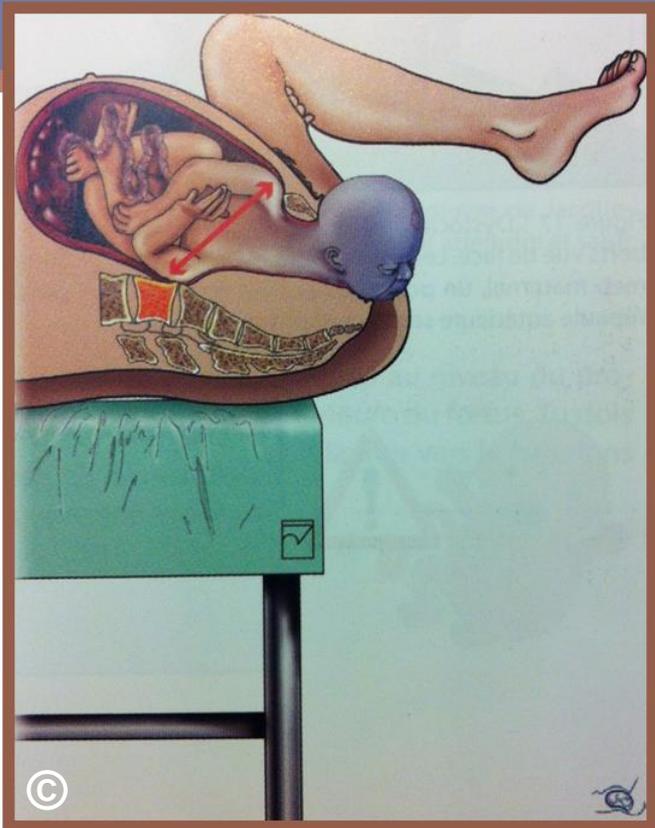


DYSTOCIE DES EPAULES



L'URGENCE OBSTETRICALE

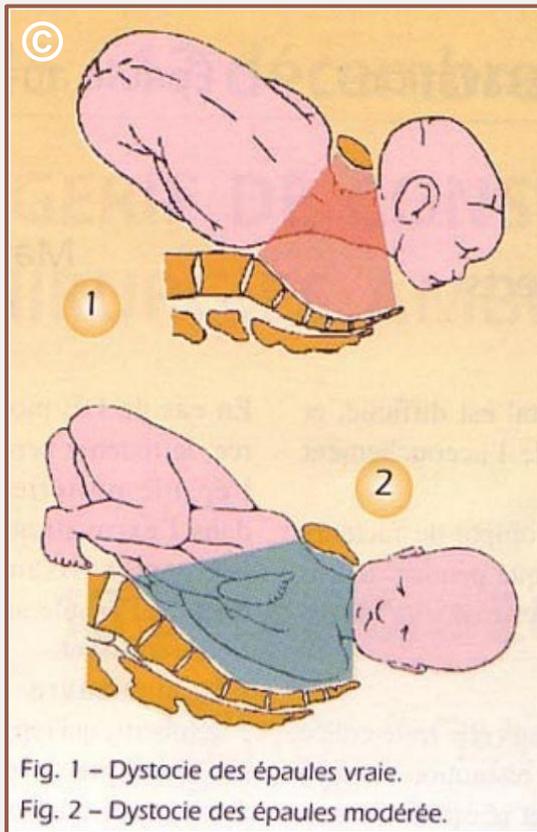
PLAN

- I. Définition(s)
- II. Facteurs de risque
- III. Savoir diagnostiquer la DDE
- IV. NE PAS FAIRE
- V. CAT – Manœuvres
- VI. Conséquences maternelles et fœtales
- VII. Conclusion
- VIII. Bibliographie

Séquence vidéo & TP

I. Définition(s)

Plusieurs définitions selon les auteurs, les pays...
Classification difficile en raison de la subjectivité...



→ DDE = dystocie bilatérale ou les deux épaules restent bloquées au-dessus du DS par incompatibilité mécanique, tandis que la tête fœtale a franchi la vulve. ①

= **DEFINITION ANATOMIQUE (auteurs français ++)**

→ La DDE est diagnostiquée lorsque le délai d'expulsion tête-corps (« *head-to-body interval* ») est > à 60 secondes. L'accouchement n'est pas effectué malgré les manœuvres usuelles.

= **DEFINITION FONCTIONNELLE (auteurs anglais ++)**

→ N'est pas DDE ce qui a pu être traité autrement que par une manœuvre de type Jacquemier.

= **DEFINITION RESTRICTIVE**

(→ Difficulté aux épaules = dystocie unilatérale où l'épaule postérieure est dans le pelvis, mais l'épaule antérieure reste fixée au dessus de la symphyse ②).

= La DDE se caractérise par le non-engagement des deux épaules du fœtus qui restent bloquées au-dessus du DS du bassin maternel, tandis que la tête fœtale est expulsée à la vulve.

(Définition « anatomique », « mécanique », « DDE vraie », « DDE sévère »)

DEJA : NE PAS CONFONDRE LA DIFFICULTE AUX EPAULES ET LA DYSTOCIE DES EPAULES VRAIE

La DDE est une **urgence obstétricale** dont le caractère **imprévisible** et **exceptionnel** en complique d'autant plus la prise en charge...

Son incidence serait d'environ 1 / 1000 accouchements

(exemple : CHU de Besançon = 14 cas de DDE entre 1995 et 2007 AVB > 37SA)

Chiffre très variable selon qu'on prenne en compte telle ou telle définition dans la revue de la littérature...

II. Facteurs de risque

La prédiction de la DDE est très décevante aujourd'hui.

Beaucoup d'études ont cherché à dégager des FDR.

Au total, tous ceux étudiés ont une VPP médiocre.

Certaines surviennent en l'absence de tout FDR...

En général, dans les séries rapportées, seules 25% des DDE ont au moins 1 FDR identifié.

L'association d'un ou plusieurs FDR doit faire évoquer une potentielle DDE.

