



Dystocie des épaules (DDE)

A) Définition / incidence / pronostic

1. **Définition de la dystocie des épaules (DDE) : urgence obstétricale liée à une difficulté d'extraction fœtale après la sortie de la tête. Il faut distinguer la vraie DDE (sévère) avec les deux épaules retenues au-dessus du détroit supérieur de la fausse DDE (modérée) dont une épaule se trouve sous le détroit supérieur.**
2. **Incidence comprise entre 0,58 et 0,70 %.**
3. **Pronostic :**
 - Augmentation de la morbi-mortalité maternelle : Hémorragies du postpartum (11%), déchirures du sphincter anal (D3 D4) (3.8%)
 - Augmentation de la morbi-mortalité néonatale : Lésion du plexus brachial, transitoire dans 90% des cas. Les lésions permanentes sont une des causes principales de poursuite judiciaire
 - Fracture
 - Asphyxie
 - Décès

B) Prédiction

Les cliniciens doivent connaître **les facteurs de risque** de la DDE, tout en sachant aussi qu'ils ont une faible valeur prédictive positive tant individuellement qu'en combinaison. De plus, 48 % des DDE surviennent chez des enfants de poids normal.

- Macrosomie
- Macrosomie dans grossesse diabétique : A poids égal des nouveau-nés, risque de DDE multiplié par 2 à 4 chez mère diabétique
- Antécédent(s) de DDE
- Bassin maternel rétréci
- Dyscinésie de fin de dilatation
- Lenteur d'expulsion surtout si + instrumentation

C) Prevention de la DDE

1. Faut-il induire le macrosome pour éviter la DDE?

Essai DAME : Fortement en faveur de **proposer une induction du travail avant la fin de la grossesse (38-39 semaines) dans les suspicions de macrosomie \geq P95** (+score de Bishop, bassin maternel, etc..). En particulier si **grossesses diabétiques**.

2. A qui Faut-il recommander une césarienne prophylactique?

- Macrosomie + diabète évaluée \geq 4.500 grs
- Macrosomie sans diabète évaluée \geq 5.000 grs
- Antécédent de DDE (taux de récurrence DDE multiplié par 10 globalement, taux de récurrence est compris entre 1% et 25%) dépend de la sélection des cas, du degré de macrosomie, du niveau de compétence de l'équipe, de la sévérité des complications de la DDE (pronostic pédiatrique neurologique, déchirure sphinctérienne maternelle compliquée, etc.) > Réalisation d'une pelvimétrie (?)

D) PRISE EN CHARGE DE LA DDE^{i ii iii}

1. Diagnostic de DDE

La gestion adéquate de la DDE nécessite une reconnaissance rapide des signes de DDE :

- Sortie difficile de la face et du menton
- Tête restant étroitement appliquée à la vulve ou même rétractée (signe du bouchon de champagne)
- Absence de restitution
- Absence de descente d'une épaule

2. PRISE en charge de la DDE

La DDE doit être prise en charge systématiquement.

Gestes à proscrire absolument:

- traction continue sur la tête (pulling)
- maintien des efforts expulsifs maternels
- prise en charge en « solo », absence d'explication claire à l'équipe de secours (inefficace, médico-légal)
- pression fundique (pushing) (inefficace - risque de rupture utérine)
- absence de minutage des actes, et de documentation détaillée après (médico-légal).

Si le RCF est normal jusqu'à la naissance, un délai inférieur à 5 minutes n'entraînerait pas de séquelles post asphyxique. Plusieurs guidelines proposent 30 secondes comme délai entre 2 actions.

