



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**PRÉSENTATION DE LA FACE :  
FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC.**

*Une étude cas-témoins.*

Présentée et soutenue publiquement le 04 mars 2016 à 18h00  
au Pôle Recherche  
Par **Emmanuelle Arsène**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Deruelle**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Storme**

**Madame le Professeur Houfflin-Debarge**

**Madame le Docteur Clouqueur**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur Subtil**

---

## Table des matières

<b>Rationnel .....</b>	<b>1</b>
<b>ARTICLE 1 : Facteurs anténataux liés à la présentation de la face .....</b>	<b>3</b>
<b>Résumé ARTICLE 1 .....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction ARTICLE 1 .....</b>	<b>4</b>
<b>Matériels et méthodes ARTICLE 1 .....</b>	<b>5</b>
<b>Résultats ARTICLE 1 .....</b>	<b>8</b>
<b>Discussion ARTICLE 1 .....</b>	<b>10</b>
<b>Tableaux ARTICLE 1 .....</b>	<b>16</b>
Figure 1. Diagramme de flux.....	16
Tableau 1. Caractéristiques maternelles .....	17
Tableau 2. Caractéristiques fœtales et néonatales.....	18
Tableau 3. Régression logistique .....	19
<b>Références bibliographiques ARTICLE 1 .....</b>	<b>20</b>
<b>ARTICLE 2 : Pronostic de l'accouchement en présentation de la face.....</b>	<b>22</b>
<b>Résumé ARTICLE 2 .....</b>	<b>22</b>
<b>Introduction ARTICLE 2 .....</b>	<b>23</b>
<b>Matériels et méthodes ARTICLE 2.....</b>	<b>25</b>
<b>Résultats ARTICLE 2 .....</b>	<b>28</b>
<b>Discussion ARTICLE 2 .....</b>	<b>31</b>
<b>Tableaux ARTICLE 2 .....</b>	<b>36</b>
Figure 1. Diagramme de flux.....	36
Tableau 1. Caractéristiques des patientes .....	37
Tableau 2. Déroulement du travail et issue de l'accouchement.....	38
Tableau 3. Pronostic néonatal.....	39
Tableau 4. Facteurs liés à la réalisation d'une césarienne.....	40
Tableau 5. Test de Mantel-Haenzel .....	41
<b>Références bibliographiques ARTICLE 2.....</b>	<b>42</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>43</b>

## Rationnel

L'accouchement physiologique comporte trois phases : une première phase de dilatation du col, une seconde phase d'expulsion du mobile fœtal qui comporte l'engagement, la descente et le dégagement du fœtus, et une troisième phase de délivrance placentaire. Lors de l'expulsion du mobile fœtal, la présentation la plus habituelle est la présentation du sommet, dont le diamètre maximal est le diamètre sous-occipito-bregmatique mesurant 9,5 cm.

A l'inverse de cette présentation du sommet dans laquelle la tête est bien fléchie, il existe des présentations défléchies, soit partiellement comme dans les présentations du bregma et du front, soit complètement comme dans la présentation de la face. Dans cette présentation rare – moins de un accouchement sur mille – il existe en effet une hyperextension de la tête fœtale, entraînant l'occiput au contact de la nuque, avec présentation du menton au détroit supérieur du bassin. Le diamètre maximal qui est alors présenté au détroit supérieur est le diamètre sous-mento-bregmatique - mesurant également 9,5 cm - de telle sorte qu'un accouchement par les voies naturelles est en théorie possible.

La mécanique obstétricale de la présentation de la face est bien décrite dans la littérature. La problématique de cette présentation réside dans le fait que le fœtus présente ensuite son diamètre présterno-sincipital au détroit supérieur, diamètre incompatible avec l'engagement. Pour que l'engagement et la descente de la présentation soient alors possible, il est indispensable que le menton tourne en avant et glisse sous la symphyse pubienne, de façon à désolidariser le bloc tête-tronc, contournant ainsi l'obstacle.

Si le menton reste en postérieur, cela aboutit à un enclavement de la présentation au niveau du sacrum : l'accouchement eutocique est impossible.

Mais si la mécanique obstétricale de la présentation de la face est bien connue, d'autres aspects de cette présentation le sont moins, notamment les facteurs favorisant cette hyperdéflexion – que nous appellerons facteurs de risques –, ainsi que son pronostic. La plupart des études concernant ces aspects sont très anciennes et discutables sur le plan méthodologique : seules quatre études abordant les facteurs de risque et/ou le pronostic de la présentation de la face ont été publiées depuis 20 ans, dont une seule comporte un groupe témoin.

Nous avons donc mené deux études cas-témoins. La première visait à mettre en évidence les facteurs de risques maternels et fœtaux liés à l'existence d'une présentation de la face, afin de mieux comprendre le mécanisme aboutissant à cette présentation.

La seconde étude avait pour but de comparer le pronostic de la tentative d'accouchement par voie basse d'une présentation de la face à la tentative d'accouchement par voie basse d'une présentation du sommet, seule façon d'évaluer réellement le pronostic actuel d'une telle présentation.

## Résumé Article 1

### Facteurs anténataux liés à la présentation de la face :

#### *Une étude cas-témoins.*

Introduction : La présentation de la face est rare. Ses facteurs de risque sont débattus et son mécanisme pratiquement inconnu.

Objectifs : Déterminer les facteurs anténataux liés à l'existence d'une présentation de la face à l'accouchement. Discuter du mécanisme par lequel la présentation de la face survient.

Matériel et méthodes : Etude cas témoins. Tous les cas de présentation de la face survenus pendant une période de 16 ans entre 22 et 42 SA dans une maternité de type 3 universitaire ont été colligés. Pour chaque cas, trois patientes témoin ayant accouché le même jour ont été retenues.

Résultats : Pendant la période d'étude, 64 cas de présentation de la face - incidence: 0.8 pour mille naissances - ont été comparés à 191 témoins. Après régression logistique, les quatre facteurs les plus liés à l'existence d'un accouchement en présentation de la face étaient l'existence d'une grossesse gémellaire (OR 25.8 [4.7-141.8]), d'un poids de naissance < 2500 g (OR 8.9 [2.1 – 38.0]), d'un hydramnios (OR=7.1 [2.0 – 25.2]), ainsi que la multiparité (OR 3.6 [1.5 – 8.6]).

Conclusion : Ces facteurs sont tous liés à une diminution des contraintes utérines sur la partie déclive du mobile fœtal. Celle-ci pourrait jouer un rôle dans le mécanisme de survenue d'une présentation de la face.

## Introduction

Au cours de l'accouchement, la présentation de la face correspond à une hyperextension de la tête fœtale, entraînant l'occiput au contact de la nuque, avec présentation du menton au détroit supérieur (1). Il s'agit d'une présentation rare, dont l'incidence varie entre 0.5 et 3 pour 1000 accouchements selon les séries (1–4). Elle est liée à une augmentation du risque de césarienne (5–7) mais son étiologie et son mécanisme sont mal compris.

La cause de la présentation de la face est souvent décrite comme multifactorielle (1,8), mais il n'y a pas d'unanimité sur les différents facteurs qui lui sont liés (4,9). La plupart des études concernant cette présentation ont été publiées il y a plus de vingt ans et ont été réalisées sans groupe témoin (2,3). Depuis 1998, seules quatre études (8,10-12) ont été publiées, mais une seule comporte un groupe témoin et étudie spécifiquement les facteurs associés à la présentation de la face. Elle retrouvait comme facteurs de risque de cette présentation l'obésité maternelle, la race noire de la mère, la prématurité et l'existence d'un petit poids de naissance (10). Cependant, aucune autre étude récente n'a étudié ces facteurs en comparaison avec une population témoin et la nature de leur relation avec la présentation de la face est inconnue.

Afin de mieux comprendre les mécanismes qui aboutissent à l'existence d'une présentation de la face, nous avons mené une nouvelle étude afin de mettre en évidence les facteurs maternels et fœtaux liés à cette présentation.

## Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de type cas-témoins menée dans notre maternité de type 3 universitaire entre le 22 mars 1996 et le 31 décembre 2012. Après l'approbation d'un comité national d'éthique (CEROG OBS 2014-06-03), les dossiers des patientes cas et témoins ont été recherchés à partir de la base des données informatisées des accouchements réalisés depuis son ouverture le 22 mars 1996. Pour les cas, étaient incluses les patientes accouchant d'un enfant en présentation de la face pesant au moins 500g et entre 22 et 42 semaines d'aménorrhée (SA). Les morts fœtales in utero et les interruptions médicales de grossesse ont été exclues. Afin d'augmenter la probabilité d'identifier des facteurs liés à cette présentation, nous avons inclus pour chaque cas trois patientes témoins, déterminées suivant le jour et l'heure de l'accouchement (deux patientes avant le cas index, et une patiente après). Les interruptions médicales de grossesse et les morts fœtales in utero ont été également exclues de la population témoin, ainsi que les présentations autres que celle du sommet.