A retenir +++ :

LA SÉQUENCE ANGLO-SAXONE « **DOPE** »

D = **diabete** (risque x 3,6) (surtout si ID / déséquilibré !!)

O = **obesity** (IMC ≥ 30 ou prise de poids maternelle +++ ≥ 15 kg pendant la grossesse)

P = **postdatism**

E = **excessive fetal weight** (/!\ HU ≥ 35 cm)



Mais attention, plus de la moitié des DDE surviennent chez des enfants < 4000g +++

↔ grande prudence pendant le travail

Une étude de 2007 (CHU Besançon) a montré que lorsque le **PA > 350 mm** les NN présentaient tous un PN > 4250g et étaient donc dans un groupe à risque majoré de DDE.

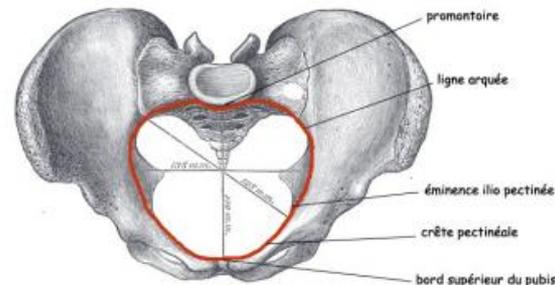
Les autres FDR :

FACTEURS LIÉS AU DEROULEMENT DU TRAVAIL +++ :

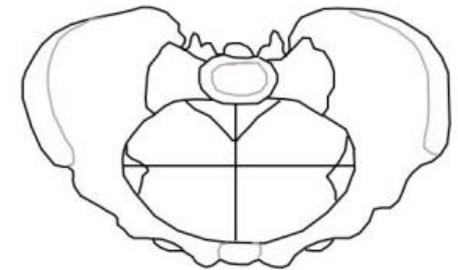
- ✓ Travail long
- ✓ Prolongation de la phase de descente après DC
- ✓ Extraction instrumentale pour non progression de la présentation (association ventouse – forceps +++)

FACTEURS MATERNELS :

- ✓ ATCD DDE (*risque de récurrence ≈ 10-16%*)
- ✓ 25% des femmes qui ont un ATCD d'accouchement avec DDE présenteraient un bassin platypelloïde



Source : Wikipédia et UVMaF



Source : UVMaF

NB : De nombreux FDR se confondent et sont liés à la macrosomie +++: obésité maternelle / diabète / multiparité / déclenchement / post-terme / sexe masculin ect

Synthèse sur les FDR de DDE :

- ✓ **ATCD DDE sévère**
- ✓ **Macrosomie - HU \geq 35 cm - PA $>$ 350 mm**
- ✓ **Extraction instrumentale pour non progression de la présentation (association ventouse – forceps +++)**

- ✓ Obésité maternelle
- ✓ Prise de poids ++ pendant la grossesse
- ✓ Multiparité
- ✓ Diabète
- ✓ Foetus de sexe masculin
- ✓ Terme dépassé
- ✓ Déclenchement
- ✓ Travail long
- ✓ Présentation OIDA
- ✓ Prolongation de la phase de descente après DC
- ✓ Anomalie du bassin obstétrical

FDR macrosomie...

III. Savoir diagnostiquer la DDE

La puce à l'oreille... avec les FDR qui s'accumulent... (maternels / fœtaux / per-partum)

Puis, à l'expulsion :



- Dégagement de la tête souvent long & laborieux (difficulté au mouchage ++)
- Tête aspirée à la vulve
- Mouvement de restitution s'effectue très mal ou impossible
- Cyanose de la tête fœtale, gaspe

La palpation peut retrouver le moignon de l'épaule antérieure au dessus de la symphyse pubienne.

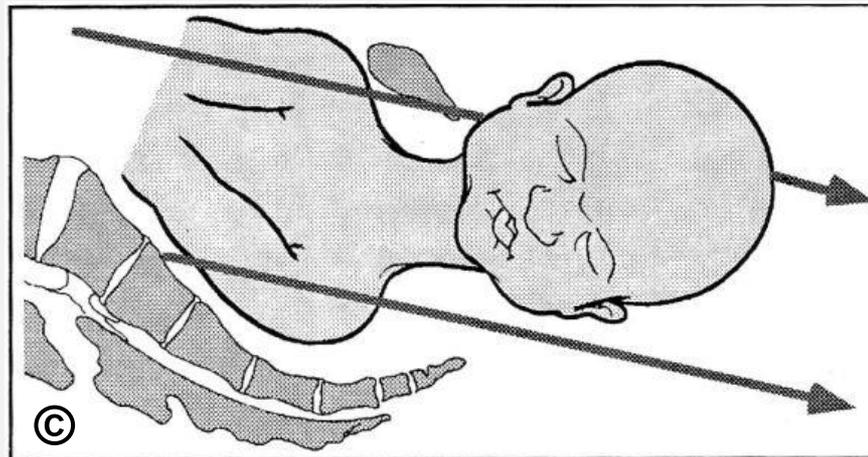


Faire le diagnostic de « fausse » ou « vraie » dystocie = au **TV**, soit l'épaule postérieure est engagée / soit l'excavation est **vide** = pathognomonique de la DDE

/!\ Attention...

... A la création de la « fausse dystocie » :

La force de traction exercée selon un axe **horizontal, ou non strictement ombilico-coccygien** fait descendre l'épaule postérieure dans l'excavation mais **impacte l'épaule antérieure derrière la symphyse pubienne**, d'autant plus facilement que le sacrum a une mauvaise concavité (sacrum plan ou redressé, angulation des dernières pièces sacrées).



IV. AVANT DE SAVOIR QUOI FAIRE... SAVOIR CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE +++ !

La règle des **4 P** !

NO P
-ANIC
-ULLING
-USHING
-IVOTING

Ne pas paniquer...

Ne pas tirer sur la tête, le cou = PB ++ (épaule ant)

Pas d'expression utérine (HAS !)

Ne pas faire pivoter la tête = lésions neurologiques



Avant l'apparition de la dystocie... et en présence de FDR...

