

# Atelier Siège et Dystocie des épaules

---

Pauline Jeanneteau (CHU Angers)

Vincent Dochez (CHU Nantes)

24/11/2023

SIEGE

---

# Cas clinique

---

- Mme V, 32 ans, G3P2, se présente à la maternité à 37 SA + 6 jours en début de travail.
- Pas d'antécédent particulier, IMC 23 en début de grossesse.
- La grossesse actuelle est de déroulement normal.
- Accouchement à 41SA en 2018, fille de 3450g; césarienne à 39 SA en 2021 pour ARCF, garçon de 3390g.
- Dernière écho à 36 SA
  - Siège complet
  - EPF 2670g
  - Placenta postérieur NBI
  - RAS par ailleurs

# Cas clinique

---

- Echec de la VME il y a une semaine
- La patiente est demandeuse d'un accouchement par voie basse.
- La pelvimétrie est la suivante:
  - PRP 112 mm
  - TM 123 mm
  - BE 110 mm

# Que pensez-vous de la voie d'accouchement?

---

- Plutôt une tentative accouchement voie basse
- Plutôt une césarienne d'emblée

# Critères d'acceptation de la voie basse

---

- EPF < 3800 g
- Pelvimétrie normale
- Utérus unicatriciel n'est pas une contre-indication
- Patiente motivée

# Faites-vous une échographie ce jour?

---

- Oui
- Non

# Echographie à l'entrée en travail

---

- Oui, mais pourquoi ?



Vous décidez de faire une échographie pour confirmer votre choix, que recherchez-vous?

---

- Mesure du BIP
- Absence d'hyperextension de la tête

# Echographie à l'entrée en travail

---

- Pas de données suffisantes pour recommander la réalisation systématique d'une estimation de poids fœtal ou d'une mesure du diamètre bipariétal comme critères d'acceptation de la voie basse.
- Cependant en cas d'EPF > 3800g, une césarienne est à privilégier.
- Il est recommandé de rechercher l'absence de déflexion de tête à l'entrée en travail.

# Cas clinique

---

- L'échographie est la suivante:
  - Absence de déflexion de la tête

# Quelle voie d'accouchement auriez-vous préconisé en l'absence de pelvimétrie?

---

- Tentative accouchement voie basse
- Césarienne d'emblée

# Pelvimétrie

---

- Il n'existe pas d'argument pour recommander la pratique de la pelvimétrie en cas d'accouchement avant 37 SA
- En cas de présentation du siège méconnue à l'entrée en travail, l'absence de pelvimétrie ne contre-indique pas à elle seule la tentative de voie basse
- Les normes pelvimétriques qui étaient en vigueur lors de l'étude PREMODA prévoyaient un diamètre promotorétropubien  $\geq 105$  mm, un diamètre transverse-médian  $\geq 120$  mm, un diamètre bi-épineux  $\geq 100$  mm.