Les variables maternelles potentiellement liées à l'existence d'une présentation de la face ont été systématiquement relevées : âge, taille, indice de masse corporelle, parité, grossesse multiple, hydramnios, existence d'un utérus cicatriciel, données de la pelvimétrie (si réalisée), nature du travail, durée du travail. De la même façon, les variables fœtales et néonatales ont été recueillies : âge gestationnel à l'accouchement, existence d'une bretelle ou d'un circulaire du cordon (systématiquement décrit dans le compte rendu d'accouchement si présent), poids de naissance, présence d'une malformation, périmètre céphalique à la naissance.

L'hydramnios était défini par l'existence d'une grande citerne de liquide amniotique de plus 8 cm ou d'un index des quatre quadrants de plus de 25 cm à l'une des échographies de dépistage du 2<sup>e</sup> et/ou du 3<sup>e</sup> trimestre, ou bien par un écoulement d'au moins 2000 mL lors de la rupture des membranes (quantifié à l'aide d'un sac gradué lors de l'accouchement). En cas de grossesse gémellaire, seul le jumeau en présentation de la face a été retenu pour faire partie des cas, qu'il s'agisse du premier ou du second jumeau. Pour les grossesses gémellaires du groupe témoin, un des deux jumeaux a été aléatoirement sélectionné - à l'aide d'une table de nombre au hasard -, afin d'obtenir la même proportion de premiers ou de second jumeaux dans ce groupe.

Dans le premier temps de l'analyse, nous avons recherché les facteurs maternels ou foetaux liés de manière univariée à la survenue d'une présentation de la face. Pour les variables qualitatives, une analyse comparative des cas et des témoins a été effectuée à l'aide du test du Khi-deux ou du test de Fisher exact si l'effectif théorique était faible. Pour les variables quantitatives, les comparaisons ont fait appel au test de Mann-Whitney pour les données dont la distribution n'était pas gaussienne, ou un test de Student pour les variables quantitatives dont la distribution était gaussienne. La normalité de la distribution des variables quantitatives a été testée selon le test de Shapiro Wilks. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS software version 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC 25513). Les pourcentages figurent entre parenthèses et les moyennes sont présentées avec l'écart type de la distribution. Une valeur de  $p < 0.05$  a été considérée comme statistiquement significative.

Dans un second temps, la recherche de facteurs prédictifs d'accouchement par la face a été effectuée au moyen d'une régression logistique. Toutes les variables issues de l'analyse univariée ayant un niveau de significativité inférieur à 10% ont été sélectionnées et un expert clinique a validé les variables qui ont été incluses dans un modèle de régression logistique pas à pas ascendante. La réalisation d'une césarienne en cours de travail, qui ne pouvait pas être considéré comme un facteur de risque de présentation de la face, mais uniquement comme une conséquence éventuelle de cette présentation, n'a pas été retenue dans ce modèle. Seul le modèle final est présenté avec les Odds Ratio et leur intervalle de confiance à 95%.

## Résultats

Parmi les 77878 naissances à partir de 22 SA survenues dans notre maternité pendant la période d'étude, 76197 étaient vivantes (Figure 1). Parmi celle-ci, 64 ont eu lieu en présentation de la face, soit une incidence de 0.8 pour 1000 naissances. Tous les cas ont été diagnostiqués pendant le travail, excepté un cas suspecté auparavant lors d'une échographie et confirmé secondairement par un examen clinique. Après exclusion des présentations non céphaliques, ces 64 accouchements par la face ont été comparés à une population témoin de 191 patientes ayant accouché d'un singleton ou d'un jumeau en présentation du sommet (il n'y avait pas de grossesse de rang  $\geq 3$  dans cet échantillon).

Les caractéristiques maternelles des patientes sont présentées selon le mode d'accouchement en présentation de la face (cas) ou céphalique (témoins) (Tableau 1). Les patientes ayant accouché en présentation de la face étaient plus souvent multipares que celles accouchant en présentation céphalique (73.4% vs 52.9%,  $p=0.004$ ). Elles ont plus souvent accouché de jumeaux (15.6% vs 2.6%,  $p=0.0006$ ), sans que le rang du fœtus soit lié à la présentation de la face, avec 40% de premiers jumeaux et 60% de deuxièmes jumeaux dans le groupe des cas (comparé à 60% et 40% respectivement dans le groupe témoin). Les patientes ayant accouché en présentation de la face étaient en moyenne plus petites de deux centimètres que les patientes ayant accouché en présentation du sommet. L'accouchement par la face était par ailleurs très lié à l'existence d'un hydramnios, présent chez 20.3% des patientes du groupe des cas mais seulement chez 2.1% des patientes du groupe des témoins ( $p<0.0001$ ).

Le taux de césariennes avant travail était similaire dans les deux groupes. Enfin, la fréquence des césariennes en cours de travail était environ trois fois plus élevée en cas de présentation de la face qu'en cas de présentation céphalique (31.7% vs 9.2%,  $p < 0.0001$ ).

Les caractéristiques fœtales et néonatales sont résumées dans le tableau 2. L'ensemble des fœtus (cas et témoins) avaient un âge gestationnel  $\geq 27$ SA et un poids  $\geq 500$ g. Les nouveau-nés en présentation de la face étaient plus souvent prématurés et avaient un poids de naissance plus souvent inférieur à 2500g que ceux nés en présentation céphalique. Parmi les 16 enfants prématurés nés en présentation de la face, l'âge gestationnel moyen était de  $32.4 \pm 3.0$  SA (27-36 SA) et le poids moyen était de  $1670 \pm 490$  g (940-2700g). Leur périmètre céphalique était en moyenne plus élevé en cas de présentation de la face, sans que la fréquence de la macrosomie ne soit plus élevée dans ce groupe. Enfin, il n'y avait pas de différence entre les groupes pour la fréquence des bretelles et des circulaires du cordon, ni pour celle des malformations fœtales ou néonatales.

Conformément au protocole d'analyse, les facteurs suivants ont été placés dans le modèle de régression logistique au seuil  $p \leq 0.10$  : taille maternelle, multiparité, grossesse gémellaire, hydramnios, prématurité, poids de naissance inférieur à 2500g, périmètre céphalique à la naissance. Après régression logistique (Tableau 3), la présentation de la face était significativement liée à l'existence d'une grossesse gémellaire, d'un poids de naissance inférieur à 2500g, d'un hydramnios et d'une multiparité, et 54 patientes parmi 64 avaient au moins un de ces facteurs présent (84.4%). La présentation de la face restait également liée à une taille maternelle plus faible et à un périmètre crânien plus élevé.

## Discussion

Dans notre étude observationnelle où l'incidence de la présentation de la face était de 0.8 pour mille naissances, six facteurs liés à cette présentation ont été mis en évidence : l'existence d'une grossesse gémellaire, d'un poids de naissance inférieur à 2500g, d'un hydramnios, d'une multiparité, d'un périmètre crânien élevé et d'une petite taille maternelle.

L'incidence de la présentation de la face de 0.8 pour mille naissances que nous avons constatée est proche de l'incidence de 1 pour mille trouvée par la plupart des autres auteurs (7,11,12). Cette incidence semble assez peu varier dans le temps et d'un pays à l'autre, avec des extrêmes allant cependant de 0.5 à 3 pour 1000 naissances (1,4). Cette rareté de la présentation de la face explique que le nombre de publications qui lui sont consacrées soit faible. Au cours de ces 20 dernières années, nous n'avons retrouvé que quatre études portant sur cette présentation (8,10-12), dont seulement une comporte un groupe témoin et étudie spécifiquement les facteurs de risques qui lui sont associés (10).

La gémellité, retrouvée dans notre étude dans 15% des naissances en présentation de la face, est apparue comme le facteur de risque le plus fortement lié à la présentation de la face (OR = 25.8 [4.7 – 141.8]). A notre connaissance, cette association n'a jamais été décrite dans la littérature, même si Ducarme (8) puis Bhal (12) ont retrouvé environ 6% de grossesses gémellaires dans leurs séries respectives, ce qui est supérieur au taux de 1% de grossesses multiples habituellement décrit dans la population générale (13).

Un poids de naissance inférieur à 2500g était lié à une augmentation par 9 du risque d'accoucher en présentation de la face dans notre étude. Ce lien a déjà été retrouvé par d'autres auteurs tels que Bhal (12) puis Shaffer (10). En utilisant le seuil de 1500g pour définir les petits poids de naissance parmi 37 présentations de la face, Bhal et al retrouvaient en effet 11% d'enfants pesant moins de 1500g parmi les accouchements en présentation de la face, mais seulement 1% parmi les nouveau-nés en présentation du vertex.