- Ne pas insister en cas de suspicion de disproportion FP (stagnation > 2h, BSS, présentation haute...)
- Extraction instrumentale risquée si PH
- **Pas de traction forcée et prolongée +++**

- *Attention aux manœuvres de restitution trop précoces :*
L'engagement des épaules est toujours plus facile dans un diamètre oblique, ce n'est que lorsque l'engagement des épaules est acquis que l'on peut orienter les épaules de l'enfant dans un axe antéropostérieur...

V. CAT – MANŒUVRES

=

**Agir sur le tronc et les épaules mais pas sur
le cou / la tête**

Quelques principes de base...

Rester calme +++

Agir rapidement... mais sans précipitation

NE PAS IMPROVISER

Appeler l'équipe obstétricale

Arrêt des EE pendant les manœuvres

Analgésie parfaite...

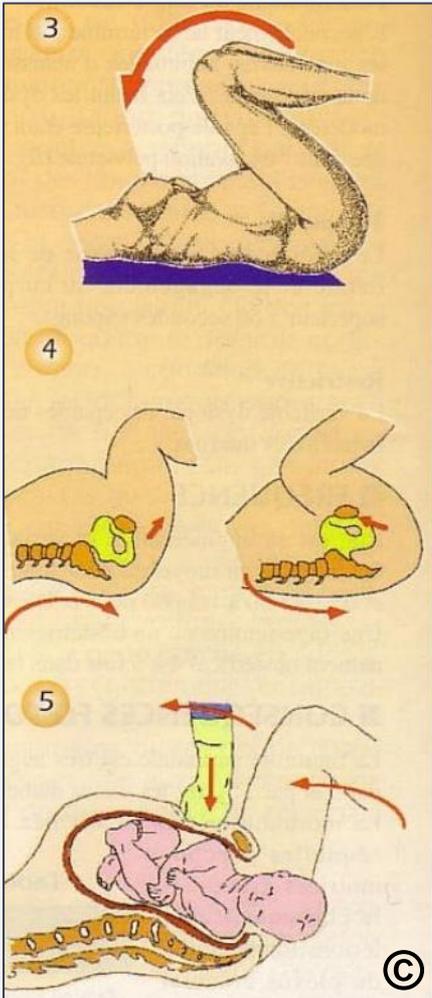
Faire noter les heures (**aspect médico-légal +++++**)

Large épisiotomie et si possible du côté opposé au sinus sacro-iliaque qui sera utilisé pour les manœuvres. Elle n'est pas obligatoire mais recommandée.

Bonne installation de la patiente +++ = fesses posées, débordant la table

Manœuvres de première intention

La manœuvre de Mac Roberts associée à la pression sus-pubienne



= Hyperflexion des cuisses facilitée par une aide opératoire de chaque côté de la patiente.

Garder les fesses bien au contact de la table d'accouchement.

Dégager les pieds des étriers, et exercer une flexion exagérée au niveau des hanches et genoux = genoux au contact du thorax ③

→ Efface la lordose lombaire ④

→ Ascension de la symphyse ce qui la fait glisser sur l'épaule antérieure ④

→ Pression sus-pubienne légèrement oblique ⇔ désenclave l'épaule antérieure ⑤

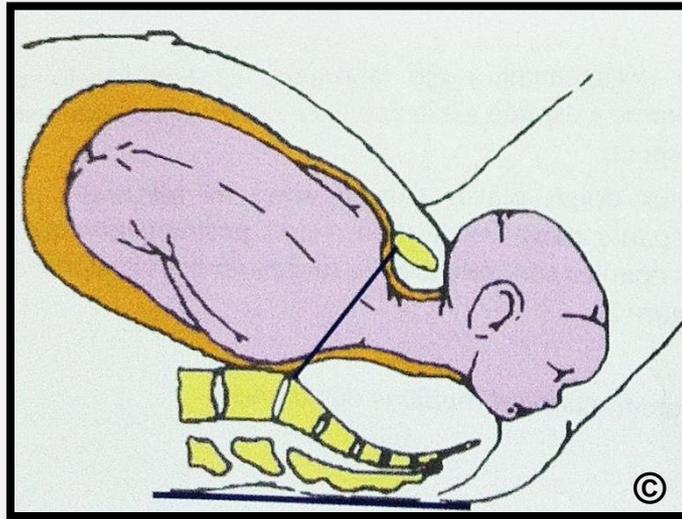


LES REFLEXES

Diagnostic de DDE = absence de l'épaule postérieure dans l'excavation au TV

- Faire appeler en URGENCE l'ensemble de l'équipe obstétricale = obstétricien sénior, anesthésiste, pédiatre
- Episiotomie (parfois compliquée ++... tête « ventousée ») du côté opposé au sinus sacro-iliaque qui sera utilisé pour les manœuvres
- Si pas d'anesthésie... méthode de Gaskin ? (voir après)... AG citée dans la littérature...
=> en vrai... ?
- Faire noter les heures +++

Manœuvres de résolution de DDE



La manœuvre de JACQUEMIER

PREALABLE :

- Femme en position **Mac Roberts**, fesses débordant la table et bien posées
- **Table relevée**
- Un **genou à terre**, respecter l'axe ombilico-coccygien +++ :
importance de la position car il va falloir remonter très haut dans le bassin maternel
- Le **choix de la main de l'opérateur** est primordial :

