETUDIES

1. *Age maternel*
2. *Age gestationnel*
3. *Parité,* regroupée comme suit;

- Primipare= pare 1
- Paucipare= pare 2
- Multipare= pare 3 à 5
- Grande Multipare= pare superieur à 5

4. *Gestité,* regroupée comme suit

-Primigeste= geste 1

-Paucigeste= geste 2 à 3

-Multigeste= geste supérieur ou égal à 4

5. *Avortement*

6. Type de grossesse*: monofoetale ou gémellaire*

7. *Apgar*

8. *Poids de naissance*

4.2 ANALYSE STATISTIQUE

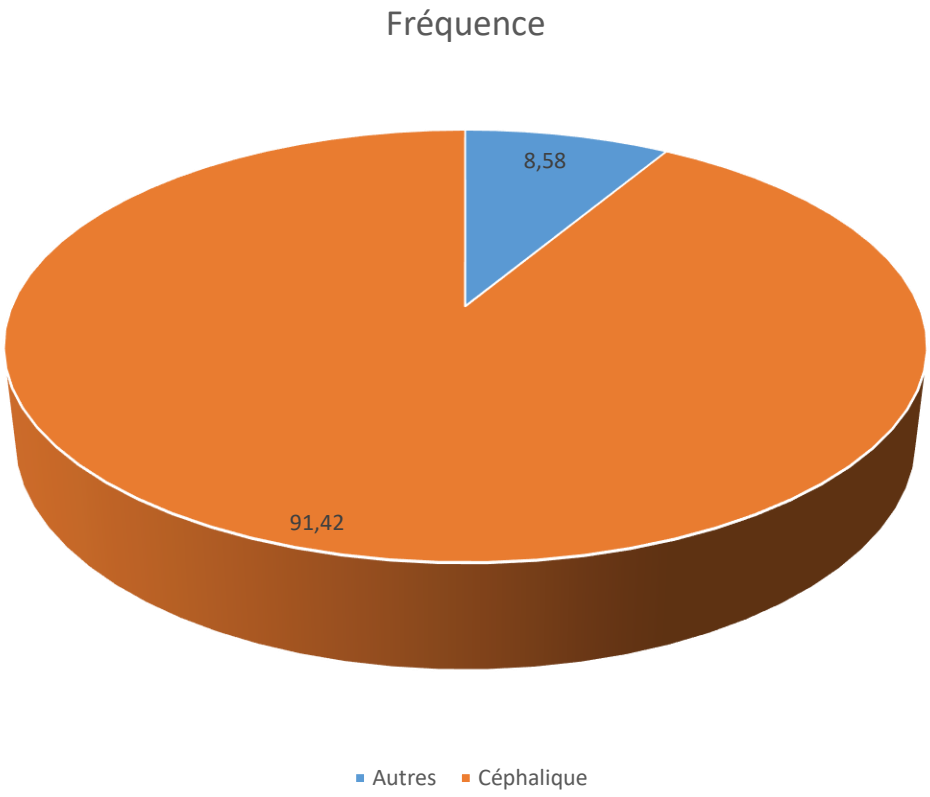
Les différentes données ont été saisies à l'ordinateur dans le logiciel Access et les analyses statistiques réalisées sur Epi Infos 7 et Microsoft Excel 2010.

Les moyennes sont présentées avec les écart-types.

CHAPITRE 5 : RESULTATS

5.1 Fréquence

Il ressort que sur 1866 accouchements enregistrés au cours de la période d'étude, 1706 accouchements étaient en présentation céphaliques soit 91,42%.



5.2 – Caractéristiques socio- démographiques

Tableau I : Répartition des femmes en fonction de la provenance Géographique

Commune	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
ANNEXE	336	19,7
KAMALONDO	117	6,86
KAMPEMBA	571	33,47
KATUBA	117	6,86
KENYA	74	4,34
LUBUMBASHI	414	24,27
RUASHI	77	4,51
TOTAL	1706	100

Ce tableau montre que 33,47% des gestantes venaient de la Kampemba contre 4,34% des gestantes qui venaient de la Kenya.