L'hydramnios apparaissait également comme un facteur fortement lié au risque de survenue d'une présentation de la face dans notre étude. Ce facteur avait déjà été décrit dans d'anciennes séries (9,14–16), mais, pour la plupart des auteurs, survenait dans un contexte d'anencéphalie. Il apparaissait à cette époque peu probable que l'hydramnios en lui-même soit responsable d'une présentation de la face. Cependant, notre étude a démontré que l'hydramnios isolé est un facteur de risque indépendant de présentation de la face. Certains auteurs considèrent que l'hydramnios peut être secondaire à cette présentation défléchie du fait de la gêne à la déglutition du liquide amniotique par compression de l'œsophage contre le plan vertébral (17). Nous faisons plutôt l'hypothèse que l'hydramnios serait la cause plus que la conséquence de cette présentation, l'excès de liquide amniotique entraînant une gêne à l'accommodation fœto-pelvienne permettant au fœtus de se défléchir. Le taux élevé d'hydramnios (20%) que nous avons observé par rapport aux études antérieures (3-8%) peut s'expliquer du fait de la définition en partie échographique de l'hydramnios dans notre étude, alors que les séries plus anciennes considéraient seulement l'écoulement de liquide amniotique à la rupture des membranes pour le définir (9,14–16). Dans notre groupe témoin, la fréquence de l'hydramnios était de 2% et conforme à celle qui est observée chez des patientes à bas risque (1,18,19).

En ce qui concerne la multiparité, il s'agit d'un facteur également déjà décrit par différents auteurs (9,16). Ainsi, Cruikshank a fait l'hypothèse qu'une parité élevée pourrait favoriser une telle présentation par la laxité de la paroi abdominale et le diastasis des muscles (16,20). Cette association n'est cependant pas décrite de façon unanime (10,11). Dans l'étude de Zayed (11), le taux de multipares est aussi élevé en cas de présentation de la face (81%) qu'en cas de présentation du sommet (78%).

Nous avons par ailleurs constaté qu'une petite taille maternelle était liée à l'existence d'une présentation de la face. Ce facteur de risque reste à notre sens discutable. D'un côté, cette caractéristique maternelle n'a jamais déjà été décrite antérieurement (10-12). De l'autre, l'odds ratio observé dans notre étude après régression logistique était à la limite de la significativité statistique (0.94 [0.90-0.99]), avec des patientes mesurant en moyenne seulement 2 centimètres de moins que celles du groupe témoin. Enfin, parmi les quelques patientes ayant effectué une radiopelvimétrie, nous n'avons pas constaté de diminution des dimensions du bassin maternel chez les patientes ayant accouché d'une présentation de la face.

Dans notre série, le périmètre céphalique apparaissait comme plus élevé d'un demi-centimètre en moyenne en cas de présentation de la face, tandis que les foetus avaient un poids de naissance moyen identique dans les deux groupes. Ce paramètre n'a à notre sens jamais été décrit dans la littérature. Nous faisons l'hypothèse que cette augmentation du périmètre crânien pourrait être la conséquence de ce type de présentation plutôt que sa cause (forme particulière de l'occiput à la naissance).

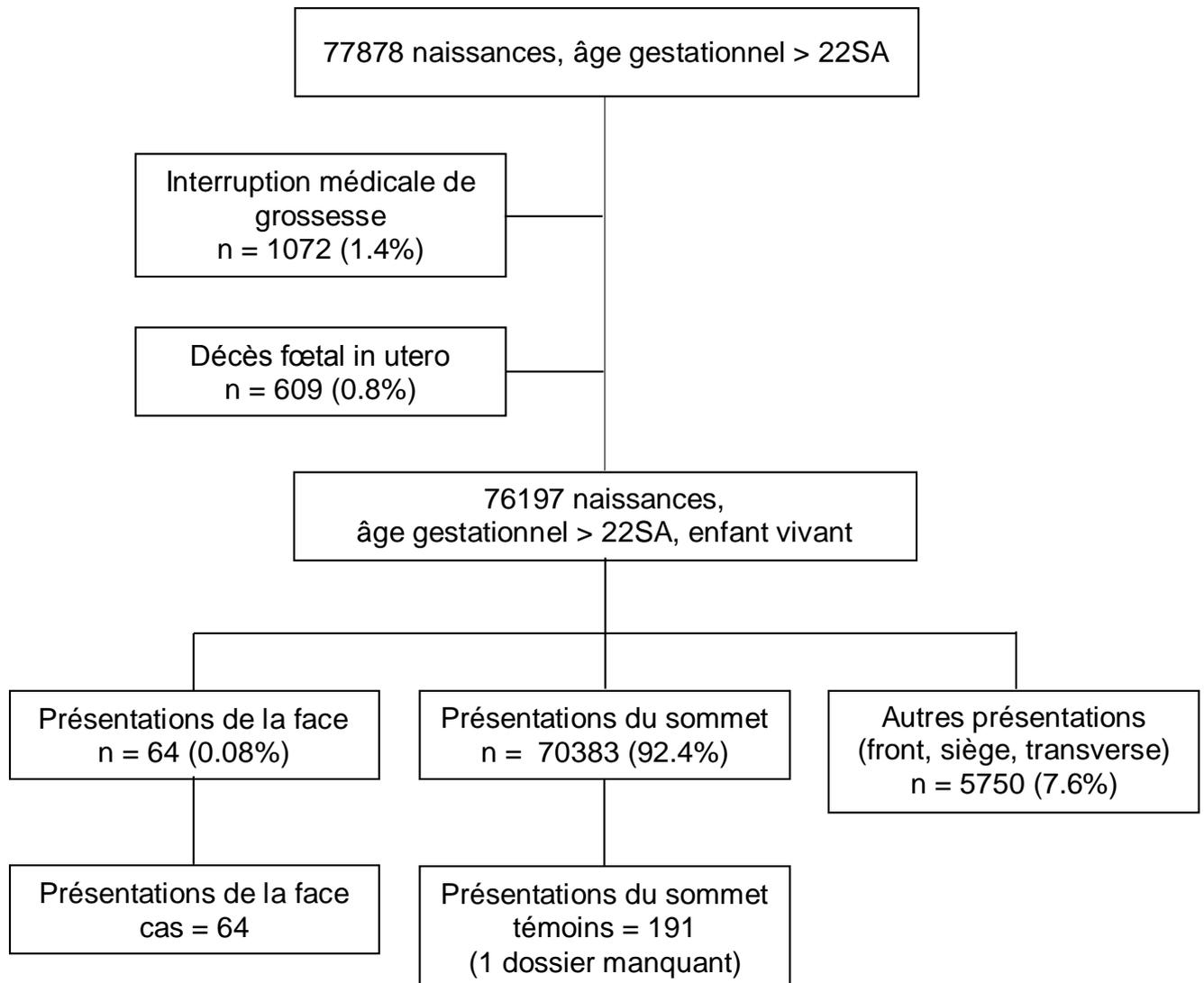
Enfin, un certain nombre de facteurs déjà décrit dans la littérature n'ont pas été retrouvé dans notre étude. En ce qui concerne les facteurs maternels, ni la nulliparité (21), ni l'obésité (10) n'apparaissaient comme liés à l'existence d'une présentation de la face. Concernant les facteurs fœtaux, ni la macrosomie (14,16), ni l'existence d'un dépassement de terme (9) n'apparaissaient non plus comme significativement liés à celle-ci. Nous n'avons pas retrouvé dans le groupe des cas plus de malformations fœtales entraînant une hyperextension de la tête fœtale (16,17), bien que nous ayons observé deux fœtus en hyperextension du fait d'une malformation sous-jacente. Il est en effet possible que certaines malformations fœtales aboutissent à une déflexion de la tête fœtale mais notre série indique qu'il s'agit d'une situation rare (3.1% des cas dans notre série). Enfin, nous n'avons pas retrouvé plus d'anomalies du cordon (bretelle ou circulaire), ni aucun cas de placenta prævia associé à la présentation de la face dans notre étude (4,16).

Au total, quatre facteurs de risque de présentation de la face ont été mis en évidence dans notre étude : la gémellité, un poids fœtal inférieur à 2500g, la présence d'un hydramnios ainsi que la multiparité. Même si seulement 84% des patientes présentent l'un de ces quatre facteurs, ils semblent tous les quatre concordants pour l'hypothèse d'un mécanisme unique. En effet, ils semblent tous liés à une augmentation relative du volume utérin par rapport au mobile fœtal, donc à une diminution des contraintes sur la partie déclive du mobile fœtal (où s'exercent normalement les pressions qui aboutissent au phénomène de flexion de la tête fœtale). Cette diminution des contraintes utérines autoriserait ainsi la déflexion de la tête fœtale.