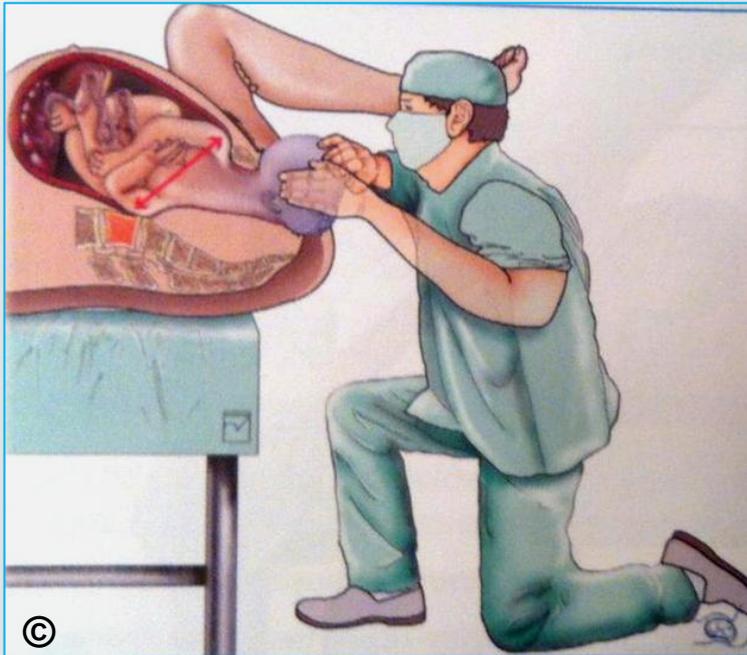


Il faut introduire la main qui fait face au ventre du fœtus (*exemple : dos à droite, main droite, donc ça sera souvent la main gauche qui sera sollicitée du fait de la prépondérance de l'OIGA*)

- Idéalement la manœuvre se réalise bras nu, vaseliné (le gant favorise le dérapage lors de la préhension et de la traction de la main) + solution antiseptique ++

1

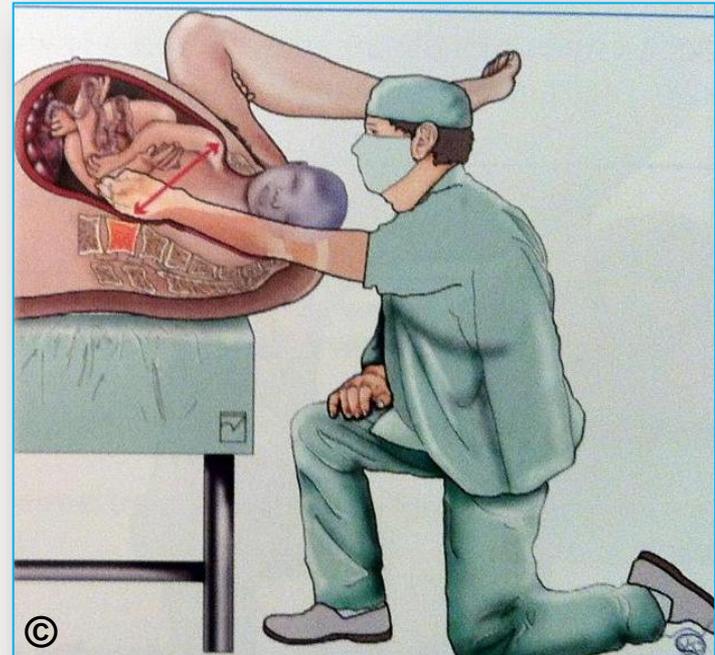
Pénétrer dans l'utérus selon l'axe ombilico-coccygien et suivre le sinus sacro-iliaque opposé au dos foetal.



2

Repérer l'épaule postérieure qui butte au niveau du promontoire.

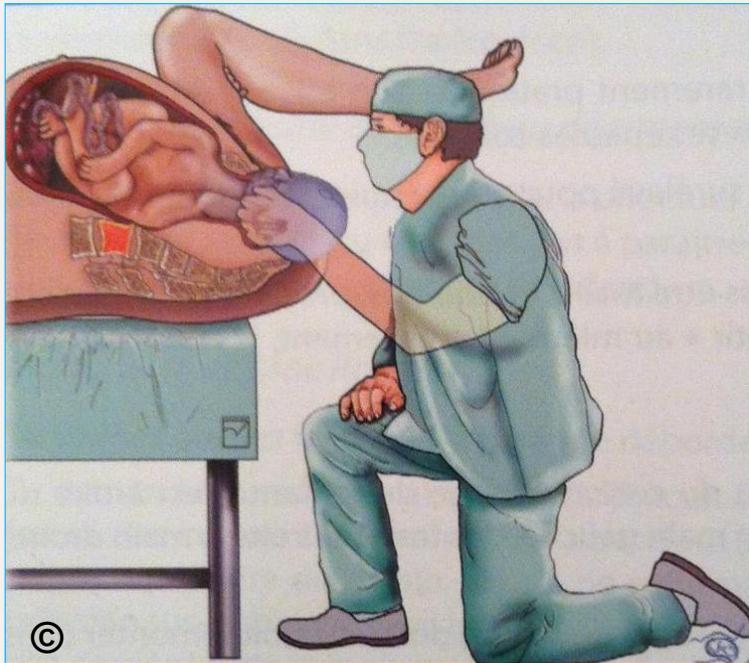
Suivre le bras, puis le coude, puis l'avant bras (souvent fléchi).



3

Attraper la main fermement (main qui correspond donc au bras postérieur).

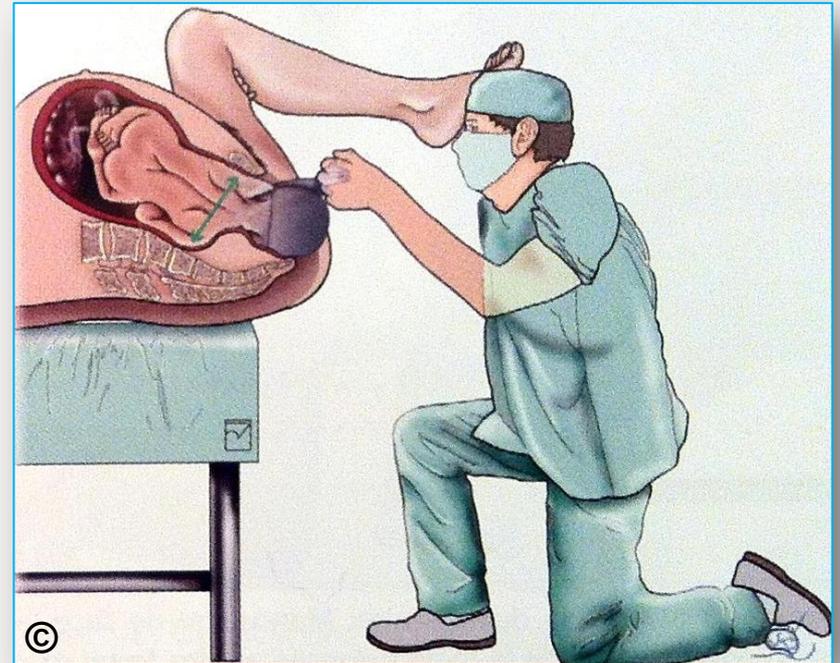
Une fois la main saisie, retirer doucement le bras (toujours dans l'axe O-C) en glissant sur la face antérieure du thorax puis devant la face fœtale.