5.3 CARACTERISTIQUES CLINIQUES MARTERNELLES ET NEONATALES

Tableau II. Répartition des accouchées en fonction de l'âge maternel

AGE MATERNEL	EFFECTIFS (n)	POURCENTAGE (%)
<18 ans	55	3,22
18 à 35 ans	1391	81,54
>35 ans	260	15,24
TOTAL	1706	100

Il ressort de ce tableau que 81,54% des mères avaient l'âge compris entre 18 et 35 ans, et seulement 3,22% qui avaient moins de 18 ans. Avec une moyenne d'âge de 28,14±6,56 ans.

Tableau III. Répartition des accouchées en fonction de l'âge gestationnel

AGE GESTATIONNEL	EFFECTIFS (n)	POURCENTAGE (n)
<37 SA	694	40,68
37 à 42 SA	958	56,16
>42 SA	54	3,16
TOTAL	1706	100

Il est évident que 40,68% des accouchements étaient des enfants prématurés contre 56,16% qui étaient à terme et 3% d'accouchements post-terme.

L'âge gestationnel moyen était de 36,72±3,87 SA.

5.4 ETUDE CLINIQUE

5.4.1. PARITE

Tableau IV. Répartition des accouchées en fonction de la parité

PARITE	EFFECTIFS (n)	POURCENTAGE (%)
Primipare	429	25,15
Paucipare	314	18,4
Multipare	569	33,36
Grande multipare	394	23,09
TOTAL	1706	100

Ce tableau montre que les multipares représentaient 33,36% et les paucipares avec 18,40%. La moyenne de parité était de 2,61±2,48.

5.4.2 GESTITE

Tableau V. Répartition des accouchées en fonctions de la gestité

GESTITE	EFFECTIFS (n)	POURCENTAGE (%)
Primigeste	399	23,38
Paucigeste	474	27,78
Multigeste	833	48,84
TOTAL	1706	100

Les multigestes représentaient 48,84% contre les primigestes qui représentaient 23,38%.

La moyenne de la gestité était de 3,94±2,72.

5.4.3 APGAR

Tableau VI. Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la première minute

APGAR à la 1ère min	EFFECTIFS (n)	POURCENTAGE (%)
≤3	117	6,86
4 à 6	326	19,11
≥7	1263	74,03
TOTAL	1706	100

Ce tableau montre que 74,03% des nouveau-nés avaient un apgar supérieur ou égal à 7 à la première minute contre 6,86% de nouveau-nés avec un apgar inférieure ou égal 3. La moyenne était de 7,34±2,40.

Tableau VII. Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la cinquième minute

APGAR à la 5e minute	EFFECTIFS (n)	POURCENTAGE (%)
≤3	110	6,45
4 à 6	185	10,84
≥7	1411	82,71
TOTAL	1706	100

Il ressort de ce tableau que les nouveau-nés avec un score d'apgar à la cinquième minute inférieur ou égal à 3 représentaient 6,45% contre 82,71% de nouveau-nés avaient un score agar supérieur ou égal à 7. La moyenne était de 8,07±2,49.

Tableau VIII. Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la dixième minute

APGAR à la 10e minute	EFFECTIFS (n)	POURCENTAGE (%)
≤3	109	6,39
4 à 6	81	4,75
≥7	1516	88,86
TOTAL	1706	100

Nous voyons dans ce tableau qu'à la dixième minute, un score d'apgar inférieur ou égal à 3 était enregistré pour 6,39% de nouveau-nés contre 88,86% avec un score d'apgar supérieur ou égal à 7. Le score moyen était de 8,52±2,53.

5.4.4. POIDS DE NAISSANCE

Tableau IX. Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Poids de naissance	EFFECTIFS (n)	POURCENTAGE (%)
<2500g	328	19,23
2500 à 3999g	1342	78,66
>4000g	36	2,11
TOTAL	1706	100

Ce tableau montre que 78,66% des nouveau-nés avaient un poids de naissance entre 2500grammes et 3999grammes contre 2,11% qui avaient un poids supérieur à 4000grammes. Le poids moyen de naissance était de 2875,62±698,52 grammes.

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

6.1 FREQUENCE

Notre étude révèle une fréquence de 91,42% des accouchements en présentation céphalique par voie basse à l'Hopital Jason Nsédwe durant notre période d'étude.

Une étude menée par les Hautes Autorités de Santé (HAS) publiée en 2012, on note une fréquence des accouchements en présentation céphalique de 94,7% [IC95%=94,3-95,1].