Dans les grossesses gémellaires, la diminution des contraintes utérines est à la fois plausible pour le premier jumeau (sac amniotique du second jumeau) et pour le second jumeau (persistance d'une distension utérine après la naissance du premier jumeau). Cette réduction des contraintes autour de la tête fœtale apparaît également plausible pour les trois autres facteurs : poids de naissance inférieur à 2500g, hydramnios et multiparité.

Les limites de notre étude sont principalement de trois ordres. Tout d'abord, il s'agit d'une étude rétrospective, et nous ne pouvons donc exclure la possibilité de biais de recueil, notamment de données manquantes concernant la présentation lorsqu'une césarienne est réalisée. Cependant, le type de présentation est systématiquement noté et informatisé dans notre service quelle que soit la dilatation cervicale pour toute césarienne, ce qui limite la possibilité de biais concernant les présentations de la face qui auraient bénéficié d'une césarienne programmée. Ensuite, la présentation de la face est rare, ce qui nous a mené à étendre le recueil sur une période de 16 ans, avec des pratiques obstétricales ayant possiblement changé durant cette période. Cependant, la plupart des facteurs de risque étudiés dans notre série ont une incidence stable au cours du temps. Enfin, nous n'avons pas mis en évidence un taux de malformations fœtales aboutissant à une hyperextension de la tête fœtale plus élevé parmi les cas dans notre série. L'incidence de ces malformations fœtales étant faible dans la population générale, il est possible que notre étude aie manqué de puissance pour démontrer ce facteur de risque.

Mais notre série de présentations de la face à la recherche de facteurs de risque est la plus grande constituée depuis plus de 20 ans. Sa qualité méthodologique est supérieure à celle d'autres études plus anciennes. Comme la présentation de la face est un évènement rare, une étude rétrospective cas-témoins était la seule façon d'apporter de nouvelles connaissances. Ainsi, notre série a permis de mettre en évidence des facteurs de risque jamais prouvés auparavant, comme la gémellité et la présence isolée d'un hydramnios. Bien que l'existence d'un ou de plusieurs de ces facteurs ne peut prédire à elle-seule la survenue d'une présentation de la face, qui est avant tout un évènement rare et imprévisible, la description de ces quatre facteurs nous a permis d'évoquer un mécanisme unique aboutissant à cette déflexion. L'hypothèse d'une diminution des contraintes utérines appliquées sur la partie déclive du mobile fœtal comme condition de survenue d'une présentation de la face pourrait aider les praticiens amenés à prendre en charge cette présentation presque «mystérieuse» du fait de sa rareté – moins de 1 pour mille naissances – et d'apporter une tentative d'explication auprès de leurs patientes.

**Figure 1. Diagramme de Flux.**

**Tableau 1.**  
**Caractéristiques maternelles selon le type de présentation**

	<b>Face</b>	<b>Céphalique</b>	<b>p</b>
	<b>n=64</b>	<b>n=191</b>	
Age maternel (années)	29.8 ± 5.1	29.3 ± 5.7	0.54
Taille (cm)	162.7 ± 6.2	164.9 ± 6.4	0.02
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22.6 ± 5.3	23.2 ± 5.2	0.64
Multiparité	47 (73.4)	101 (52.9)	0.004
Grossesse gémellaire	10 (15.6)	5 (2.6)	0.0006
Hydramnios	13 (20.3)	4 (2.1)	< 0.0001
Utérus cicatriciel	7 (10.9)	21 (11.0)	0.99
Pelvimétrie : index du détroit supérieur (mm) *	247.8 ± 22.1	234.8 ± 10.8	0.12
Nature du travail			
Spontané	46 (71.9)	133 (69.6)	
Déclenché	14 (21.9)	41 (21.5)	0.79
Césarienne avant travail	4 (6.2)	17 (8.9)	
Durée du travail (h)	4.3 ± 2.5	5.1 ± 2.9	0.11
Césarienne en cours de travail **	19 (31.7)	16 (9.2)	< 0.0001

\* Seulement 10/64 faces (15.6%) et 11/191 des témoins (5.8%) avaient réalisé cet examen avant l'accouchement. L'index du détroit supérieur est la somme des diamètres médians du bassin mesurés au détroit supérieur (norme supérieure à 210mm) ; cet examen est de moins en moins pratiqué dans notre pays (22).

\*\* uniquement en cas de tentative de voie basse.

**Tableau 2.****Caractéristiques fœtales et néonatales selon le type de présentation**

	<b>Face n=64</b>	<b>Céphalique n=191</b>	<b>P</b>
Age gestationnel à l'accouchement (SA)	38.0 ± 3.7	38.7 ± 2.6	0.68
Prématurité (<37SA)	16 (25.0)	23 (12.0)	0.01
Terme dépassé (≥42SA)	2(3.1)	7(3.7)	>0.99
Bretelle ou circulaire du cordon	15 (23.4)	47 (24.6)	0.85
Poids de naissance (grammes)	2960 ± 900	3090 ± 700	0.92
Poids ≤ 2500g	18 (28.1)	28 (14.7)	0.02
Macrosomie (≥4000g)	3 (4.7)	17 (8.9)	0.42
Malformation fœtale ou néonatale	5 (7.8)	10 (5.2)	0.54
Cause d'une hyperextension *	2 (3.1)*	1 (0.5)§	0.16
Périmètre céphalique à la naissance (cm)	34.7 ± 3.2	34.2 ± 1.9	0.008

\* Une anencéphalie au sein d'une grossesse gémellaire, un hydrothorax avec œdème cervical.

§ Un volumineux tératome frontal.

**Tableau 3. Régression logistique :**  
**Facteurs liés à l'existence d'une présentation de la face**

	n (%)	OR ajusté
1. Grossesse gémellaire*	10 (15.6)	25.8 [4.7 – 141.8]
2. Poids inférieur à 2500g*	18 (28.1)	8.9 [2.1 – 38.0]
3. Hydramnios*	13 (20.3)	7.0 [1.9 – 25.2]
4. Multiparité*	47 (73.4)	3.6 [1.5 – 8.6]
5. Périmètre crânien (/cm)		1.7 [1.3 – 2.2]
6. Taille maternelle (/cm)		0.94 [0.90 – 0.99]

\* Parmi les 64 patientes présentant une présentation de la face, 54 présentaient au moins un de ces 4 facteurs (84.4%).

## Références bibliographiques

1. Cunningham FG, Williams JW, editors. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2010.
2. Posner AC, Cohn S. An analysis of 45 face presentations. Am J Obstet Gynecol. 1951;62(3):592-9.
3. Reinke T. Face presentation; a review of 94 cases. Am J Obstet Gynecol. 1953;66(6):1185-90.
4. Duff P. Diagnosis and management of face presentation. Obstet Gynecol. 1981;57(1):105-12.
5. Benedetti TJ, Lowensohn RI, Truscott AM. Face presentation at term. Obstet Gynecol. 1980;55(2):199-202.
6. Seeds JW, Cefalo RC. Malpresentations. Clin Obstet Gynecol. 1982;25(1):145-56.
7. Schwartz Z, Dgani R, Lancet M, Kessler I. Face presentation. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1986;26(3):172-6.
8. Ducarme G, Ceccaldi P-F, Chesnoy V, Robinet G, Gabriel R. [Face presentation: retrospective study of 32 cases at term]. Gynecol Obstet Fertil. 2006;34(5):393-6.
9. Thoulon JM, Magnin P, Yachouh I. [Face presentation]. Rev Fr Gynecol Obstet. 1971;66(4):231-44.
10. Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Laros RK, Caughey AB. Face presentation: Predictors and delivery route. Am J Obstet Gynecol. 2006;194(5).
11. Zayed F, Amarin Z, Obeidat B, Obeidat N, Alchalabi H, Lataifeh I. Face and brow presentation in northern Jordan, over a decade of experience. Arch Gynecol Obstet. 2008;278(5):427-30.
12. Bhal PS, Davies NJ, Chung T. A population study of face and brow presentation. J Obstet Gynaecol. 1998;18(3):231-5.
13. Steins Bisschop CN, Vogelvang TE, May AM, Schuitemaker NWE. Mode of delivery in non-cephalic presenting twins: a systematic review. Arch Gynecol Obstet. 2012;286(1):237-47.
14. Dede JA, Friedman EA. Face presentation. Am J Obstet Gynecol. 1963;87:515-24.
15. Mostar S, Akaltin E, Babuna C. Deflexion attitudes. Median vertex, persistent brow, and face presentations. Obstet Gynecol. 1966;28(1):49-56.