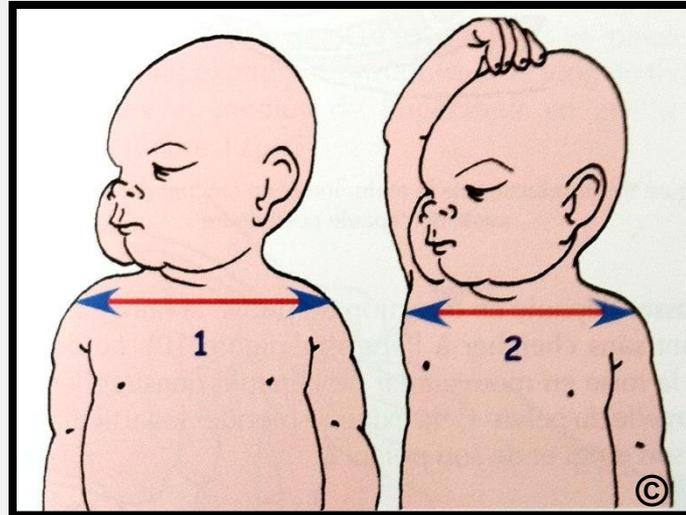
4

→ Cette manœuvre d'abaissement du bras postérieur entraîne habituellement la **ROTATION DU TRONC FOETAL.**

→ Le moignon de l'épaule antérieure qui est devenu postérieur pendant l'abaissement du bras, tombe dans l'excavation, et l'accouchement doit se terminer spontanément.



Membre postérieur dégagé ⇔ transformation du diamètre bi-acromial (120mm) en diamètre acromio-thoracique (95mm) = peut être suffisant pour résoudre la DDE.



Si insuffisant : renouveler la manœuvre sur l'autre bras.

Le diamètre acromio-thoracique se transformera en diamètre bi-thoracique avec les deux membres supérieurs extériorisés.

NB : Les tentatives de corrélation entre le diamètre biacromial et l'existence d'une DDE ont échouées.

DIFFICULTES DU JACQUEMIER :

Rareté / stress

Passage compliqué ++

Repères difficiles ++

Engourdissement rapide ++

Main qui glisse...



La manœuvre de GASKIN

Première fois de l'histoire où une manœuvre obstétricale est nommée d'après une sage-femme :

Ina May Gaskin, sage-femme membre du *Midwife Alliance of North America*.

Technique qui consiste à aider la femme à se mettre à quatre pattes (aussi appelée « *The all fours position* »)

→ Ce changement de position doit permettre le déblocage des épaules par mobilisation et modification de l'ouverture du bassin.



We are the only species of mammal that doubts our ability to give birth. It's profitable to scare women about birth. But let's stop it. I tell women:
Your body is not a lemon.

— Ina May Gaskin —

ALARMER

Ask for help. *This involves preparing for the help of an obstetrician, for anesthesia, and for pediatrics for subsequent resuscitation of the infant that may be needed if the methods below fail.*

Leg hyperflexion (*McRoberts' maneuver*)

Anterior shoulder disimpaction (*PSP*)

Rubin maneuver (*Wood inversé*)

Manual delivery of posterior arm (*Jacquemier*)

Episiotomy

Roll over on all fours (*Gaskin*)

Figure 21 :

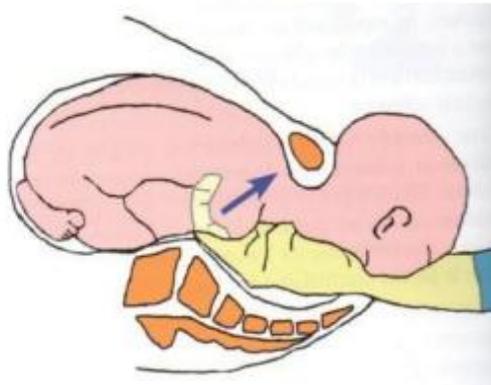


Figure 22 :

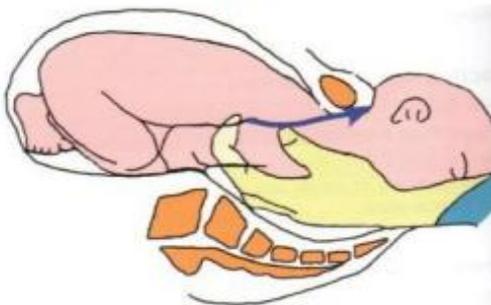
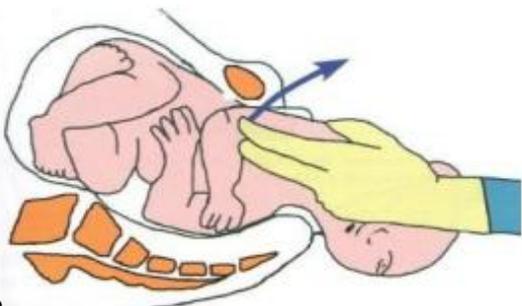


Figure 23 :



La manœuvre de LETELLIER

Deuxième manœuvre citée dans la littérature pour résoudre la DDE mais **Jacquemier technique de référence.**

Le but de la manœuvre est d'abaisser l'épaule postérieure située au niveau du DS.

Inverse : main droite dos à gauche.

Glisser la main en arrière et localiser l'épaule.

Positionner les doigts en « crochet » au niveau de l'aisselle, avec le pouce en pince thénar.