Cette différence de pourcentage peut s'expliquer par la taille de l'échantillon qui est de 15 187 parturientes pour HAS contre 1 866 parturientes pour notre travail.

6.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

2.1 Provenance géographique

L'Étude révèle que 33,47% des gestantes provenaient de la commune KAMPEMBA, suivie de la commune de LUBUMBASHI avec 24,27% et au bas de la liste il y a la commune de la KENYA avec seulement 4,34%.

6.3 CARACTERISTIQUES CLINIQUES MARTERNELLES ET NEONATALES

6.3.1 Age maternel

L'âge maternel moyen de nos parturientes dans le groupe des accouchées avec présentation céphalique par voie basse était de 28,14±6,56 ans. Avec des extrêmes de 14 à 46 ans. La tranche d'âge supérieur à 35 ans qui caractérise un âge obstétricalement élevé représentait 15,24 %. Nos résultats sont comparables à ceux trouvés dans les travaux de certains auteurs : 29 ans pour Raturant en 1990 ; 27,15 ans pour Togola en 2009 ; Magnin et Yachouh en 2003 et 2009, rapportent dans leurs études des âges extrêmes de 17 et 47 ans avec un âge moyen de 28 ans.

Dans notre série, la plupart des parturientes (81,54%) avaient un âge entre 18 et 35 ans, groupe d'âge correspondant à la période optimale de fécondité.

Ceci peut s'expliquer par le faite que cette tranche d'âge est celle de maternité et d'instance activités génitales.

6.3.2 Age gestationnel

L'étude révèle que la moyenne de l'âge gestationnel était de 36,72±3,87 semaines d'aménorrhée, les extrêmes de 31 à 57 semaines d'aménorrhée. Nos résultats sont proches de ceux de Mukuku en 2011 qui avait trouvé un âge gestationnel moyen de 38,08 semaines d'aménorrhée. Rajaonary en 2004, rapporte une moyenne de 38,13 semaines d'aménorrhée allant de 36 à 41

semaines d'aménorrhée. Ces différences s'expliqueraient tout simplement par les critères d'inclusion de notre étude qui se différencient des autres ayant écartés les grossesses d'âge gestationnel inférieur à 36 semaines d'aménorrhée.

6.3.3 Parité

Notre étude relève que la parité moyenne était de 2,61±2,48 avec des extrêmes allant de 0 à 12 dans le groupe des accouchées en présentation céphalique par voie basse.

Notre moyenne est supérieure à celle trouvé par Rajaonary en 2004 qui était de 1,61 avec des extrêmes allant de 0 à 5. Ces divergences pourraient s'expliquer par le fait que notre société est plus pro-nataliste que les autres.

6.3.4 Gestité

Dans notre étude, la gestité moyenne était de 3,94±2,72 avec des extrêmes allant de 1 à 20. Cette moyenne est légèrement supérieure à celle trouvé par Rajaonary en 2004 qui était de 2,96 avec des extrêmes de 1 à 7. Ces divergences pourraient s'expliquer par le fait que notre société est plus pro-nataliste par rapport à d'autres.

6.3.5 APGAR

Le score d'APGAR moyen à la fin de la première minute était de 7,34±2,40. Cette moyenne est supérieure à celle trouvé en 2011 par Melle et Mukuku qui était respectivement de 6 et 6,96.

L'apgar à la cinquième minute a montré une moyenne de 8,07±2,49. Proche de celui trouvé par Mukuku en 2011 qui était de 8,35.

Enfin, l'évaluation à la fin de la $10^{ème}$ minute rapporte un score d'APGAR moyen de 8,52±2,53. Un score qui est de plus proche de celui trouvé par Mukuku en 2011 qui était de 8,93.

Ces petites différences sur le score d'apgar seraient dues aux critères d'inclusion : Mukuku en 2011 a inclus uniquement dans son étude les grossesses de plus de 35 semaines d'aménorrhée.

6.3.6 Poids de naissance

Dans notre étude, le poids moyen de naissance est de 2875,62±552,22 ; 19,23% de nouveau-nés avaient un poids inférieur à 2500grammes, suivie de 78,66% qui avaient un poids entre 2500grammes et 3999grammes et, enfin 2,11% avaient un poids supérieur à 4000grammes. Les extrêmes étant de 1625 et 4700 grammes.

