

Accouchement du siège

Pré-requis:

- ➔ **échographie** pour vérifier l'absence de déflexion de la tête fœtale
- ➔ Vérifier dernière **EPF** (écarter une suspicion de macrosomie ou RCIU)
- ➔ **ERCF continu**
- ➔ **pelvimétrie** OK (confrontation fœtopelvienne, et en particulier céphalo-pelvienne: BIP vs Biep)
- ➔ **APD** conseillée ++
- ➔ **éviter RAM** sinon la plus tardive possible (risque de procidence du cordon)
- ➔ accouchement en présence de l'obstétricien, de la sage-femme, de l'anesthésiste et du pédiatre

Contre indications à la voie basse:

- ▶ **disproportion fœtopelvienne (pelvi-TDM)**
- ▶ **déflexion de la tête fœtale**



Matériel:

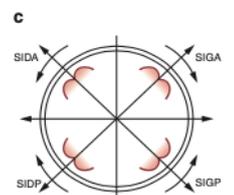
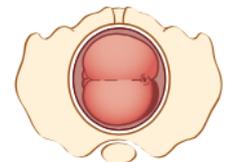
- champs stériles dépliés
- dérivés nitrés
- marche-pied
- forceps et/ou spatules, valves vaginales et ciseaux
- +/- table placée sous la vulve de la patiente (Vermelin)

Présentation:

- **Sacrum fœtal** = repère de la présentation
- Type de présentation par ordre de fréquence: SIGA > SIDP > SIGP > SIDA
- Si dos postérieur: à **corriger** par l'accoucheur au risque d'avoir un **accrochage du menton** derrière la symphyse pubienne

💡 Astuces et conseils:

- **éviter toute traction sur le fœtus** avant le dégagement des omoplates (au risque d'engendrer un relèvement des bras ou une déflexion de la tête fœtale)
- débuter les **efforts expulsifs** en **partie basse**
- **épisiotomie non systématique** +++ (ne prévient pas des LOSA)
- ne **pas** faire de délivrance dirigée



Source: *Pratique de l'accouchement*, 6e édition, Elsevier Masson

Accouchement voie basse spontané = méthode de Vermelin

Définition: expulsion du fœtus de façon « libre », **sans intervention** de l'équipe obstétricale lors de l'accouchement tant que tout se déroule de manière physiologique, sous **surveillance étroite** avec **présence de l'équipe médicale** dans la salle de naissance. Une **table** sera disposée contre la table d'accouchement à hauteur du périnée de façon à ce que le fœtus vienne « s'asseoir » sur cette dernière.

Technique:

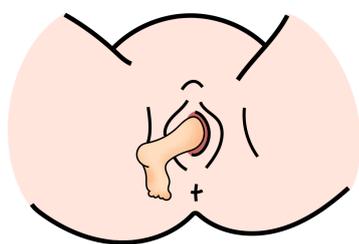
1. L'expulsion est rythmée par les contractions utérines renforcées par les efforts expulsifs
2. C'est d'abord le **siège** (fesses ou pied en première position selon le type de siège) qui va apparaître à la **vulve**
3. Le **dos** va tourner de façon spontanée vers **l'avant**
4. Les **pieds** fœtaux vont venir reposer **sur la table** placée à l'aplomb de la vulve
5. Les **bras** du fœtus **se dégagent** ensuite **successivement** dans un diamètre transversal, et le fœtus est à **genoux** sur la table

6. La patiente va effectuer un dernier **effort de poussée** permettant le **dégagement de la tête** en orientation occipitopubienne

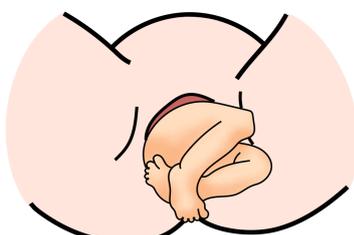
◆ **Siège complet**



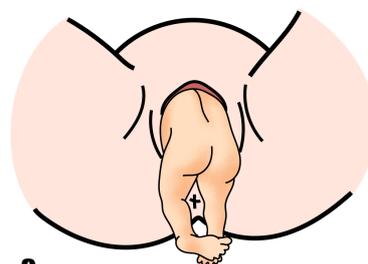
Définition: fœtus assis « **en tailleur** » au-dessus du détroit supérieur (DS), cuisses et jambes fléchies, augmentant les dimensions de la présentation, < 1/3 des cas, plutôt chez la multipare



1.