# Pour l'accouchement, vous prévoyez le matériel suivant:

---

- Forceps ou spatules  
+ Nitronal 1 ampoule de 5 mg dilué dans 5 ml de sérum
  
- Forceps ou spatules  
+ Nitronal: 1 ampoule de 5 mg diluée dans 15 ml de sérum

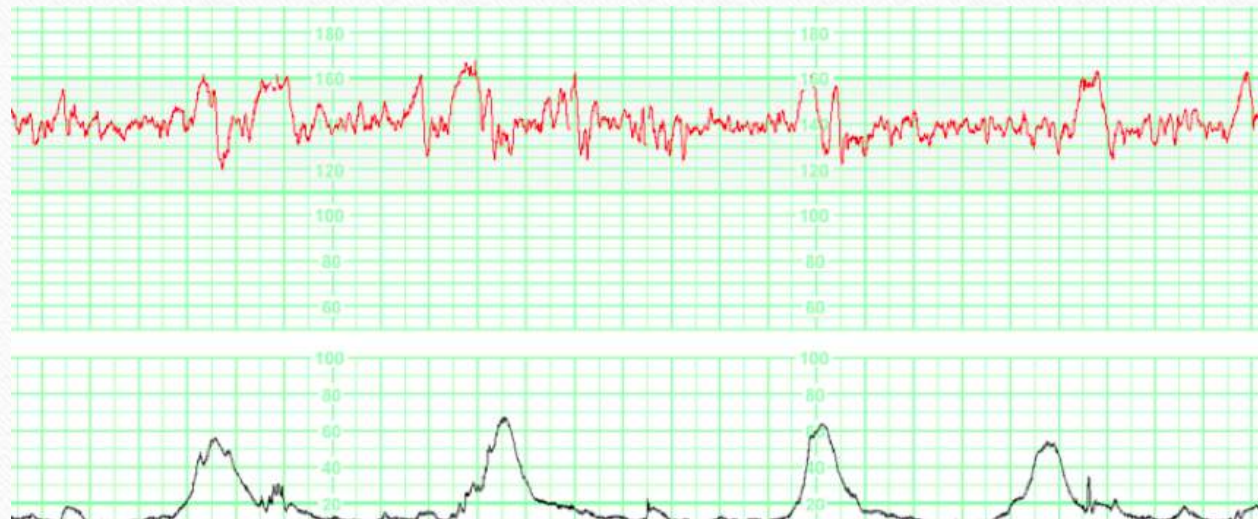
# Préparation Nitronal

---

- Nitronal
  - Ampoule de 5 mg dans 5 ml
  - Dilution: 1 ampoule de 5 mg dans 15 ml de sérum, soit 5 mg dans 20 ml
  - 250  $\mu\text{g}/\text{ml}$
  - En cas de rétraction du col utérin: 1 ml (bolus 250 $\mu\text{g}$ ), si insuffisant, refaire 1 ml.
  - Maximum 1500 $\mu\text{g}$ , soit 6 ml
  - Délai d'action 30 à 90 secondes, durée d'action 1 à 3 minutes maximum

# Cas clinique

- A 1h de dilatation complète, la présentation est engagée partie basse. Le rythme cardiaque fœtal est le suivant. Vous décidez de vous installer pour les efforts expulsifs.





# Quelle manœuvre allez-vous privilégier?

---

- Vermelin
- Lovset + Bracht

# Manœuvres du siège

---

- Données insuffisantes pour recommander soit l'expulsion spontanée sans intervention soit la réalisation systématique de manœuvres d'accompagnement.
- En cas d'anomalies du RCF ou de progression jugée lente, une attitude interventionniste doit être envisagée afin d'écourter la phase d'expulsion.

# Les 10 points importants face à une présentation du siège

---

## 1. En cas de présentation du siège en début de travail : prendre connaissance du suivi de grossesse :

- Repérage des facteurs de risques : IMC/prise de poids pendant la grossesse/ Biométries Echo 32SA (ou après) /Diabète gestationnel ou préexistant/Mesure HU à l'entrée en SDN-à confronter aux mesures des dernières consultations et aux ATCD obstétricaux
- Prévenir l'obstétricien et l'anesthésiste

# Les 10 points importants face à une présentation du siège

---

## 2. Vérifier les critères d'acceptabilité d'une tentative de voie basse :

- Vérifier l'existence éventuelle d'une pelvimétrie (non obligatoire) (valeurs habituellement utilisées mais une valeur pathologique n'est pas forcément synonyme de césarienne. Valeurs considérées comme « normales » PRP  $\geq$  105mm, TM  $\geq$  120mm, BE  $\geq$  100mm)
- Vérifier les dernières biométries réalisées et notamment l'estimation de poids foetal (si EPF > 3800g, privilégier césarienne)
- Vérifier l'absence d'hyperextension de la tête foetale par échographie

# Les 10 points importants face à une présentation du siège

---

**3. Encourager l'analgésie loco-régionale périmédullaire**

**4. Appeler avant installation :**

- Obstétricien de garde
- Anesthésiste
- Pédiatre

# Les 10 points importants face à une présentation du siège

---

## 5. Préparer en accord avec l'obstétricien et l'anesthésiste :

- Forceps/spatules en salle
- 1 ampoule de trinitrate de Glycérol – Nitronal® (ampoule de 5mg dans 5ml).
  - . Dilution : 1 ampoule de 5mg dans 15 ml de sérum, soit 5mg dans 20ml.  
[250µg/ml]
  - . En cas de rétraction utérine : bolus 250µg (1ml). Si le relâchement souhaité n'est pas obtenu, réaliser des bolus complémentaires de 250µg- Maximum 1500µg (6ml)
  - . Délai d'action 30 à 90 secondes, durée d'action 1 à 3 minutes maximum