Mukuku en 2011 avait trouvé un poids moyen de naissances de 3073 grammes, avec des extrêmes allant de 2000 à 4200 grammes. Dans son étude, les nouveau-nés ayant pesés moins de 2500 grammes représentaient 13% et ceux ayant pesés entre 2500 à 3999 grammes représentaient 10%.

Ces différences énormes dans ces deux études seraient dues à la taille de l'échantillon utilisé par Mukuku qui était de 30 nouveau-nés, sa période d'étude était de 18 mois et ses critères d'inclusion prenant uniquement les grossesses de plus de 35 semaines d'aménorrhées.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

Au terme de ce travail, les points saillants suivants sont retenus:

1° La fréquence de l'accouchement en présentation céphalique par voie basse était de 91,42%.

2° Les caractéristiques cliniques maternelles et néonatales de l'accouchement en présentation céphalique se présentent comme suit:

- Age maternel trouvés était de 28,14 ans.
- Age gestationnel moyen trouvés était de 36,72 semaines d'aménorrhée
- Parité moyenne était de 2,61.
- L'apgar moyen à la première, cinquième et dixième minute était respectivement de 7,34; 8,07 et 8,52.
- Poids de naissance moyen était de 2875,75 grammes.

RECOMMANDATION

Au terme de notre étude, et dans le cadre perspective de gestion de l'accouchement en position céphalique par voie basse dans notre milieu, nous formulons quelques recommandations ci-après :

- L’accouchement en présentation céphalique par voie basse doit être dirigée par un médecin, vu que certaines variantes de cette présentation sont parfois dystociques (front) et donc potentiellement dangereuse.
- Nous suggérons pour l’avenir la réalisation d’étude plus approfondie afin de ressortir sa fréquence et les complications liées aux présentations de face et de front.

REFERENCES

- Boukerou et al/Gynécologie obstétrique Ɛ fertilité (2011)
- Buambo SF, Buambo GA, Makoumbou P, Oyere P, Moke, Gnekoumbou AL. Accouchement en presentation de siege au CHU de Brazzaville. *Médecine d'Afrique Noire* 2006 ; 53(5) : 287-292
- Collège national des gynécologues et obstétriciens (CNGOF) Item 22 : accouchement, délivrance et suites de couches normales
- Comité éditorial 2014
- Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF : étude de l'accouchement en présentation du sommet : l'accouchement (troisième temps de la deuxième étape du travail
- Deen CHU de Conakry ; 2 Service de Gynecologie Obstétrique Donka CHU de Conakry
- Durline H, Gordon D, Milbeberg J, Michelle A W, Jenet R The frequency of breech presentation based study. Am Jr of Obstet & Gynecol 1992; 166: 851-2
- Encyclopédie médicale Wik med version of Friday, jully 12.2013
- HAS décembre 2017
- Hellman L, Eperson JW, Connaly F. face presentation and brow presentations. Am J obstet Gynecol, 1950 : 59 : 831-42
- http//…WWW. UVmf. Org/UE obstétrique/délivrance/site/html/1.html
- IFS cours de gynécologie : la grossesse : 2013
- J. LANSAC. CHU TOURS : présentation du front de la face du bregma de l'épaule lien 2014
- JAMO, volume 7-numéro 5 – 1ère semestre 2015
- JULIOT PERRINE (20 novembre 2010) : la prise en charge de variétés postérieures pendant le travail

- M. MORY BENGALY : Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel : 2014
- Scheer K, Nubar J. Variation of foetal presentation with gestationnal age. Am J Obstet Gynecol 1976 ; 125 : 269.
- MUKUKU KABIRIKO Olivier : Accouchement du siège par voie basse, Cliniques Universitaires de Lubumbashi du 1er janvier 2010 au 30 juin 2011 chez 130 parturientes
- Suzanne F. ; Portal B. ; Greze A ; Baudon J. Critère d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation de siège. Apropos d'une étude rétrospective de 1475 cas. Rev. Française de Gynecoobstétrique, 1979; 5:349-356b
- T SY1, Y DIALLO1, A DIALLO1, A SOUMAH1, FB DIALLO1, HYJAZI Y2, MS DIALLO1 Service de Gynecologie Obstétrique Ignace
- WWW. La rousse.fr