16. Cruikshank DP, Cruikshank JE. Face and brow presentation: a review. *Clin Obstet Gynecol.* 1981;24(2):333-51.
17. White TG. Deflexion attitudes of the foetus in utero with special reference to the aetiology and diagnosis of face and brow presentation. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1954;61(3):302-17.
18. Hill LM, Breckle R, Thomas ML, Fries JK. Polyhydramnios: ultrasonically detected prevalence and neonatal outcome. *Obstet Gynecol.* 1987;69(1):21-5.
19. Stanescu AD, Banica R, Olaru G, Ghinda E, Birdir C. Idiopathic polyhydramnios and fetal gender. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;291(5):987-91.
20. Cruikshank DP, White CA. Obstetric malpresentations: twenty years' experience. *Am J Obstet Gynecol.* 1973;116(8):1097-104.
21. Magid B, Gillepsie CF. Face and brow presentations. *Obstet Gynecol.* 1957;9(4):450-7.
22. Rozenberg P. [Is there a role for X-ray pelvimetry in the twenty-first century?]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007;35(1):6-12.

## Résumé Article 2

### Pronostic de l'accouchement en présentation de la face :

#### *Une étude cas-témoins.*

Introduction : Dans la présentation de la face, l'accouchement par voie basse est possible, mais la sécurité de ce type d'accouchement a été peu évaluée. Le risque de césarienne en cours de travail serait élevé.

Objectifs : Evaluer le pronostic maternel et fœtal de la tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation de la face, comparativement à la présentation céphalique. Déterminer les facteurs liés à la réalisation d'une césarienne en cours de travail.

Matériel et méthodes : Etude cas témoins. Tous les cas de présentation de la face survenus dans une maternité de type 3 universitaire entre 22 et 42 SA ont été colligés pendant une période de 16 ans. Pour chaque cas, trois patientes témoin ayant accouché le même jour ont été retenues. Les césariennes avant travail ont été exclues.

Résultats : 60 tentatives d'accouchement par voie basse en présentation de la face ont été comparés à 174 tentatives d'accouchement par voie basse en présentation céphalique. Le taux de césariennes en cours de travail était multiplié par trois en cas de présentation de la face (31.7 vs 9.2%,  $p < 0.0001$ ). Les nouveau-nés avaient quant à eux un pH artériel et un score d'Apgar similaires à celui des nouveau-nés en présentation céphalique. Après régression logistique, les facteurs liés à la réalisation d'une césarienne étaient la nulliparité et le diagnostic précoce de la présentation (avant 5 cm de dilatation cervicale). La variété de position initiale (mento-antérieure ou postérieure) n'était pas significativement liée à la voie d'accouchement.

Conclusion : En cas de présentation de la face, la tentative d'accouchement par voie basse s'accompagne d'un triplement du risque de césarienne. Plus de deux tiers des patientes accouchent cependant par voie basse sans dégradation de l'état néonatal.

## Introduction

Lors d'un accouchement, la présentation de la face est une situation rare dont on sait qu'elle permet théoriquement l'accouchement par voie basse (1). Son incidence varie entre 0.5 et 3 pour 1000 accouchements selon les séries (1–6). Il s'agit d'une situation connue comme « bénigne » (« if a face is making progress, leave it alone » (7)) mais sa rareté et les risques qui lui sont associés en font en réalité une situation stressante pour les obstétriciens : tuméfactions du visage du nouveau-né à la naissance (1), possibilité d'enclavement quand le menton reste postérieur au détroit inférieur (1,2,6), risque exceptionnel mais réel de plaie oculaire (8).

Les études menées il y a plus de trente ans indiquaient des taux de mortalité néonatale importants - allant de 3.3 à 7.6% - mais dans un contexte de mortalité périnatale plus élevé à cette époque (2,9,10). Des études plus récentes – réalisées entre 1998 et 2008 dans différents pays (Royaume-Uni, Etats-Unis, France, Jordanie) (11–14) – indiquaient des chiffres de morbidité néonatale plus rassurants, mais une seule d'entre-elles a comparé le groupe des présentations de la face à un groupe témoin en présentation du sommet (12), seule façon d'avoir une idée précise du pronostic de cette présentation rare. Cette étude ne montrait pas d'augmentation du risque néonatal (12).

La présentation de la face est par ailleurs associée à une augmentation du risque de césarienne retrouvée par plusieurs auteurs (3,10,12,15). Cette augmentation a essentiellement été attribuée aux variétés de position postérieure du menton (3,10,15), mais d'autres facteurs ont déjà été évoqués comme la nulliparité ou un poids de naissance élevé. Récemment, Shaffer et al ont également mis en cause le recours à l'analgésie péridurale et l'absence de recours à l'ocytocine (12)

Nous avons mené une étude dont l'objectif était double. D'une part, étudier le pronostic de la tentative d'accouchement par voie basse en présentation de la face, comparativement à la présentation du sommet. D'autre part, déterminer les facteurs liés à la réalisation d'une césarienne en cours de travail dans ce type de présentation.

## Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de type cas-témoins menée dans notre maternité de type 3 universitaire entre le 22 mars 1996 et le 31 décembre 2012. Les dossiers des patientes cas et témoins ont été recherchés à partir de la base des données informatisées des accouchements réalisés depuis son ouverture le 22 mars 1996. Pour les cas, étaient incluses les patientes accouchant d'un enfant en présentation de la face entre 22 et 42 semaines, en excluant les morts in utero et les interruptions médicales de grossesse. En cas de grossesse gémellaire, seul le jumeau en présentation de la face a été retenu pour faire partie des cas, qu'il s'agisse du premier ou du second jumeau. Pour chaque cas, trois patientes témoins ont été déterminées suivant le jour et l'heure de l'accouchement (deux patientes avant le cas index, et une patiente après). Les interruptions médicales de grossesse et les décès in utero étaient également exclus de la population témoin, ainsi que les présentations autres que celle du sommet. Les césariennes avant travail ont été exclues secondairement de chaque groupe.

Pour chaque cas et chaque témoin, des données maternelles et fœtales ont été recherchées de manière rétrospective dans leur dossier : âge et poids maternels, parité, nature et durée du travail, réalisation d'une analgésie loco-régionale, utilisation ou non d'ocytocine, mode d'accouchement, hémorragie du post-partum, déchirure périnéale de haut degré, pH néonatal artériel, score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes, survenue d'une fracture néonatale à l'accouchement, transfert en unité de soins intensifs néonataux, décès néonatal, etc...

Le premier temps de l'analyse a consisté à comparer le pronostic des mères et des nouveau-nés selon le type de présentation (face ou sommet). Le second temps a consisté à mettre en évidence les facteurs liés à la réalisation d'une césarienne en cours de travail parmi les accouchements en présentation de la face, en explorant à la fois les facteurs maternels (âge, taille, B.M.I, parité, utérus cicatriciel), le déroulement du travail (mode de début de travail, durée, rupture précoce des membranes, analgésie loco-régionale, utilisation d'ocytocine, diagnostic précoce de la présentation avant 5 cm de dilatation cervicale) et les facteurs fœtaux (âge gestationnel à l'accouchement, poids de naissance, variété de position du menton).

Concernant l'analyse statistique, les variables qualitatives sont décrites en effectifs avec les pourcentages entre parenthèses. Les données quantitatives sont présentées sous forme de moyenne et d'écart type de la distribution. La comparaison des variables qualitatives des cas et des témoins a été effectuée à l'aide du test du Khi-deux ou du test de Fisher exact si l'effectif théorique était faible. Pour les variables quantitatives, les comparaisons ont été réalisées à l'aide du test de Mann-Whitney pour les données dont la distribution n'était pas gaussienne, ou un test de Student pour les variables quantitatives dont la distribution était gaussienne. La normalité de la distribution des variables quantitatives a été testée selon le test de Shapiro Wilks.

Enfin, la recherche des facteurs liés à la réalisation d'une césarienne en cas de présentation de la face a été effectuée au moyen d'une régression logistique. Toutes les variables issues de l'analyse univariée ayant un niveau de significativité inférieur à 20% ont été sélectionnées et un expert clinique a validé les variables qui ont été incluses dans un modèle de régression logistique avec une sélection pas à pas ascendante.

Seul le modèle final est présenté avec les Odds Ratio et leur intervalle de confiance à 95%. Un test de Mantel-Haenzel a été utilisé afin d'étudier spécifiquement l'association entre certains facteurs et le risque de césarienne. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS software version 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC 25513). Une valeur de  $p < 0.05$  a été considérée comme statistiquement significative.