# Les 10 points importants face à une présentation du siège

---

6. **Débuter les efforts expulsifs quand la présentation est engagée le plus bas possible**
7. **Installation correcte de la patiente**
8. **Garder le contact, communiquer avec la patiente avant, pendant et après l'accouchement**
9. **Réaliser les manœuvres si nécessaires**

# Les 10 points importants face à une présentation du siège

---

## 10. Rédiger le compte-rendu de l'accouchement « en équipe »

- Accouchement spontané, extraction instrumentale
- Si extraction instrumentale : Instrument utilisé, indication
- Chronologie des faits et des manœuvres réalisées
- Intervalle de temps « siège – tête » en cas de rétention de tête dernière
- Pertes sanguines/Examen du périnée
- Poids nouveau-né, score d'Apgar, pH au cordon



# DYSTOCIE DES EPAULES

---

# Cas clinique

---

- Mme D, 32 ans, G3P2, se présente à la maternité à 39 SA + 6 jours en début de travail.
- Pas d'antécédent particulier, IMC 28kg/m<sup>2</sup> en début de grossesse.
- 2 AVB à 37SA: 2 filles de 3700 et 3800g
- HGPO normale
- La grossesse actuelle est de déroulement normal.
- Echographie T3 à 32SA+6j: fœtus eutrophe au 80°p, PA=85°p, LF-BIP-PC 60°
- Patiente consultant ce jour avec 2CU/10 minutes.
- HU=37cm, TA=127/82, BU négative, ERCF RAS
- Le TV retrouve un col ouvert à 2 doigts larges. La patiente est en début de travail.

Prévenez-vous le gynécologue de garde de l'arrivée de cette patiente en salle ?

---

- Oui
- Non

# Arguments de macrosomie?

---

- Antécédent de 2 filles à 37SA >3700g
- HU=37cm à 39SA (IMC=28kg/m<sup>2</sup>)
- EPF 80°p à l'écho T3. Pas d'écho de contrôle. Mais PEC conforme

Vous faites ou faites réaliser une échographie qui retrouve un fœtus estimé à 4500g.

Réalisez-vous une pelvimétrie?

---

- Oui
- Non

# Pelvimétrie

---

- il n'y a pas d'indication à réaliser une pelvimétrie en cas de suspicion de macrosomie fœtale (accord professionnel).
- Il n'est donc pas recommandé de réaliser une confrontation fœtopelvienne en cas de suspicion de macrosomie fœtale (grade C)

Devant la macrosomie fœtale,  
réalisez-vous une césarienne pour éviter le  
risque de dystocie des épaules?

---

- Oui
- Non

# Césarienne

---

- Il est recommandé de pratiquer une césarienne en cas d'estimation de poids foetal supérieure à 4 500 g en cas de diabète associé (grade C) et supérieure à 5 000 g en l'absence de diabète (grade C)



# Accouchement

---

- Après 2 heures à dilatation complète, sur une OIDA, vous faites le diagnostic de dystocie des épaules à 10h16 devant une tête ventousée à la vulve.

En cas d'épaule postérieure engagée, la manœuvre de Wood est réalisée préférentiellement

