

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Université Abou Bakr belkaid

Faculté de médecine de Tlemcen.

Service de maternité de l' EHS mère- enfant



Mémoire de fin d'étude

Thème :

Dystocie de l'épaule

Groupe :

- Guedda Meryem
- Cherif Benmoussa Fadia
- Fekkar Nesrine
- Sattaf Amina
- Benoussad Sara
- Tagog Pierre Remy

Dr. BENHABIB RIAD
Gynécologie - Obstétrique
Chef de Service

Encadré par : Dr BENHBIB
Année universitaire: 2009/2010

Plan

Introduction

Chapitre I

1. rappel physiologique sur l'accouchement.

- Le travail.
- L'expulsion.
- La délivrance.

2. Les dystocies :

- Définition.
- Différents types de dystocie.
 - °D'origine maternelle.
 - °D'origine ovulaire.
 - °D'origine fœtale.

Chapitre II

Dystocie de l'épaule :

- définition.
- facteurs favorisants.
- diagnostic.
- conséquences.
- conduites à tenir.

Chapitre III

Etude épidémiologique :

- °Le but de l'étude.
- °Intérêt de la question.
- °Matériel et méthodes.
- °Recueil des données.
- °Etude descriptive.
- °Analyse et discussions.
- °Recommandations.

Conclusion

Bibliographie

Introduction :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la femme a atteint le terme théorique de 6 mois de grossesse [soit 28 semaines d'aménorrhée (SA)].

Un accouchement est eutocique si son déroulement physiologique est normal. Dans le cas contraire, s'il intervient une difficulté, l'accouchement devient dystocique.

La dystocie des épaules constitue une des urgences obstétricale majeure et reste un accident imprévisible grevé de nombreuses complications materno-fœtales, qui nécessite des manœuvres parfaitement connues par l'obstétricien et la sage femme.

La prédiction même difficile est possible en dépistant les facteurs favorisants. La prévention réunit un certain nombre de conditions pour effectuer les accouchements à risque de dystocie.

Chapitre I

I. Rappel physiologique sur l'accouchement normal :

L'accouchement (également appelé travail, naissance ou parturition) est l'aboutissement de la grossesse, la sortie d'un enfant de l'utérus de sa mère. L'accouchement comporte trois phases successives :

- Le travail, qui correspond à l'arrivée des contractions utérines et à l'ouverture du col utérin
- L'expulsion foétale
- La délivrance du placenta