Quand l'épaule est mise en mouvement, il faut chercher à l'engager : pousser vers l'avant et vers le bas avec un mouvement de « vrille ».

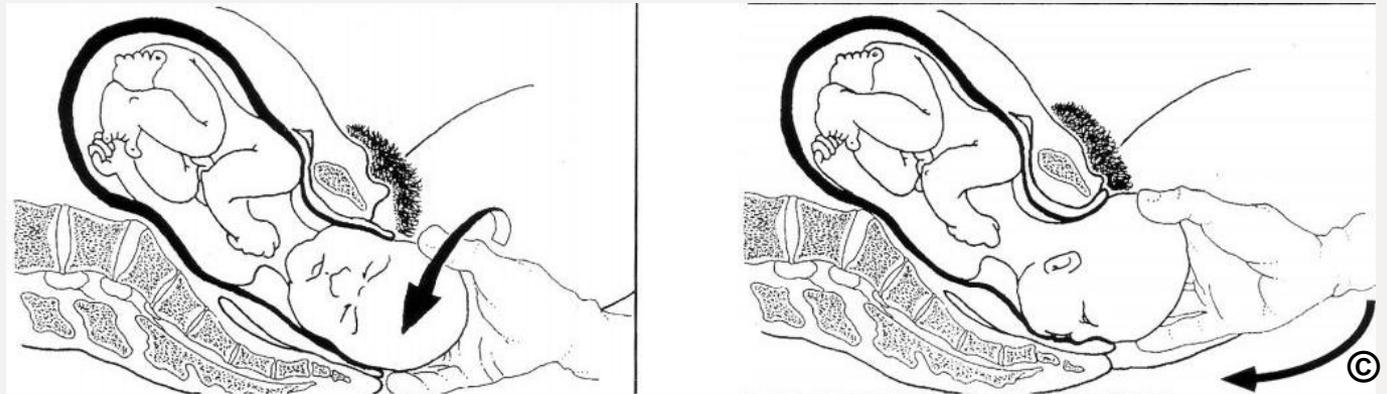
L'épaule est amenée à l'ogive pubienne où elle est dégagée de façon classique, doigts en attelle.

Trajet de l'épaule = d'abord dans le plan du DS, ensuite en spirale dans l'excavation jusqu'à l'ogive pubienne. Le thorax accompagne la rotation.

« Anecdotique » (manœuvres historiques sur dystocies irréductibles)

La manœuvre de ZAVANELLI

= Réintroduction de la tête fœtale dans les voies génitales pour pouvoir réaliser une césarienne. Quasiment jamais recommandée dans la littérature (risque de lésions neuro, difficulté ++...). A discuter sur dystocie irréductible et fœtus décédé.. ?



Symphysiotomie partielle (méthode de Zaratte)

Manœuvre de Ribemont-Dessaignes (fractures humérus)

Cléidotomie (fractures clavicules)

L'après...

Exploration périnéale et cervicale ++++

Surveiller saignements

Antibioprophylaxie pour manœuvre intra-utérine

Expliquer patiente +++

CR détaillé

NE PAS OUBLIER L'ASPECT MEDICOLEGAL

Examen du NN ++

Manœuvres de résolution de difficulté
aux épaules

La manœuvre de WOOD INVERSE

Maintien de Mac Roberts pendant la manœuvre.

Agir sur les épaules et non la tête

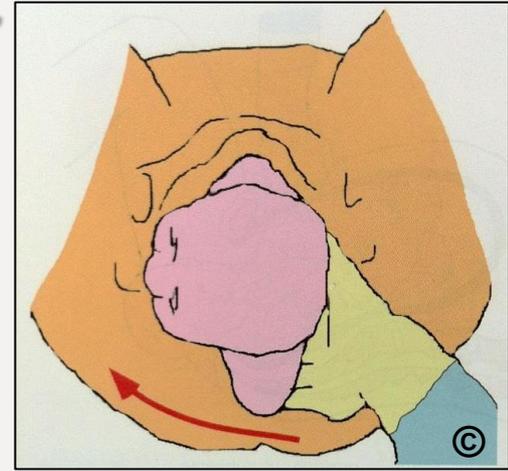
Inverse : main droite / dos à gauche.

Introduire la main en regard de la courbure du sacrum.

Longer la face postérieure de la tête fœtale, le cou, et le moignon de l'épaule postérieure.

Prendre appui sur la face postérieure de l'épaule postérieure pour lui faire subir une rotation de 180° l'amenant sous la symphyse pubienne.

- Permet la transformation de l'épaule postérieure en épaule antérieure afin d'en permettre le dégagement.
- L'épaule antérieure non dégagée s'engage en passant sous le promontoire



La manœuvre de COUDER

Introduction de deux doigts sous la symphyse pubienne jusqu'au coude antérieur du fœtus (position « en attelle »). L'abaissement du bras sous la symphyse permet de le dégager.

Figure 10 : incorrect



L'accès antérieur est incorrect car il n'y a pas suffisamment de place pour passer la main entre la symphyse pubienne et la tête fœtale

WOOD INVERSE

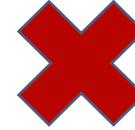


Figure 11 : incorrect



L'accès latéral est incorrect car la main n'est pas introduite en regard de l'épaule postérieure.

Figure 12 : incorrect



L'accès postérieur est possible mais la position des doigts à l'extérieur ne peut pas permettre l'introduction de la main.

WOOD INVERSE

Figure 13 : correct dos à gauche, rotation de l'épaule postérieure dans le sens des aiguilles d'une montre



La main en position dite de "l'accoucheur" est introduite derrière la tête fœtale jusqu'au contact de la face postérieure de l'épaule postérieure.

Figure 15 :



Le dos du fœtus est orienté à gauche, l'épaule gauche postérieure dans l'excavation. La main droite de l'opérateur exécute la manœuvre de WOOD INVERSEE.