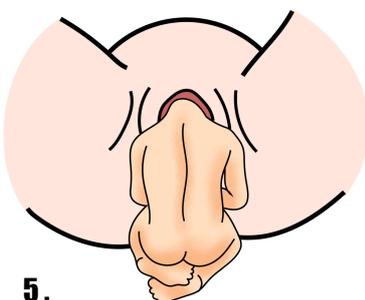
2.



3.



4.



5.



6.

◆ **Siège décomplété**



Définition: dit **mode des fesses**, membres inférieurs en extension devant le tronc, cuisses fléchies sur le bassin, les pieds arrivant au niveau de la tête fœtale. Plus fréquente chez la primipare, 2/3 des cas (*accouchement similaire au siège complet mais avec l'apparition des fesses en premier*)

Accouchement voie basse avec prise en charge « active »

★ **Dégagement des épaules**

→ A réaliser lorsque la pointe des omoplates est visible à la vulve

Indication des manoeuvres:

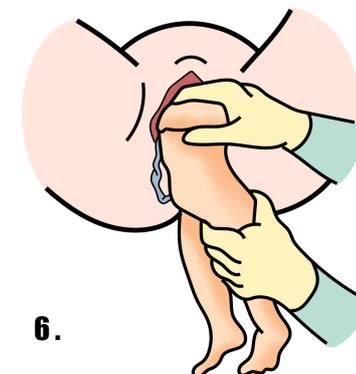
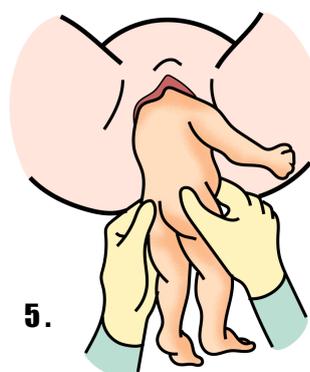
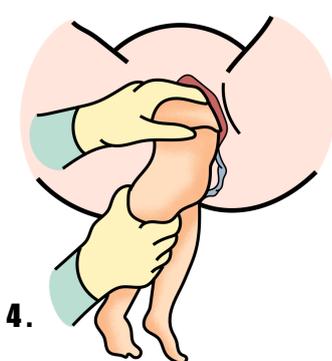
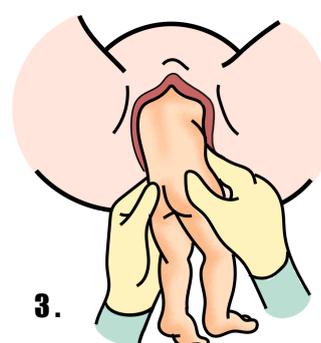
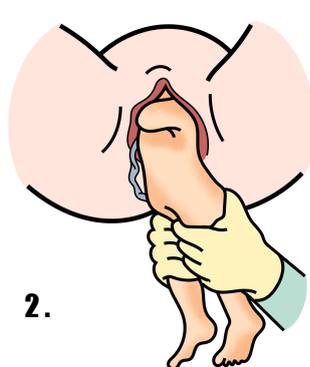
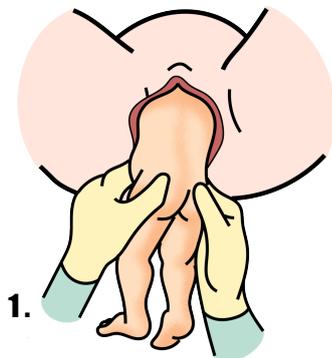
- ✓ **systématique** = accompagnement de l'accouchement eutocique (réduction du temps de compression du cordon, formation des internes)
- ✓ en cas de **dystocie** = relèvement des bras et/ou non engagement des épaules avec arrêt de la progression