## Résultats

Parmi les 77878 naissances au-delà de 22 SA survenues dans notre maternité pendant la période d'étude, 76197 étaient vivantes (Figure 1). Parmi celles-ci, 64 ont eu lieu en présentation de la face, soit une incidence de 0.8 pour 1000 naissances. Le groupe témoin comprenait trois naissances en présentation céphalique pour un cas, c'est à dire 192 patientes au total. Après exclusion des césariennes avant travail (taux similaires entre les deux groupes, 6.3 vs 9.4%,  $p=0.61$ ), 60 accouchements par la face ont été comparés à une population témoin de 174 patientes ayant accouché d'un singleton ou d'un jumeau en présentation du sommet (il n'y avait pas de grossesse de rang  $\geq 3$  dans cet échantillon).

Les caractéristiques des patientes sont présentées dans le Tableau 1. Les femmes ayant une tentative de voie basse en présentation de la face étaient en moyenne plus petites, plus souvent multipares, et attendaient plus souvent des jumeaux que les patientes accouchant en présentation céphalique.

Le déroulement du travail et l'issue d'accouchement sont présentées selon le type de présentation au Tableau 2. La proportion de déclenchements, le recours à une analgésie locorégionale et l'utilisation d'ocytocine étaient similaires dans les deux groupes. La durée du travail était identique chez les patientes accouchant d'une présentation de la face et chez celles accouchant d'une présentation céphalique. En revanche, le taux de césarienne en cours de travail était trois fois plus élevé en cas de présentation de la face, atteignant 31.7%.

Nous avons par ailleurs constaté une augmentation du risque d'hémorragie de la délivrance parmi les patientes ayant une tentative d'accouchement en présentation de la face, exclusivement du fait des accouchements par césarienne. Nous n'avons eu à déplorer aucune déchirure périnéale de haut grade, quel que soit le groupe.

En ce qui concerne le pronostic néonatal (Tableau 3), les nouveau-nés en présentation de la face étaient plus souvent prématurés et avaient un poids de naissance plus souvent inférieur à 2500 grammes. Les taux de score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes, celui de pH artériel inférieur ou égal à 7.15 et celui de pH artériel inférieur ou égal à 7.0 étaient identiques entre les deux groupes. Nous n'avons relevé de fractures fœtales dans aucun des deux groupes. Le taux de transfert en néonatalogie était plus élevé en cas de présentation de la face, uniquement du fait d'un excès d'enfants nés prématurément dans ce groupe. Enfin, le seul décès néonatal observé dans le groupe des cas n'était pas dû au type de présentation mais à une origine malformative (anencéphalie chez un jumeau).

L'analyse univariée à la recherche des facteurs liés à la réalisation d'une césarienne en cours de travail figure au Tableau 4. Ceux-ci étaient : une taille maternelle  $\leq 160$  cm, la nulliparité, le diagnostic précoce de la présentation avant 5 cm de dilatation cervicale, une variété de position mento-transverse ou mento-postérieure au diagnostic, ainsi qu'une naissance  $\geq 37$  SA et un poids  $\geq 2500$ g. Conformément au protocole d'analyse, l'existence d'un utérus cicatriciel a été ajoutée dans le modèle de régression logistique ( $p \leq 0.20$ ). Après régression pas à pas ascendante, seules l'existence d'une nulliparité (OR 5.0 [1.1-22.6]) et d'un diagnostic précoce de la présentation de la face (OR 15.2 [3.3-71.4]) restaient significativement associés à la réalisation d'une césarienne pendant le travail (pouvoir discriminant de la régression logistique = 0.833).

La variété de position du menton au diagnostic n'apparaissait donc plus comme un facteur significativement lié à la réalisation d'une césarienne après cette régression.

Comme la variété de position antérieure du menton était très liée au caractère précoce ou tardif du diagnostic de la présentation, nous avons voulu vérifier la nature de la relation entre la précocité du diagnostic et le risque de césarienne en tenant compte de la variété de position du menton, et inversement (Tableau 5). Un test de Mantel-Haenzel a été réalisé qui confirmait l'existence d'une association statistiquement significative entre la précocité du diagnostic de présentation de la face et la réalisation d'une césarienne ( $p=0.009$ ), sans liaison significative entre la variété de position initiale du menton et la réalisation d'une césarienne ( $p=0.167$ ).

## Discussion

Notre étude a montré qu'en cas de présentation de la face la tentative d'accouchement par voie basse s'accompagne d'un pronostic néonatal satisfaisant, au prix cependant d'un triplement du risque de césarienne. Les facteurs liés au risque de césarienne apparaissent être la nulliparité et le diagnostic de la présentation avant 5 cm de dilatation cervicale, quelle que soit la variété de position du menton (postérieure ou non).

Alors que plus des deux tiers des patientes de notre série ont accouché par voie basse, nous avons mis en évidence que le pronostic de l'accouchement en présentation de la face était bon, similaire à celui des présentations du sommet. Concernant l'état néonatal en effet, les pH à l'artère ombilicale et le score d'Apgar étaient similaires à ceux observés en présentation du sommet. Dans la littérature, seule une étude récente compare le pronostic néonatal des présentations de la face aux présentations du sommet (12). Dans cette étude, les pH artériels apparaissent également similaires quelle que soit la présentation. Il existait en revanche un abaissement significatif du score d'Apgar en cas de présentation de la face, peut-être du fait d'une évaluation subjective plus pessimiste de l'état néonatal, liée à un aspect tuméfié du visage dans cette présentation (12). Nous n'avons déploré aucun traumatisme foetal, notamment au niveau de la face, alors même que le forceps a été utilisé dans 6.7% des cas. Dans notre série, le taux de transfert néonatal était en revanche plus élevé dans le groupe des présentations de la face. Ces transferts sont cependant survenus exclusivement du fait de la proportion plus importante d'enfants prématurés en cas de présentation de la face, cette présentation étant plus fréquente en cas de prématurité et/ou de petit poids de naissance à l'accouchement (11,16).

Enfin, le seul décès périnatal constaté dans le groupe des présentations de la face était d'origine malformative (anencéphalie chez un jumeau). Au total, nous constatons donc que le pronostic obstétrical de la présentation de la face s'est amélioré au fil du temps, avec un taux de mortalité passant de 11.7% avant 1955 à 3.8% entre 1955 et 1981 (2) pour rejoindre actuellement celui des présentations du sommet avec un taux mesuré à 1.7% dans notre série.

Concernant le pronostic maternel, nous n'avons eu à déplorer aucune déchirure sphinctérienne de haut grade alors qu'il existe dans cette présentation un ample mouvement de dégagement de l'occiput une fois le menton fixé sous la symphyse pubienne. Dans la littérature, seule l'étude de Ducarme et al évoque cet aspect du pronostic maternel, ne retrouvant pas non plus de déchirure de haut grade dans sa série de 32 accouchements par la face (13). Dans notre étude en revanche, le taux de césarienne est apparu trois fois supérieur en cas de présentation de la face, avec une hausse consécutive du risque d'hémorragie de la délivrance. Ce taux élevé de césarienne est similaire à celui observé dans trois autres études récentes, avec des taux allant de 37% à 44% (11,13,14).

Parmi les facteurs associés à cette augmentation du risque de césarienne, seule la nulliparité et le diagnostic précoce de la présentation de la face - avant 5 centimètres de dilatation cervicale – restaient significativement liés à la réalisation d'une césarienne après régression logistique. La variété de position du menton, qui est pourtant un facteur de risque de césarienne classiquement décrit par de nombreux auteurs (3,10,15), n'apparaissait ainsi plus comme significativement liée à la réalisation d'une césarienne après cette régression.

La proportion de variétés de position mento-antérieures observée dans notre étude (63.3%) était cependant conforme à la littérature, où on les observe dans 51 à 80% des cas, alors que les mento-postérieures sont observées dans 20% à 26% des cas et les mento-transverses dans 10% à 23% des cas (2,3,15).

Si la possibilité d'un accouchement par voie basse est admise en cas de variété de position mento-antérieure, avec 73 à 88% d'accouchements voie basse (10,12,13), la conduite à tenir en cas de variété mento-postérieure est plus débattue. En effet, certains auteurs sont en faveur d'une césarienne d'emblée (15,17), tandis que d'autres recommandent une attitude expectative (3,6,12) puisqu'il existe un taux de rotation antérieure spontanée chez un à deux tiers des patientes environ (3,6). Dans notre série, 42.5% des variétés de positions mento-transverses ou postérieures initiales ont tourné en position antérieure et permis l'accouchement par voie basse (données non montrées).