VI. Complications

Néonatales :

- **Décès** : selon le « point de départ » (degré d'acidose et / ou dette en O₂ constitué par le foetus en fin de grossesse et pendant le travail) (*le taux de mortalité périnatale varie avec les études...*).
- **Asphyxie** : une fois la tête à la vulve le pH diminue de 0,04U/mn.
- **Plexus Brachial +++** (manœuvres de traction +++):
La lésion la plus fréquente intéresse les racines C5 et C6 (= *paralyse de Duchenne-Erb*)
(*Risque +++ si traction ou extraction instrumentale, surtout lorsque forceps et ventouse sont successifs*).
- **Lésions neurologiques** (manœuvres de torsions +++):
Le PB peut être associé à une lésion du nerf **phrénique** et / ou du **sympathique cervical** entraînant un syndrome de Claude-Bernard-Horner partiel ou total (myosis / ptosis / énophtalmie).
- **Fractures** diverses (clavicule, humérus...) : fréquentes mais bénignes.

Maternelles : *(liées à la macrosomie et aux manœuvres)*

- **Lésions** cervico-vaginales
- **Hémorragie** (lésions, HDD...)
- **Infection PP** (travail long, plaies, manœuvres...)
- **Incontinence** urinaire et/ ou anale
- ...**Vécu** difficile !

VII. CONCLUSION

Compte-tenu du caractère imprévisible de la DDE, les seules solutions semblent être :

- ↪ La parfaite connaissance des FDR*
- ↪ Le diagnostic rapide*
- ↪ Les bons réflexes connus*
- ↪ La prévention des complications de la DDE par sa prise en charge adaptée au moment de l'accouchement*

Devant des FDR alarmants **l'équipe obstétricale** se doit d'être **COMPLETE** à l'accouchement (obstétricien sénior, anesthésiste, pédiatre, sage-femme) (= *UTOPISTE...??*)

Il est donc **NECESSAIRE** et **INDISPENSABLE** que les **sages-femmes** connaissent parfaitement les manœuvres (entraînement, formation continue ++).

La prise en charge doit être CODIFIÉE dans les services par l'existence de **PROTOCOLES**, **REGULIEREMENT EXPLIQUEE** en théorie et en pratique.

Ne pas oublier l'aspect MEDICOLEGAL : il faut savoir se protéger et surtout dans les situations d'urgence comme celle-ci +++ tenue de dossier irréprochable

Problématique... : le diagnostic anténatal de macrosomie

Faire une césarienne systématique devant une suspicion de macrosomie ??

Cela reviendrait à faire une césarienne à 10% de la population totale seulement sur l'estimation de poids fœtal (qui est loin d'être parfaite).

→ = excès de morbidité maternelle (voire mortalité), augmentation des utérus cicatriciels, modifications dans l'organisation et le coût des soins +++

Déclenchement à 39SA selon ATCD ?

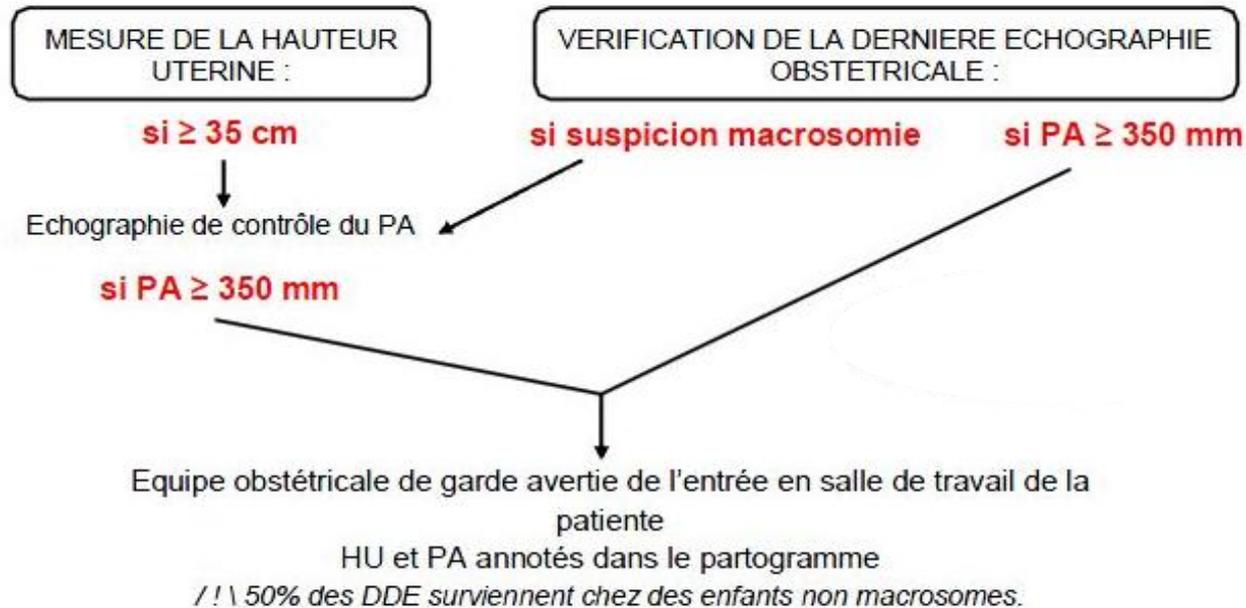
- +/- Consensus ? : EPF \geq 4500 (diabète) / 5000g (grossesse physio) \Leftrightarrow césarienne prophylactique
- César prophylactique justifiée en cas d'ATCD de DDE + lésion PB associée
- Si ATCD de DDE réduite sans difficulté majeure, fœtus actuel non macrosome et \leq au poids de l'autre enfant, pas d'obésité ni de prise de poids excessive pendant la grossesse, pas de diabète, pelviscan normal = tenter la voie basse.

→ **STAFF + DISCUSSION** au cas par cas avec la femme selon ATCD obst (type de DDE, poids des autres enfants...), FDR associés, désir de la patiente...