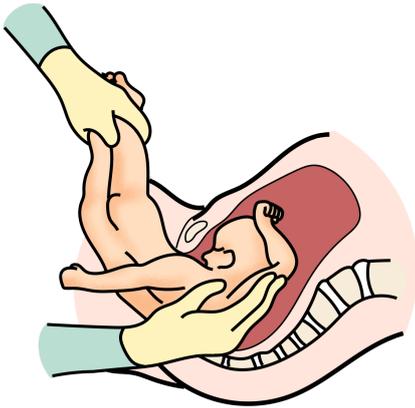
Techniques:

* **Lovset**

1. Saisir le fœtus au niveau du **bassin** avec ses deux mains à l'aide d'un **champ stérile**: les pouces de chaque côté du rachis lombaire, le reste de la main entoure les hanches et l'abdomen
2. Effectuer une **rotation du fœtus de 90°** en maintenant une **traction dans l'axe** ombilico-coccygien, pour amener l'**épaule postérieure sous la symphyse** pubienne
3. Ramener le **dos** foetal en **avant**
4. Répéter le **2e temps** en réalisant une rotation d'un côté puis de l'autre pour **dégager l'épaule antérieure** puis **postérieure**



* **Abaissement des bras = manoeuvre de Demelin**



1. Introduction de la **main** homologue au bras foetal (main droite pour le bras droit et main gauche pour le bras gauche) en mode « **accoucheur** » dans dans la **concavité sacrée**

2. Placer le pouce dans le creux axillaire, l'index et le médium, en **attelle** le long de l'**humérus**

3. **Abaisser le bras** vers l'avant du foetus et l'amener jusqu'à la vulve

NB: Si le bras antérieur ne descend pas de lui-même, effectuer une rotation de 180° du foetus et abaisser le bras postérieur devenu antérieur comme décrit précédemment

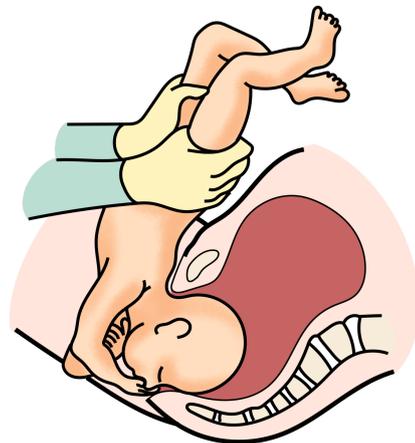
★ **Dégagement de la tête**

Indication des manoeuvres:

- ✓ **systématique** = accompagnement de l'accouchement eutocique (réduction du temps de compression du cordon, formation des internes) pour les manoeuvres de Bracht et Mauriceau
- ✓ en cas de **dystocie** = rétention de tête dernière

Techniques:

* **Manoeuvre de Bracht**



1. Empoigner le foetus par les **hanches** (pouces sur la face ventrale, reste de la main au niveau des fesses et de la région lombo-sacrée) ou bien par les **chevilles**

2. **Relever** doucement (sans traction) les membres inférieurs sur le ventre de la mère pour créer un « enroulement » autour de la symphyse

3. L'aide réalise une légère **pression sus pubienne** pour aider au dégagement de la tête

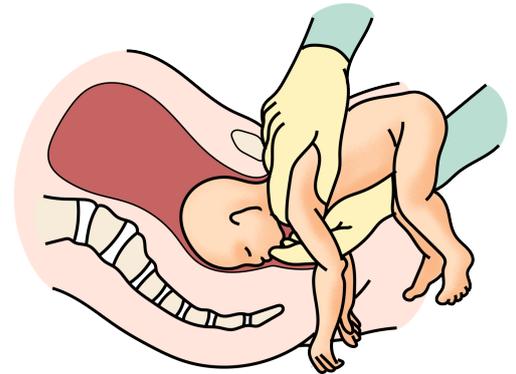
⚠ Attention: JAMAIS DE TRACTION - Cette manoeuvre est à réaliser lorsque la tête est engagée +++ (le sous-occiput **DOIT** être sous la symphyse)



* **Manoeuvre de Mauriceau**

☞ L'objectif est de compléter la flexion de la tête afin de pouvoir l'orienter si nécessaire et la faire descendre