---

- Oui
- Non

# Dystocie des épaules

---

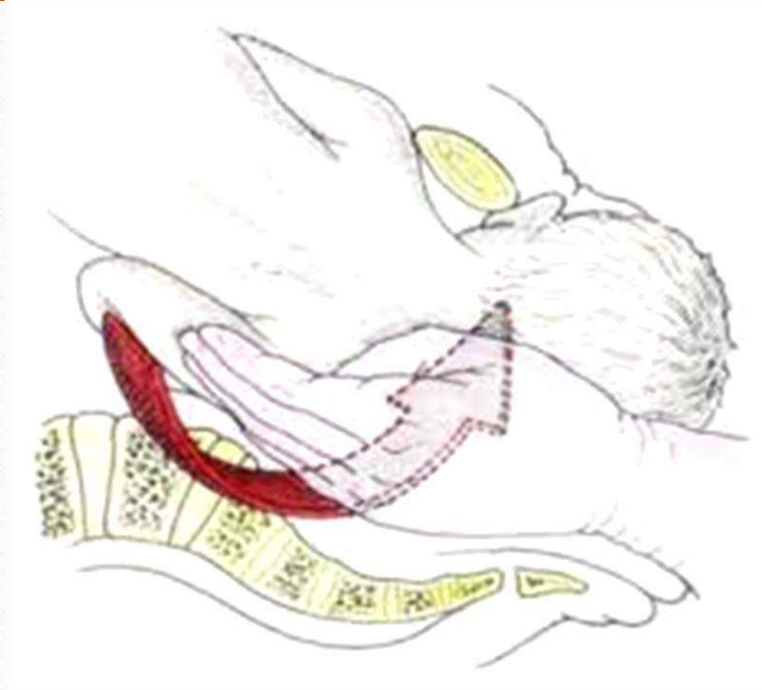
- si l'épaule postérieure est engagée, la manœuvre de Wood inversée est réalisée de façon préférentielle
- si l'épaule postérieure n'est pas engagée, la manœuvre de Jacquemier est réalisée de façon préférentielle.

# Devant cette OIDA, vous souhaitez faire une manœuvre de Wood inversé

---

- Vous introduisez donc votre main gauche
- Vous introduisez donc votre main droite

# Manœuvre de Wood inversé - OIDA



# Après échec de votre Wood inversé, vous souhaitez réaliser une manœuvre de Jacquemier

---

- Vous saisissez la main postérieure fœtale et vous faites une rotation dans le sens horaire
- Vous saisissez la main postérieure fœtale et vous faites une rotation dans le sens anti-horaire

# Manœuvre de Jacquemier

---



# Les 10 points importants face à une dystocie des épaules

---

1. **En cas de macrosomie « prévisible ou attendue » en cours de travail : prendre connaissance du suivi de grossesse :**
  - Repérage des facteurs de risques : IMC/prise de poids pendant la grossesse/Biométries Echo 32SA (ou après)/Diabète gestationnel ou préexistant/Mesure HU à l'entrée en SDN-à confronter aux mesures des dernières consultations et aux ATCD obstétricaux
  - Durée du travail, durée du second stade du travail (nombre d'heures à DC)
  - Prévenir l'obstétricien et l'anesthésiste
  - Connaître le côté du dos



# Les 10 points importants face à une dystocie des épaules

---

## 2. Face à une dystocie des épaules :

- Verbaliser le diagnostic
- Noter l'heure (pour évaluer le temps entre le dégagement de la tête et la naissance)
- Ne pas nuire / « règle des 3P » : Ne pas Paniquer en tirant sur la tête, Ne pas faire Pivoter la tête (rotation), ne pas Pousser sur le fond utérin,

# Les 10 points importants face à une dystocie des épaules

---

## 3. Appeler :

- Appel obstétricien de garde
- Réaliser la manœuvre de Mac Roberts
- Si échec Mac Roberts : appel anesthésiste et pédiatre

## 4. Qualité et précision des transmissions : « diagnostic : dystocie des épaules, salle...venez... »

## 5. Garder le contact, communiquer avec la patiente avant, pendant et après l'accouchement

## 6. Installation correcte de la patiente

# Les 10 points importants face à une dystocie des épaules

---

## 7. Côté du dos connu

**Réaliser les manœuvres « à genoux »** (pour garder l'axe ombilico-coccygien, qui est l'axe d'engagement de descente de la présentation fœtale)

8. **Algorithme décisionnel** : choix de la manœuvre avant de réaliser le geste, pour savoir « où l'on va et ce que l'on veut faire ».

**Verbaliser ce choix à l'équipe présente**

# Les 10 points importants face à une dystocie des épaules

## 9. Rédiger le compte-rendu de l'accouchement « en équipe »

- Accouchement spontané, extraction instrumentale
- Terme dystocie des épaules noté (pas de « difficulté aux épaules »)
- Côté du dos noté, épaule postérieure engagée ou non
- Heures d'appel/heures d'arrivée. Chronologie des faits et des manœuvres réalisées (pas seulement le nom de la ou ds manœuvre(s), mais quel bras saisi pour quelles manœuvres ?)
- Intervalle de temps « tête - épaules »

## 10. Examen systématique du nouveau-né par le pédiatre, même si absence de réanimation