*« Comment décider d'une conduite
pratique à partir de facteurs de risques
puisque leur valeur prédictive est
mauvaise... ? »*

Proposition CAT pour la pratique de SF

A l'entrée en salle de travail :

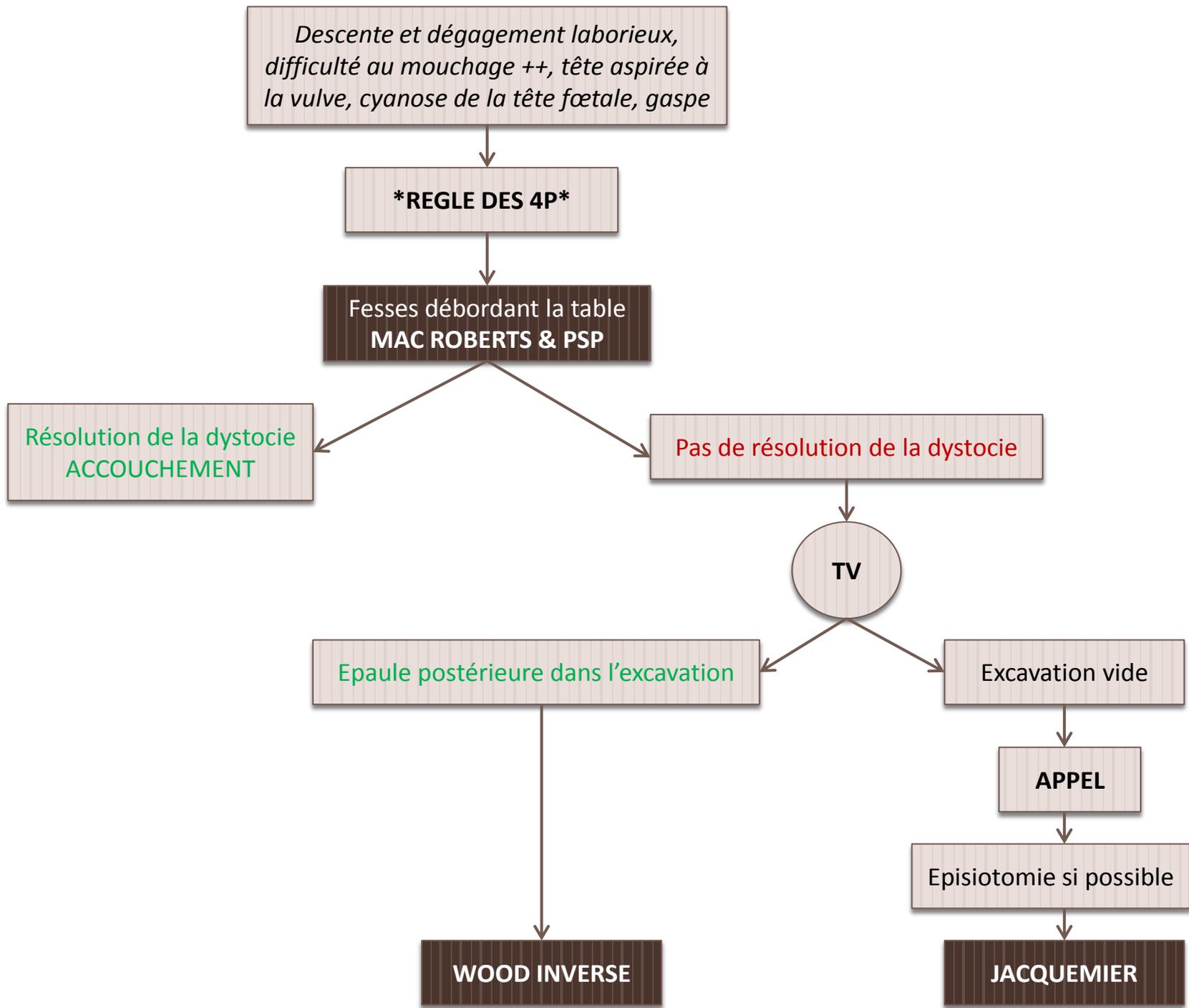


Travail :

- APD fortement recommandée
- Marche-pied présent en SDN
- Table de réanimation néonatale fonctionnelle
- Si besoin, débriefing avec l'équipe paramédicale présente à l'accouchement
- Eviter une prolongation du travail : vigilance devant stagnation de la dilatation, 2^{ème} partie du travail augmentée
- Connaître le côté du dos foetal et l'annoter dans le dossier

CE QU'IL FAUT RETENIR DE CETTE INTERVENTION :

- **Savoir distinguer difficulté aux épaules et DDE (au sens théorique & CLINIQUE +++)**
- **Connaître les FDR DDE (DOPE et +) = avoir le flair**
- **Connaître la règle des 4P (ce qu'il ne faut pas faire)**
- **Connaître l'enchaînement :**
Position patiente – Mac Roberts + PSP – TV (diagnostic) – Appel équipe de garde – Episiotomie si possible – Gants/pas gants mais bras bétadiné ! – Jacquemier GENOU A TERRE
- **1 manœuvre = la manœuvre de JACQUEMIER (dos à gauche ⇔ main gauche)**
- **Ne pas oublier l'aspect médico-légal (dossier, heures, noms, explications patiente/couple...)**



VIII. Bibliographie

Livres (illustrations tirées des livres +++)

- MARPEAU L et al. *Traité d'obstétrique*. N°1. Masson ; 2010.
- SCHAAL JP, CERES C, HOFFMANN P. *Gynécologie Obstétrique en Urgence*. N°1. Sauramps Médical ; 2009.
- SCHAAL JP, RIETHMULLER D, MAILLET R. *Mécanique et techniques obstétricales*. N°3. Sauramps Médical ; 2007.

Mémoire

- COMASTRI M. Gestion du risque en salle de naissance : à propos de la dystocie des épaules. Mémoire : Ecole de sages-femmes de Saint-Antoine : Faculté Pierre et Marie Curie Paris VI ; 2013.

Articles +++)

CF bibliographie du mémoire.

Internet

<http://www.youtube.com/watch?v=eq9n1WJPhF4&feature=relmfu>

http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/26B64ECA-AB09-4316-9236-0C8967A8AC4A/0/DYSTOCIEDESEPAULES_v2.pdf

UMVF - Université Médicale Virtuelle Francophone

Séquence vidéo



Merci !