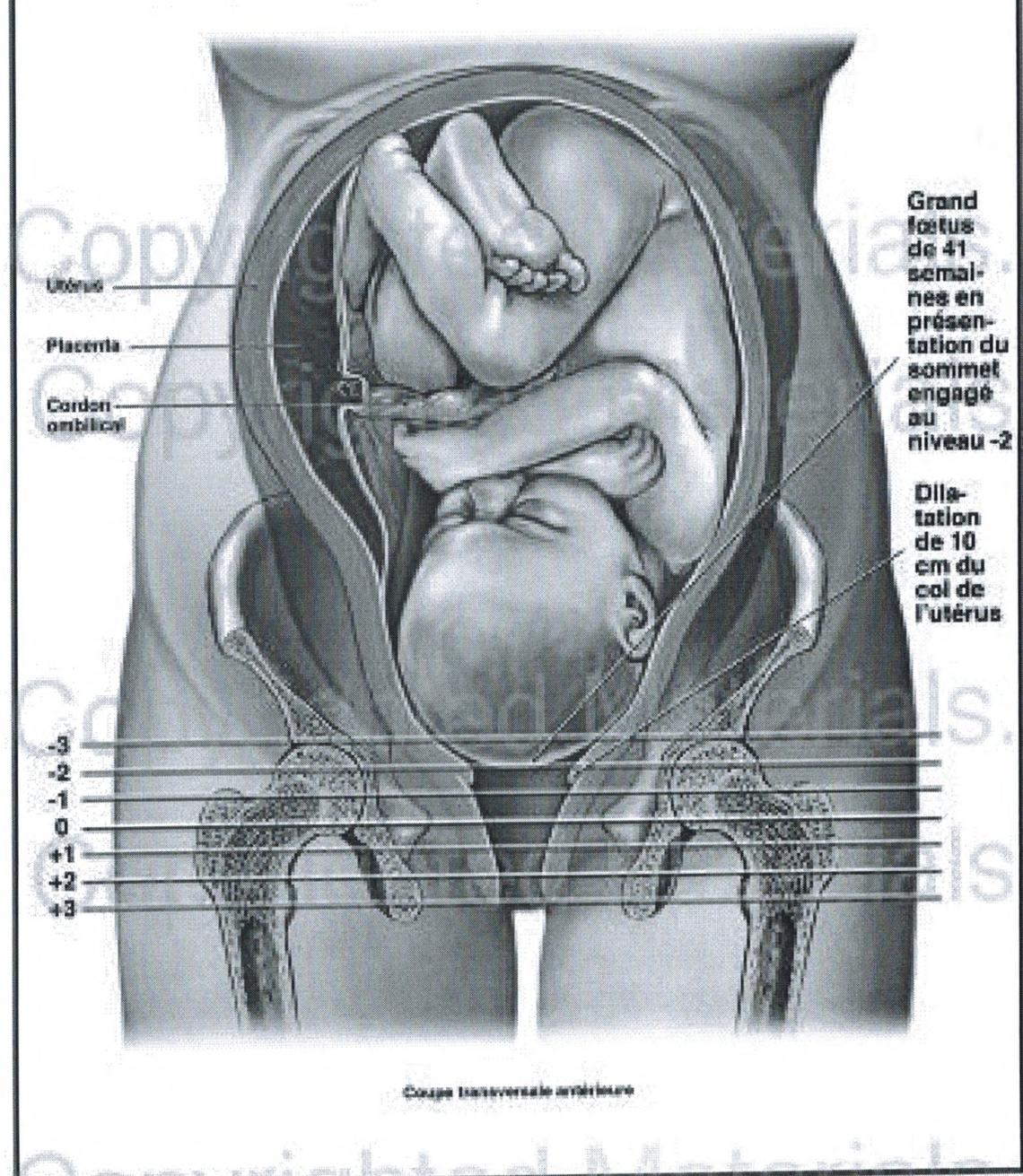


Différentes positions de l'accouchement

Niveaux de descente foetale (Présentation lors de l'accouchement)

Copyrighted Materials.

Présentation foetale



I.1 Le travail

Plusieurs signes peuvent annoncer le début du travail. Ces signes surviennent habituellement dans l'ordre, mais ne sont pas toujours constants.

La perte du bouchon muqueux

Il s'agit de l'élimination de la glaire cervicale qui ferme le col de l'utérus tout au long de la grossesse. Elle se manifeste par une perte glaireuse, rosée, parfois légèrement sanguinolente. Elle précède le début du travail de quelques heures à quelques jours (en moyenne de 24 à 48 heures).

Les contractions utérines

Il s'agit de contractions douloureuses du muscle utérin, ressenties dans le bas du ventre et irradiant dans les reins. Parallèlement à ces douleurs, l'utérus durci.

Il est habituel d'avoir quelques contractions en fin de grossesse, espacées de plusieurs dizaines de minutes. Lorsque celles-ci se rapprochent, surviennent toutes les cinq minutes et augmentent en intensité, c'est qu'il s'agit probablement du début du travail. Chaque contraction dure environ 45 secondes. Pendant le travail leur fréquence atteint 4 contractions en 10 minutes.

La rupture de la poche des eaux

Elle se produit habituellement après le début des contractions utérines, mais elle peut également le précéder. C'est la rupture spontanée des membranes.

Elle se manifeste par une perte liquidienne +/- abondante. C'est le liquide amniotique qui est habituellement clair, transparent.

Dilatation du col utérin

Sous l'effet des contractions utérines, le fœtus est propulsé vers le bas et le col utérin se raccourci puis s'efface. Ceci a pour effet la dilatation progressive du col utérin, d'un centimètre par heure pendant la première partie du travail (jusqu'à 5 centimètres de dilatation) puis, de 2 centimètres par heure pendant la deuxième partie du travail (de 5 à 10 centimètres de dilatation). Les contractions deviennent plus intenses et plus longues au fur et à mesure de l'avancée du travail.

Le col se dilate ainsi jusqu'à 10 centimètres ou « dilatation complète ».

I.2 L'expulsion fœtale ou l'accouchement proprement dit

Le col utérin est maintenant complètement dilaté. Toujours sous l'effet des contractions utérines, la tête fœtale traverse le bassin maternel en passant par l'orifice supérieur (c'est l'engagement de la tête fœtale) puis par l'orifice inférieur du bassin (c'est l'expulsion fœtale ou le dégagement).

La tête traverse donc progressivement le détroit supérieur, moyen et inférieur du bassin. Cette phase dure en moyenne une à deux heures.

Lors de l'expulsion fœtale, la future maman pousse le bébé en contractant les muscles abdominaux (« efforts expulsifs ») afin de lui permettre de traverser l'orifice inférieur du bassin puis le périnée. Les efforts de poussée durent environ 15 à 30 minutes. Parfois, les tissus du périnée ne sont pas

suffisamment souples et risquent de se déchirer. La sage femme ou l'obstétricien pratiquent alors une épisiotomie, s'ils la jugent nécessaire.

