

Dystocie des épaules

Clinique: tête foetale semblant « **aspirée** »/« ventousée » à la **vulve**

Définitions: 2 types de dystocie:

- l'épaule **postérieure** est **engagée** = dystocie des épaules « **modérée** »
- l'épaule postérieure n'est **pas engagée** = dystocie des épaules « **vraie** »

Dans les deux cas l'épaule **antérieure** est « **coincée** » derrière la symphyse pubienne

***NB**: ces termes ne doivent plus être utilisés mais ils se trouvent encore dans le langage commun, nous les citons donc*

Pré-requis: avant toute manoeuvre, il est important de vérifier la **bonne position de la patiente** sur la table

Manoeuvre de Mac Roberts

Méthode: deux aides vont **ramener les genoux de la mère contre son thorax** en fléchissant ses cuisses sur son abdomen (la diminution de la lordose lombaire et nutation du bassin permettent alors l'ascension de la symphyse pubienne au-dessus de l'épaule antérieure)



Pression sus pubienne

Méthode: une aide va exercer une **pression en arrière de la symphyse pubienne** sur la face postérieure du moignon de l'épaule antérieure afin de l'aider à s'engager sous la symphyse.

! Attention:

- **ne pas confondre avec « l'expression utérine »** qui consiste à appuyer sur le fond utérin pour « aider » à l'expulsion foetale et qui est interdite de nos jours
- il est préférable que l'aide soit sur une estrade afin de pouvoir exercer une pression **bras tendu** avec une force supérieure

Manoeuvre de Wood inversée

Indication:

- ✓ après échec de la manoeuvre de mac roberts +/- accompagnée d'une pression sus pubienne
- ✓ si l'épaule postérieure est engagée (dystocie « modérée »)

Méthode:



1. **Glisser sa main** correspondant au **côté du dos foetal** (main droite si dos à gauche et vice versa) **en arrière** du moignon de l'épaule **postérieure**
2. Exercer une **pression** sur la face postérieure de l'épaule en direction du ventre foetal afin de la ramener en antérieure après avoir effectué une rotation axiale de **180°** (sens de la rotation naturelle)

3. L'épaule postérieure (initialement antérieure) va venir s'engager dans le pelvis
4. La suite de l'accouchement se déroule de la même façon qu'un accouchement physiologique, il est bienvenu d'effectuer une manoeuvre de **Couder**

💡 Astuce:

- il est possible de changer de main après avoir exercé une rotation de 90° afin d'être plus à l'aise
- **rehausser la table au maximum pour que l'opérateur soit à niveau de la vulve**
- patiente en bord de table en position gynécologique

Manoeuvre de Jacquemier

Indication:

- ✓ après échec de la manoeuvre de mac roberts +/- accompagnée d'une pression sus pubienne
- ✓ si l'épaule postérieure n'est pas engagée (dystocie « vraie »)

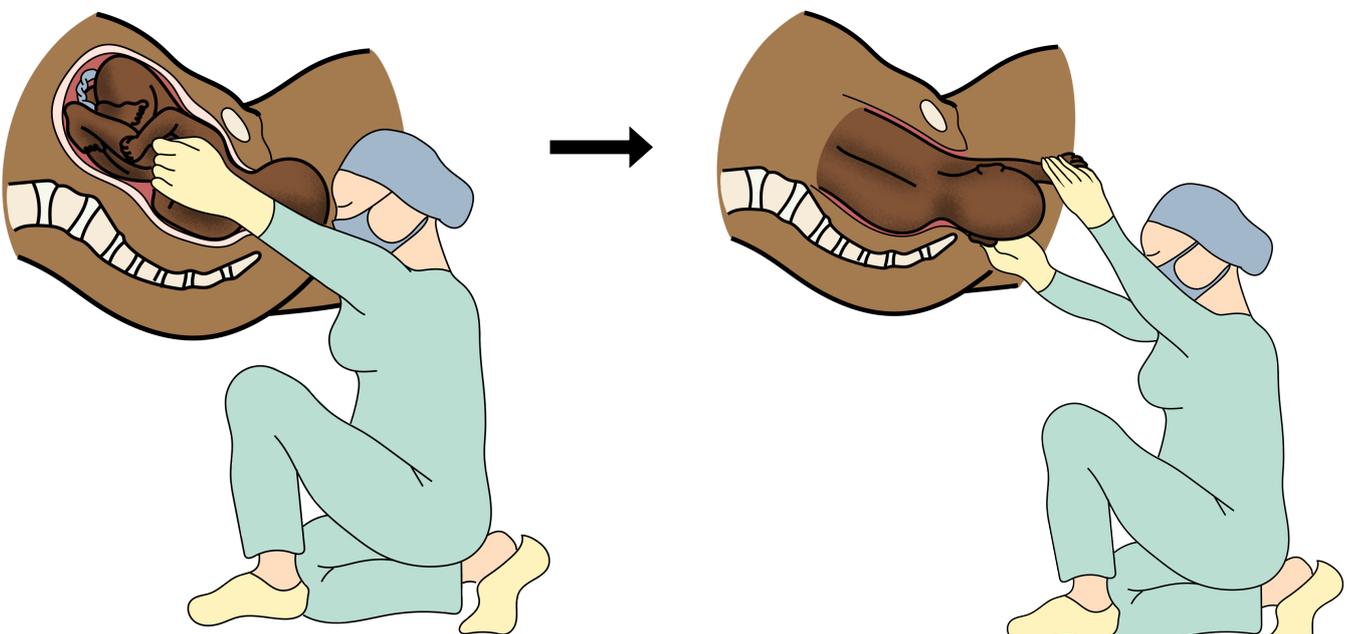
⇒ L'objectif de cette manoeuvre est de réduire le diamètre bi-acromial en acromio-thoracique