2.1. Manœuvres de 1ère ligne

2.1.1. Appel à l'aide - transfert d'information

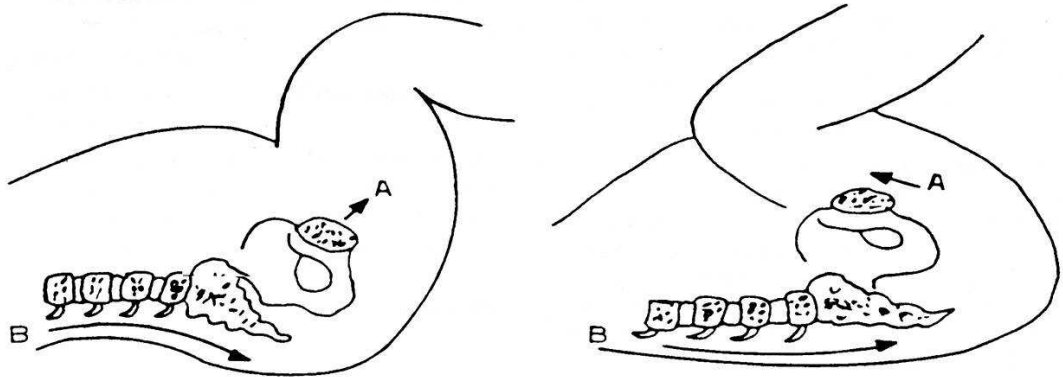
Obstétricien/sage-femme expérimenté – Néonatalogue – anesthésiste

2.1.2. Episiotomie

Pas de consensus

2.1.3. Manœuvre de McRoberts

Flexion-abduction des hanches maternelles, positionnant les cuisses sur l'abdomen > redresse l'angle lombo-sacré, augmente le diamètre antéro-postérieur pelvien. (taux de succès : 90 % - faible taux de complication)



2.1.4. Pression sus-pubienne (en position de McRoberts)

Exercée par sage-femme ou assistant du côté du dos fœtal, vers le bas et latéralement, juste au-dessus de la symphyse pubienne > diminue le diamètre biacromial du fœtus et tourne l'épaule antérieure dans le plus large diamètre pelvien oblique qui est libérée pour glisser sous la symphyse pubienne.



source : ALSO

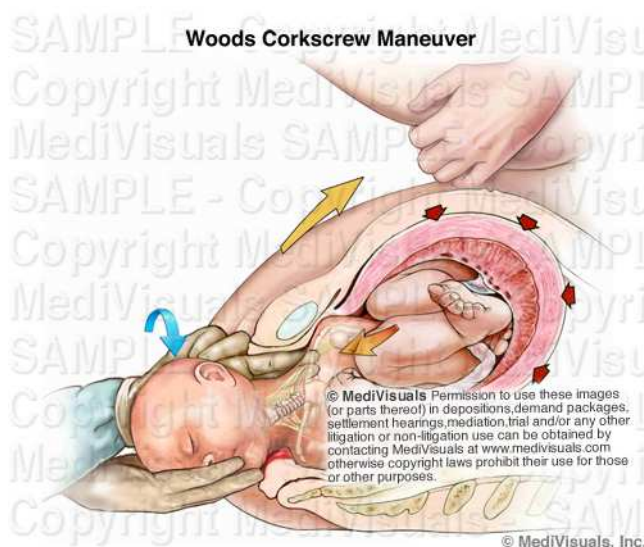
2.2. Manœuvres de 2ème ligne

2.2.1. Rotation directe de l'épaule : manœuvre de Rubin et/ou de Wood

- Patiente à plat - au bord du lit
 - Accès au vagin : abord postérieur ou abord de l'épaule la plus accessible
 - Avec les doigts ou la main entière
 - Sous péridurale, sinon anesthésie générale ou sédation
- **Manœuvre de Rubin** : pression unilatérale, sur une seule épaule ; en premier choix la face postérieure (acromiale) de l'épaule postérieure. > la faire tourner jusqu'au diamètre oblique ou mieux de 180°. En deuxième choix : la face postérieure de l'épaule antérieure ou les faces antérieures de ces épaules.
- **Manœuvre de Wood** : pression bilatérale, sur les deux épaules. A deux mains, une placée sur un acromion, l'autre sur les côtes contra-latérales > rotation jusque dans un axe oblique, ou mieux de 180°.