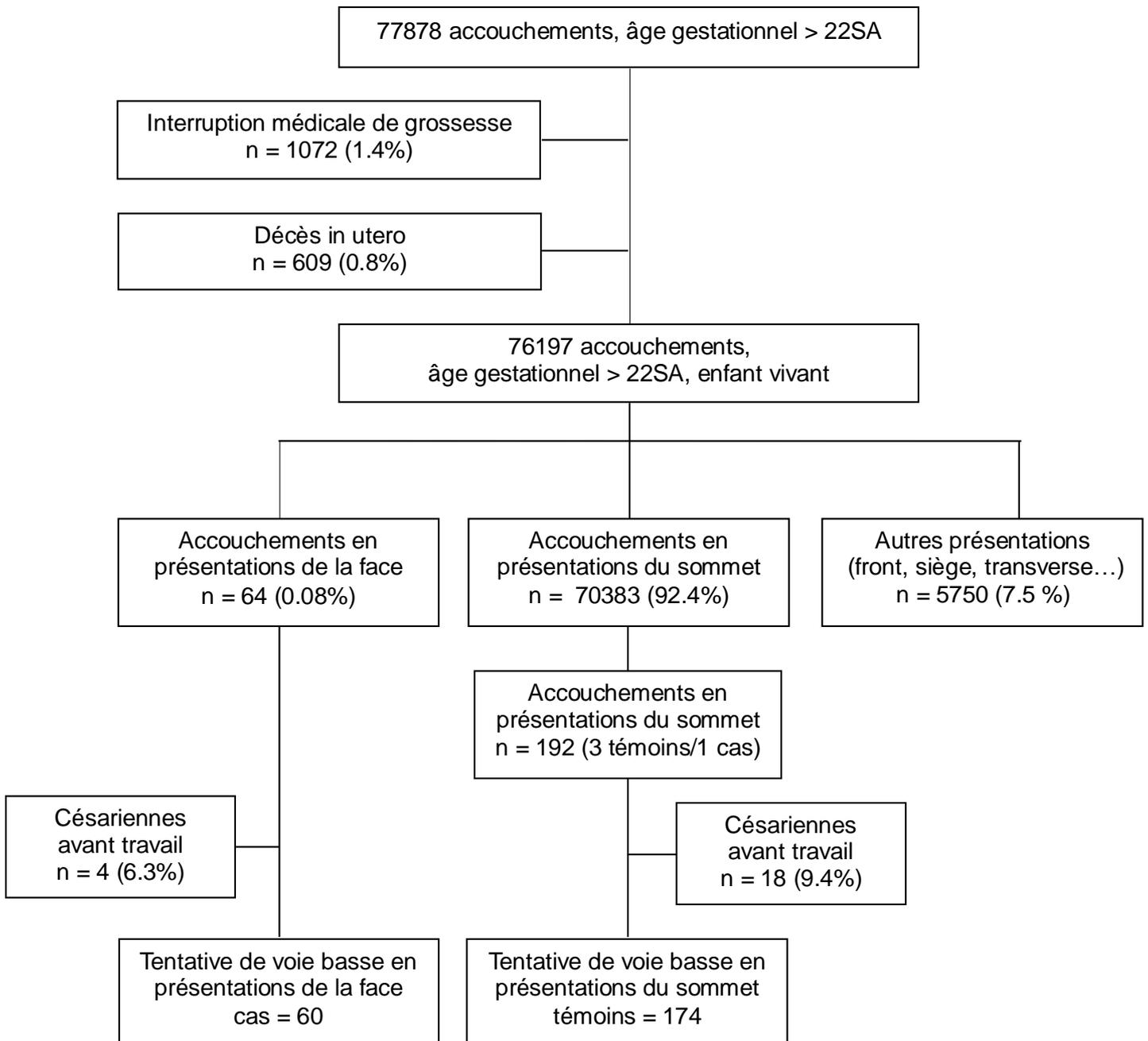
Dans notre étude, la réalisation d'une césarienne était liée au diagnostic précoce de la présentation de la face : en cas de diagnostic avant 5 cm de dilatation cervicale, on retrouvait ainsi des taux importants de césarienne : 66.7% en cas de variété de position mento-postérieure, mais également 40% en cas de variété de position mento-antérieure. Ces données ajoutées à la relecture des dossiers obstétricaux nous a permis de faire l'hypothèse que cette augmentation du taux de césarienne en cas de diagnostic précoce pouvait à la fois être liée aux dystocies cervicales avant 5 centimètres de dilatation cervicale, mais également à l'inexpérience à laquelle peut être confronté l'obstétricien face à cette présentation rare donc inquiétante. Ainsi, devant une présentation de la face diagnostiquée dès l'entrée en salle d'accouchement, il est possible qu'un obstétricien soit moins «patient» qu'en présentation du sommet devant des facteurs de risque comme les

variétés postérieures, les anomalies du rythme cardiaque fœtal ou les dilatations cervicales stationnaires.

Les limites de notre étude sont principalement de deux ordres. Premièrement et bien que nous ayons respecté le protocole de recherche des dossiers prévu lors du design de l'étude, il existe toujours un risque de biais de sélection des patientes dans ce type d'étude rétrospective. Deuxièmement, la rareté de la présentation de la face nous a amené à réaliser notre étude hospitalière sur une longue période (16 ans), augmentant le risque de biais lié à des variations temporelles des pratiques obstétricales. Toutefois, les membres de l'équipe et le taux de césarienne - entre 15 et 19% pendant la période - sont restés assez stables pendant cette période. Notre étude présente en revanche deux avantages par rapport aux études préexistantes concernant la présentation de la face. D'une part, elle présente l'avantage de comporter une série témoin, seule façon d'analyser de façon objective le pronostic néonatal et maternel actuel de cette présentation de la face. A notre connaissance, il s'agit seulement de la seconde étude utilisant la même méthodologie (12). Le fait que le groupe témoin soit apparié sur le moment de l'accouchement a permis en outre de s'affranchir en partie des problèmes de variation temporelle éventuelle des pratiques. Surtout, il s'agit de l'une des plus importantes séries publiées depuis plus de 20 ans (avec celle de Zayed en 2008 comprenant 79 faces (14)), ce qui nous a permis de rechercher par analyse multivariée les facteurs liés à la réalisation d'une césarienne. Seul Shaffer et al avaient antérieurement réalisé ce type d'analyse, évoquant le rôle de l'analgésie péridurale et de l'ocytocine dans le risque de césarienne en cas de présentation de la face (12). Dans notre étude, ces deux facteurs ont été étudiés mais aucun d'entre eux n'était lié à une augmentation du risque de césarienne.

Finalement, notre étude a montré que le pronostic de la tentative d'accouchement par voie basse en présentation de la face est identique à celui des présentations du sommet, avec cependant un triplement du taux de césarienne. Cette augmentation du taux de césarienne semble être plus liée au diagnostic précoce de cette présentation rare et stressante pour l'obstétricien qu'à la variété de position du menton qui a environ une chance sur deux de tourner spontanément en antérieur. Une attitude expectative doit donc être envisagée si le rythme cardiaque fœtal le permet et que le travail progresse. Ces données rassurantes devraient rester à l'esprit des obstétriciens qui sont confrontés à cette situation dans moins d'un accouchement sur mille.

Figure 1. Diagramme de Flux.



**Tableau 1.**  
**Caractéristiques des patientes**

	Face n=60	Céphalique n=174	P
Age maternel (années)	29.4 ± 4.9	29.1 ± 5.6	0.80
Taille (cm)	162.6 ± 6.0	165.0 ± 6.0	0.006
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22.6 ± 5.4	23.1 ± 5.2	0.53
Multiparité	43 (71.7)	94 (54.0)	0.02
Grossesse gémellaire	10 (16.7)	3 (1.7)	< 0.0001
Utérus cicatriciel	7 (11.7)	18 (10.3)	0.78

**Tableau 2.**  
**Déroulement du travail et issue de l'accouchement**  
**selon le type de présentation**

	Face n= 60	Céphalique n=174	P
Nature du travail (%)			
Spontané	46 (76.7)	133 (76.4)	0.97
Déclenché	14 (23.3)	41 (23.6)	
Analgésie locorégionale (%)	48 (80.0)	152 (87.4)	0.16
Utilisation ocytocine (%)	34 (58.6)*	106 (60.9)	0.76
Durée du travail (h)	4.3 ± 2.5*	5.1 ± 2.9	0.11
Mode d'accouchement (%)			
Voie basse simple	37 (61.7)	117 (67.2)	<0.0001
Forceps	4 (6.7)	27 (15.5)	
Ventouse	0 (0)	14 (8.0)	
Césarienne en cours de travail	19 (31.7)	16 (9.2)	
Hémorragie supérieure à 500 ml			
Aucune	43 (71.7)	152 (87.4)	0.0002
Au décours d'une césarienne	10 (16.7)	4 (2.3)	
Au décours d'une voie basse	7 (11.7)	18 (10.3)	