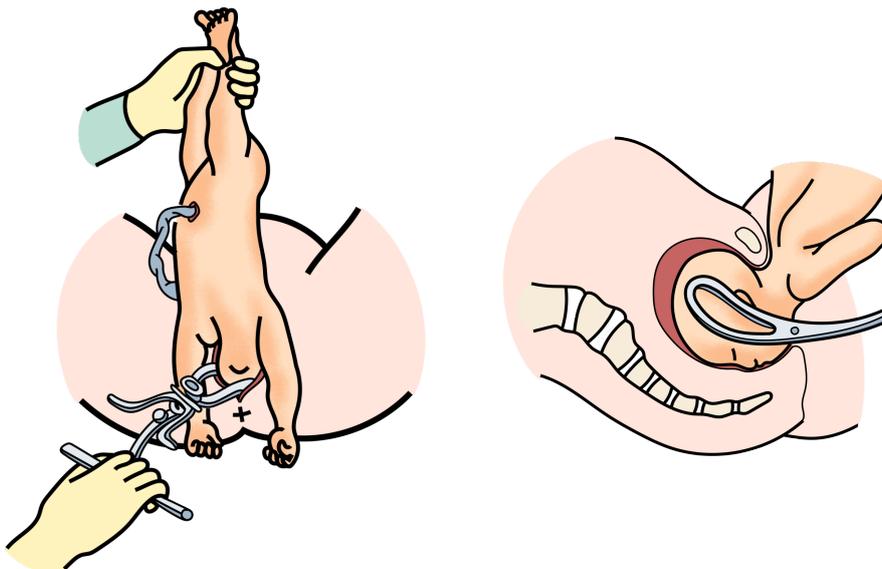
1. Placer le **foetus à cheval sur l'avant bras**
2. A l'aide de son autre main, **saisir** le foetus au niveau de ses **épaules**, de part et d'autre de son cou
3. **Abaisser** le foetus vers le bas
4. Insérer le **majeur** et **l'index** du bras porteur dans la **bouche** foetale au niveau de la **base de la langue** en exerçant une légère **pression** sur le plancher buccal afin d'amener le menton sur le sternum pour **fléchir la tête**
5. En parallèle, relever progressivement le corps foetal vers le ventre de la mère afin d'amener l'occiput sous la symphyse pour dégager la tête



* **Forceps/spatules sur tête dernière** (si échec des 2 autres manoeuvres)

1. L'aide maintient le **foetus** à la **verticale** en l'empoignant par les **chevilles**
2. **Positionnement de l'instrument** sur la tête foetale (cf pose de forceps)
3. **Traction très douce dans l'axe** ombilico coccygien afin de faire pivoter la nuque autour de la symphyse en fléchissant la tête
4. Le forceps ne sera retiré qu'une fois l'extraction terminée

NB: avant la pose du forceps on peut être amené à **fléchir la tête** foetale par la réalisation d'une pression sur la base de la langue à l'aide de l'introduction de **2 doigts dans la bouche** du foetus



★ **Cas particuliers:**

1. Rétention de tête dernière non engagée:

- * **Manoeuvre de Champetier de Ribes:** une main est introduite dans l'utérus par la face ventrale du fœtus pour venir positionner **2 doigts dans la bouche foetale afin de fléchir la tête** et l'orienter dans un diamètre oblique, il est ensuite nécessaire d'effectuer une légère **traction dans l'axe** ombilico coccygien associée à une **expression du fond utérin** par l'aide
- * **Section de la lèvres antérieure du col de l'utérus** après exposition à l'aide d'une valve vaginale tenue par une aide

2. Rotation avec occiput en arrière: effectuer une **rotation contrainte** comme indiqué dans la manoeuvre de Lovset (mais sans traction !!) de façon à ramener le **dos** foetal en **antérieur**

3. Relèvement des bras :

- * **Abaissement des bras**
- * **Manoeuvre de Lovset**

4. Accrochage du menton sous la symphyse pubienne (présentation postérieure): effectuer une rotation manuelle

- soit par **pression directe sur le malaire antérieur** avec **pression** sur la partie postéro latérale de la tête à travers la paroi abdominale maternelle
- soit par **traction sur la commissure labiale latérale postérieure** avec **pression** sur la partie antérieure de la tête à travers la paroi abdo maternelle
- Soit par **forceps** si échec des deux manoeuvres précédentes +/- césarienne