sources: ALSO, PROMPT

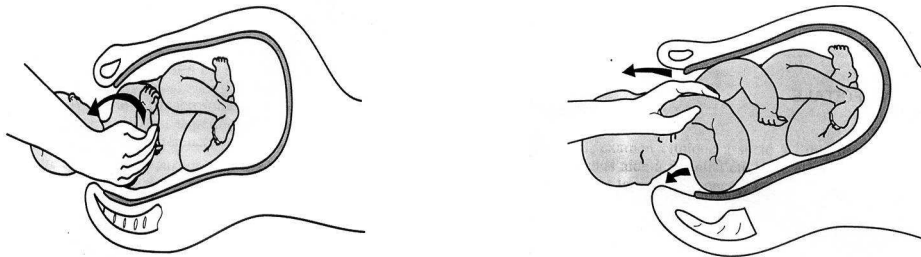


2.2.2. Abaissement du bras postérieur : Manœuvre de Jacquemier et de Letellier

➤ **Manœuvre de Jacquemier**

Patiente en position gynécologique, table haussée au maximum, bien au bord de la table

- Opérateur assis ou à genou
- Introduction de la main qui fait face au ventre du fœtus, passe sous la tête fœtale, puis dans le sinus sacro-iliaque, repère l'épaule postérieure, puis suit le bras et l'avant-bras jusqu'à la main fœtale qui est saisie fermement. Si bras fœtal tendu > le faire plier avec pression dans le pli du coude.
- Retrait de la main saisie vers le bas, en avant du visage fœtal > rotation du tronc : creux axillaire du bras initialement postérieur > sous le pubis. Epaule initialement antérieure > en arrière - s'engage dans l'excavation.
- Si main postérieure du fœtus déjà dans la partie basse de l'utérus > Jacquemier « a minima » (plus aisé)



➤ **Manœuvre de Lettelier (variante)**

Introduction de la main avec index en crochet sous l'aisselle de l'épaule postérieure qui est ramenée sous l'ogive pubienne

Complication: abaissement du bras postérieur associé à fractures humérales (2 - 12 %)

2.2.3. Mise en position à 4 pattes : Manœuvre de Gaskin

➤ **Manœuvre de Gaskin ou technique du « Quatre-pattes »** (taux de réussite : 83 %).

- Si patiente mobile et compliant > peut être 1^{ère} manœuvre de 2^{ème} ligne.
- Rotation de la patiente > 4 pattes > descente de l'épaule postérieure



Figure 3. The Gaskin maneuver. Placing the mother in the all-fours position may allow the posterior shoulder to descend. Reprinted with permission from Kovavisarach E. The "all-fours" maneuver for the management of shoulder

2.3. Manœuvres de 3ème ligne

2.3.1. Ré-essai des manœuvres précédentes

2.3.2. Autres manœuvres de 3ème ligne

- Elles sont toutes mal connues (petites séries) et potentiellement entachées de morbi-mortalité maternelle et néonatale importante. Les méthodes décrites dans la littérature sont simplement citées ici.
- **Cleïdotomie** : Rupture de la clavicule soit chirurgicalement soit avec le doigt
- **Symphyséotomie selon Zarate** : Incision au bistouri des fibres antérieures de la symphyse pubienne avec un bistouri, en déviant l'urètre sondé avec le doigt.

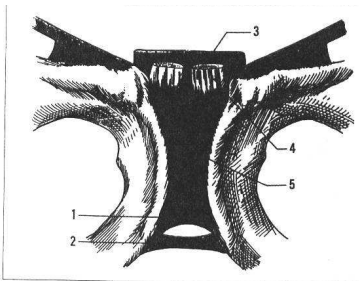


Fig. 1. - Vue antérieure de la symphyse pubienne selon Kamina [11] (reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur). 1) Ligament arcué du pubis; 2) ligament transverse du périnée; 3) muscle droit de l'abdomen; 4) muscle pyramidal; 5) surtout fibreux présymphysaire.