Méthode:

1. Glisser sa **main** qui fait **face au ventre foetal** (main gauche si dos à gauche et vice versa) dans l'excavation sacro coccygienne jusqu'au **moignon de l'épaule postérieure**, puis longer le bras jusqu'à atteindre la **main** foetale qu'il faut **saisir fermement**
2. Ramener la **main** saisie **en avant du visage** foetal, sous la symphyse pubienne (ce qui va entraîner une rotation du tronc)
3. Tracter le bras foetal dans un axe ombilico coccygien sans lâcher la main foetale !!
4. L'épaule postérieure va donc se retrouver en antérieure et la suite de l'accouchement se déroule de la même façon qu'un accouchement physiologique

💡 Astuce:

- **rehausser la table au maximum pour que l'opérateur soit à niveau de la vulve +++**
- patiente en bord de table en position gynécologique
- **opérateur à genoux +++**
- Une épisiotomie peut être réalisée mais n'est pas systématique



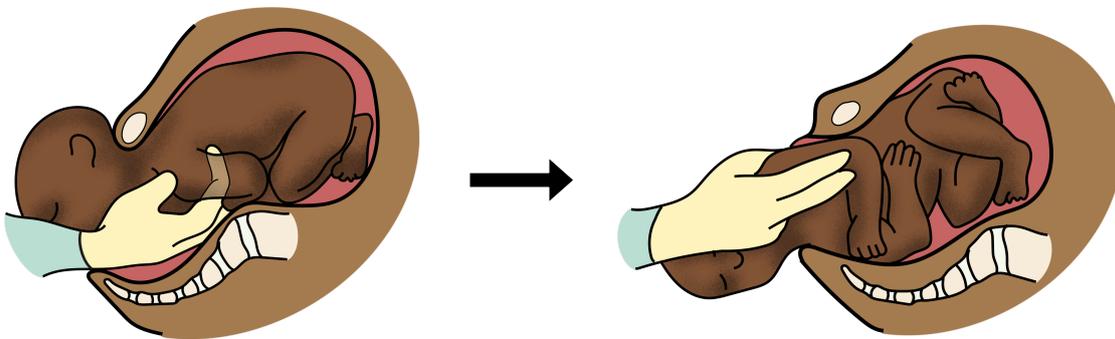
Manoeuvre de Lettelier

Indication:

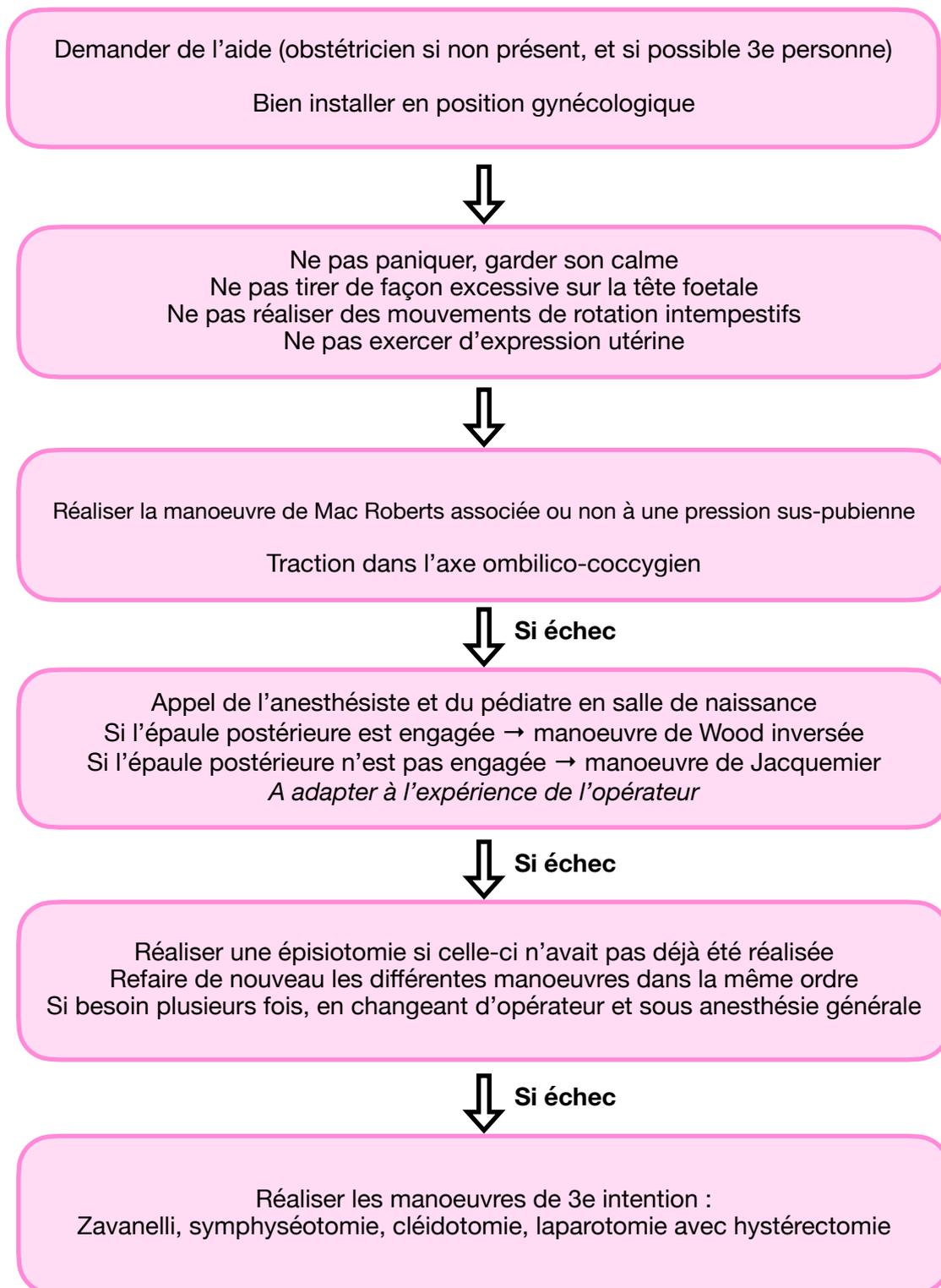
- ✓ après échec de la manoeuvre de mac roberts +/- accompagnée d'une pression sus pubienne
- ✓ si l'épaule postérieure n'est pas engagée (dystocie « vraie »)

Méthode:

1. Introduire sa **main** correspondant au côté du **dos** foetal (main droite si dos à gauche et vice versa) dans l'**excavation sacro coccygienne** afin d'aller **crocheter** avec son index **l'aisselle de l'épaule postérieure** d'avant en arrière
2. Effectuer une **rotation de 180°** en direction du **dos** foetal jusqu'à ce que l'épaule postérieure se retrouve sous la symphyse pubienne (sens opposé à la rotation naturelle)
3. La suite de l'accouchement se déroule de la même façon qu'un accouchement physiologique. Il est bienvenu d'effectuer une manoeuvre de **Couder**



Maitre mot: « **prendre le temps** » +++ —> Selon Leung et al, le pH diminue de 0,011 point par minute entre le dégagement de la tête fœtale et celui du tronc, le principal risque n'est donc pas l'acidose ou l'encéphalopathie anoxo-ischémique mais bien les risques de lésions osseuses ou du plexus brachial

Protocole proposé par le CNGOF

☞ Dans tous les cas, faire examiner l'enfant par un pédiatre et donner à distance des explications claires à la patiente et au conjoint sur les circonstances de l'accouchement