\* Élément non renseigné pour 2 patientes

**Tableau 3.**  
**Pronostic néonatal selon le type de présentation**

	Face n= 60	Céphalique n=174	P
Age gestationnel à l'accouchement	38.0 ± 3.8	39.1 ± 2.1	0.35
Prématurité	15 (25.0)	13 (7.5)	0.0003
Poids du nouveau-né	2940 ± 920	3190 ± 580	0.44
< 2500 g	18 (30.0)	16 (9.2)	<0.0001
Apgar inférieur à 7 à 5 minutes (%)	1 (1.7)	3 (1.7)	>0.99
pH artériel	7.25 ± 0.07	7.25 ± 0.09	0.38
pH ≤ 7.15	4 (6.7)	18 (10.3)	0.61
pH ≤ 7.00	0 (0.0)	1 (0.6)	>0.99
Transfert néonatal (%)			
Aucun	47 (78.3)	162 (93.1)	
Chez un enfant < 37SA	13 (21.7)	7 (4.0)	<0.0001
Chez un enfant à Terme	0 (0.0)	5 (2.9)	
Décès néonatal (%)	1 (1.7) §	3 (1.7) *	>0.99

§ Anencéphalie chez un jumeau

\* Deux cas de hernie diaphragmatique gauche et un cas de prématurité à 27SA

**Tableau 4.**

**Facteurs liés à la réalisation d'une césarienne en cours de travail  
(Présentations de la face seulement)**

	Césarienne % (n)	P
Taille (cm)		
≤ 160	45.8% (11/24)	0.05
> 160	22.2% (8/36)	
Nulliparité		
Oui	52.9% (9/17)	0.03
Non	23.3% (10/43)	
Utérus cicatriciel		
Oui	57.1% (4/7)	0.19
Non	28.3% (15/53)	
Analgésie loco-régionale		
Oui	33.3% (16/48)	0.74
Non	25.0% (3/12)	
Utilisation ocytocine*		
Oui	26.5% (9/34)	0.23
Non	41.7% (10/24)	
Diagnostic précoce (≤ 5 cm)*		
Non	9.7% (3/31)	<0.0001
Oui	59.3% (16/27)	
Variété de position du menton au diagnostic**		
Antérieure	13.2% (5/38)	0.0004
Transverse ou postérieure	57.9% (11/19)	
Durée du travail*		
≤ 5 heures	30.0% (12/40)	0.50
> 5 heures	38.9% (7/18)	
Age gestationnel à l'accouchement		
< 37SA	6.7% (1/15)	0.02
≥ 37SA	40% (18/45)	
Poids de naissance		
< 2500g	5.6% (1/18)	0.005
≥ 2500g	42.9% (18/42)	

\*Éléments non renseignés pour 2 patientes

\*\*Variété de position initiale non connue pour 3 patientes (césariennes).

**Tableau 5.**

**Etude de l'association entre la précocité du diagnostic et le risque  
de césarienne en tenant compte de la variété de position et  
inversement (Présentations de la face seulement)**

	Risque césarienne	p	Mantel-Haenzel
En cas de variété antérieure			
Diagnostic précoce ( $\leq 5$ cm)	40.0% (4/10)	0.015	
Diagnostic tardif ( $> 5$ cm)	3.8% (1/26)		
En cas de variété postérieure ou transverse			
Diagnostic précoce ( $\leq 5$ cm)	66.7% (10/15)	0.26	0.009
Diagnostic tardif ( $> 5$ cm)	25.0% (1/4)		
En cas de diagnostic précoce de la variété			
Variété antérieure	40.0% (4/10)	0.24	
Variété postérieure ou transverse	66.7% (10/15)		
En cas de diagnostic tardif de la variété			
Variété antérieure	3.8% (1/26)	0.25	0.167
Variété postérieure ou transverse	25.0% (1/4)		

\*Modèle calculé sur 55 patientes

## Références bibliographiques

1. Cunningham FG, Williams JW, editors. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2010.
2. Cruikshank DP, Cruikshank JE. Face and brow presentation: a review. Clin Obstet Gynecol. 1981;24(2):333–51.
3. Seeds JW, Cefalo RC. Malpresentations. Clin Obstet Gynecol. 1982;25(1):145–56.
4. Posner AC, Cohn S. An analysis of 45 face presentations. Am J Obstet Gynecol. 1951;62(3):592–9.
5. Reinke T. Face presentation; a review of 94 cases. Am J Obstet Gynecol. 1953;66(6):1185–90.
6. Duff P. Diagnosis and management of face presentation. Obstet Gynecol. 1981;57(1):105–12.
7. Posner AC, Buch IM. Face and persistent brow presentations. Surgery, Gynecology and Obstetrics. 1943;77, 618–30.
8. Sharmila V, Babu TA. Unusual birth trauma involving face: a completely preventable iatrogenic injury. J Clin Neonatol. 2014;3(2):120–1.
9. Chaoui. [La présentation de la face. Facteurs de risques; déductions thérapeutiques.] J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1982;731–8.
10. Benedetti TJ, Lowensohn RI, Truscott AM. Face presentation at term. Obstet Gynecol. 1980;55(2):199–202.
11. Bhal PS, Davies NJ, Chung T. A population study of face and brow presentation. J Obstet Gynaecol. 1998;18(3):231–5.
12. Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Laros RK, Caughey AB. Face presentation: Predictors and delivery route. Am J Obstet Gynecol. 2006;194(5).
13. Ducarme G, Ceccaldi P-F, Chesnoy V, Robinet G, Gabriel R. [Face presentation: retrospective study of 32 cases at term]. Gynecol Obstet Fertil. 2006;34(5):393–6.
14. Zayed F, Amarin Z, Obeidat B, Obeidat N, Alchalabi H, Lataifeh I. Face and brow presentation in northern Jordan, over a decade of experience. Arch Gynecol Obstet. 2008;278(5):427–30.
15. Schwartz Z, Dgani R, Lancet M, Kessler I. Face presentation. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1986;26(3):172–6.
16. Arsene E, Langlois C, Garabedian C, Clouqueur E, Deruelle P, Subtil D. Prenatal factors related to face presentation: a case-control study. Arch Gynecol Obstet. 2015; Epub ahead of print.
17. Audra P, Jacquot F. [Deflected cephalic presentation. A propos of 80 cases]. Rev Fr Gynecol Obstet. 1988;83(5):355–7.

**AUTEUR : ARSENE Emmanuelle**

**Date de Soutenance : 04 mars 2016**

**Titre de la Thèse : Présentation de la face : facteurs de risque et pronostic.**

***Une étude cas-témoins.***

**Thèse - Médecine - Obstétrique - Lille 2016**

**DES de Gynécologie-Obstétrique**

**Mots-clés** : présentation de la face, présentations défléchies, facteur de risque, régression logistique, pronostic, césarienne

**Introduction** : La présentation de la face est rare. Ses facteurs de risque sont débattus et son pronostic actuel mal connu.

**Objectif** : (1) Déterminer les facteurs anténataux liés à l'existence d'une présentation de la face à l'accouchement et discuter du mécanisme par lequel cette présentation survient. (2) Evaluer le pronostic maternel et fœtal de la tentative d'accouchement par voie basse en cas de présentation de la face, comparativement à la présentation céphalique.

**Matériel et méthodes** : Etude cas témoins. Tous les cas de présentation de la face survenus pendant une période de 16 ans entre 22 et 42 semaines d'aménorrhée dans une maternité de type 3 universitaire ont été colligés. Pour chaque cas, trois patientes témoin ayant accouché le même jour ont été retenues.

**Résultats** : Pendant la période d'étude, 64 cas de présentation de la face - incidence : 0.8 pour mille naissances – ont été comparés à 192 témoins. Après régression logistique, les 4 facteurs les plus liés à l'existence d'un accouchement en présentation de la face étaient l'existence d'une grossesse gémellaire (OR 25.8 [4.7-141.8]), d'un poids de naissance < 2500 g (OR 8.9 [2.1 – 38.0]), d'un hydramnios (OR=7.1 [2.0 – 25.2]), ainsi que la multiparité (OR 3.6 [1.5 – 8.6]). Le taux de césariennes en cours de travail était multiplié par trois en cas de présentation de la face (31.7 vs 9.2%,  $p < 0.0001$ ). Les nouveau-nés avaient quant à eux un pH artériel et un score d'Apgar similaires à celui des nouveau-nés en présentation céphalique.

**Conclusion** : (1) Ces 4 facteurs sont tous liés à une diminution des contraintes utérines sur la partie déclive du mobile fœtal. Celle-ci pourrait jouer un rôle dans le mécanisme de survenue d'une présentation de la face. (2) Dans cette présentation, plus de deux tiers des patientes accouchent par voie basse sans dégradation de l'état néonatal.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Deruelle**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Storme, Madame le Professeur Houfflin-Debarge,  
Madame le Docteur Clouqueur**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Subtil**