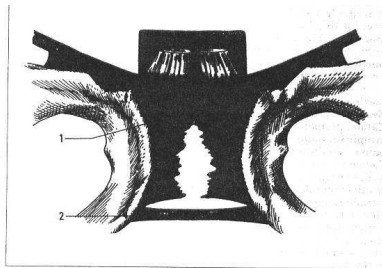


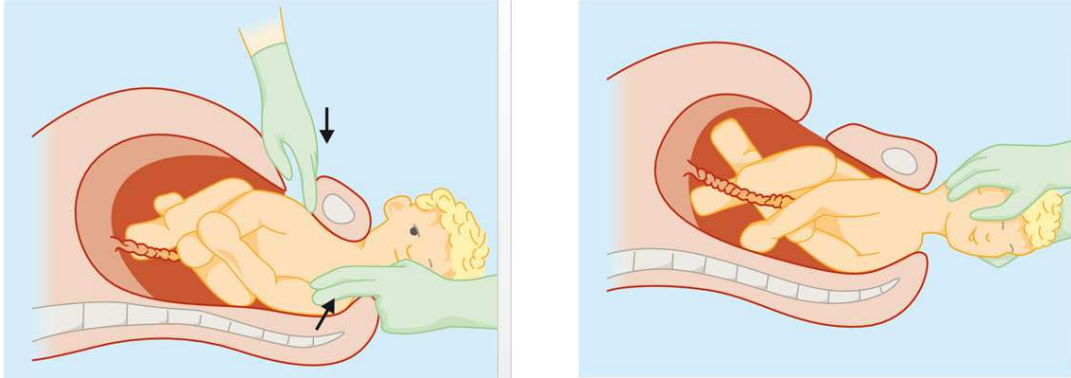
Fig. 2. - Symphyse pubienne après symphyséotomie de Zarate selon P. Kamina [11] (reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur). 1) frein supérieur; 2) frein inférieur.

- **Traction par écharpe postérieure axillaire** : Traction à l'aide d'un tube nasogastrique plié en deux d'arrière en avant dans le creux axillaire postérieur.



source : Cluver et al, AJOG 2015

- **Hystérotomie et accouchement par voie basse** : Pression sus-pubienne réalisée directement en rapprochant les épaules l'une de l'autre^{IV} in utero via l'hystérotomie.



source : Enekwe et al, Geburtshilfe Frauenheilkd. 2012 Jul;72(7):634-638

- **Manœuvre de Zavanelli** : Refoulement de la tête fœtale dans l'utérus puis césarienne.

E) Actions post DDE

1. Surveillance maternelle :

- hémorragie du postpartum
- déchirures du sphincter anal / rectum.
- lacérations vaginales et cervicales
- rupture vésicale et utérine
- déhiscence de la symphyse pubienne
- dislocation de l'articulation sacro-iliaque
- neuropathie cutanée fémorale latérale

2. Examen nouveau-né :

- diagnostic du plexus brachial
- fractures de l'humérus et la clavicule
- pneumothorax
- séquelles d'asphyxie

3. Debriefing avec les parents et en équipe

Protocole écrit standardisé et minuté de la séquence des interventions au dossier

- ✓ heure de naissance de la tête
- ✓ heure de la sortie de la 1^{ère} épaule, et si elle était postérieure ou antérieure, gauche ou droite
- ✓ heure d'extraction complète du corps
- ✓ heure de clampage du cordon
- ✓ manœuvres effectuées, leur synchronisation et séquence avec les heures
- ✓ professionnels présents, heure d'appel et d'arrivée, actions prises
- ✓ examen maternel après la naissance : périnée, vagin, pertes sanguines
- ✓ examen néonatal : Apgar, pH cordon, évaluation des signes de plexus cervico brachial

ⁱ RCOG Green top guideline 2012 dernier accès 13 juin 2017 <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg42/>

ⁱⁱ CNGOF Recommandations pour la Pratique Clinique 2015 dernier accès 13 juin 2017

<http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-DYSTOCIE-EPAULES.pdf&i=2174>

ⁱⁱⁱ ACOG Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. Obstet Gynecol. 2017 May;129(5)

^{iv} Enekwe A, Rothmund R, Uhl B. Abdominal Access for Shoulder Dystocia as a Last Resort - a Case Report. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2012 Jul;72(7):634-638