Lorsque le bébé se présente en présentation du sommet (tête première), la tête sort de l'orifice vulvaire, puis les épaules et le reste du corps. Le bébé est posé sur le ventre de sa maman (si elle le souhaite, c'est le "peau à peau"), ce qui permet de le réchauffer et de le rassurer. Il ne crie pas forcément tout de suite. Les vaisseaux sanguins du cordon ombilical se contractent progressivement, ce qui a pour conséquences l'arrêt des échanges sanguins en nutriments et en oxygène entre le bébé et sa maman. La respiration du nouveau né prend petit à petit la relève de cette fonction. Le cordon est clampé lorsqu'il s'arrête de battre puis est coupé entre deux pinces. C'est à ce moment qu'un prélèvement de sang de cordon peut être effectué afin de congeler ses cellules souches.

1.3 La délivrance du placenta

Dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement, les contractions utérines reprennent. Cela provoque la rétraction utérine, le décollement du placenta et son expulsion.

La sage-femme ou l'obstétricien accompagne la délivrance en appuyant au-dessus du pubis, puis sur le fond de l'utérus.

Si une épisiotomie a été pratiquée, elle est alors suturée à ce moment-là.

II. Les dystocies

II.1 Définition

Dystocie: du grec "Dus" Difficulté, et "tokos " accouchement ; accouchement difficile, quelque en soit l'origine.

II.2 Différents types de dystocie

II.2.1 DYSTOCIE D'ORIGINE MATERNELLE

- **LES DYSTOCIES MECANIQUES** : C'est à dire les anomalies au niveau du bassin osseux et +/- rarement des parties molles.
- **LES DYSTOCIES DYNAMIQUES** : C'est à dire les anomalies de contraction et de dilatation.
 - *Anomalies de contraction* :
 - ✓ Hypocinésie : contraction peu intense, insuffisante, espacée, peu douloureuse et brève. Traitement par ocytocytes ;
 - ✓ Hypercinésie : contraction trop intense, fréquentes et de forte intensité. Traitement : anti-spasmodique.
 - *Anomalies de la dilatation* : Peut être due à un état pathologique du col ou survenir au cours d'un travail dyshormonal

II.2.2 LES DYSTOCIES D'ORIGINE OVULAIRE

- Anomalies de position du cordon :
 - La procidence du cordon : est favorisée par :
 - ✓ l'excès de liquide ;
 - ✓ l'excès de longueur du cordon ;
 - ✓ placenta prævia.
 - ✓ C'est une urgence.

 - Circulaire du cordon, enroulement d'un ou plusieurs tours du cordon autour du cou du fœtus: urgence également

II.2.3 LES DYSTOCIES FŒTALES :

Souvent à cause du poids et de la taille du bébé ;

II.2.3.1 la macrosomie :

*Définition :

Poids de naissance > **4000g voir 4500 g** selon les sources

Etiologie et épidémiologie :

L'âge expose plus au diabète gestationnel

75% des gros enfants sont issus de **multipares**

L'obésité x par 4 le risque de macrosomie

Le diabète antérieur à la grossesse ou purement gestationnel : 6 à 8% de macrosomie contre 1% dans la population normale.

15% des macrosomes sont issus de **termes dépassés.**

***DEPISTAGE DE LA MACROSOMIE**

Clinique :

Interrogatoire+++ : connaissance des poids de naissance, d'un DG ...

Examen du 9° mois

- prise de poids.
- **HU>36 cm, et PO > 105 cm**
- Excès de LA
- Présentation haute qui n'applique pas, CLPF
- Débord sus symphysaire à poche rompue+++

L'échographie

Attention aux mensurations à terme :

- BIP>100, CC>346mm
- DAT > 100, ÇA >360mm
- (BIP) - (DAT) > 15mm

Attention, le diamètre bi acromial ne peut être mesuré.

- normalement de 120mm il diminue à 95 mm à l'engagement dans le bassin
- chez un gros bébé, le diamètre bi acromial est de 140 mm et ne descendra pas en dessous de 120 mm.

Attention l'échographie à une marge d'erreur de 10% :

- 4000 g estimé -> 3600g à 4400g

Si estimation pondérale > 4500g alors césarienne prophylactique.

Le pelviscanner ou la radiopelvimétrie

Indication large +++

Aide à la décision

Surtout si primipare, ou si antécédent d'accouchement laborieux.

II.2.3.2 autres :

- ✓ Hydrocéphalie ;
- ✓ Tumeur abdominale ;
- ✓ Certaines tumeurs au niveau du siège ;
- ✓ Procidence d'un membre (bras, jambes).

II.2.4 Anomalies de la présentation :

Présentation du sommet mal fléchi

- ✓ Présentation de la face : elle est normalement compatible avec l'accouchement par voie basse, on la retrouve chez les grandes multipares ;
- ✓ Fœtus de poids ou taille importante
- ✓ En cas de placenta prævia (du latin "prævius", au devant, insertion anormale du placenta sur le segment utérin inférieur) risque de déchirure périnéale plus important ; à la naissance bébé à la tête défléchi quelques jours ; œdème et couleur violacée du visage.
- ✓ Présentation du front :
 - Très rare ;
 - Nécessite obligatoirement une césarienne.

Présentation transversale :

Chez les grandes multipares ;
Hydramnios.

Présentation du siège :

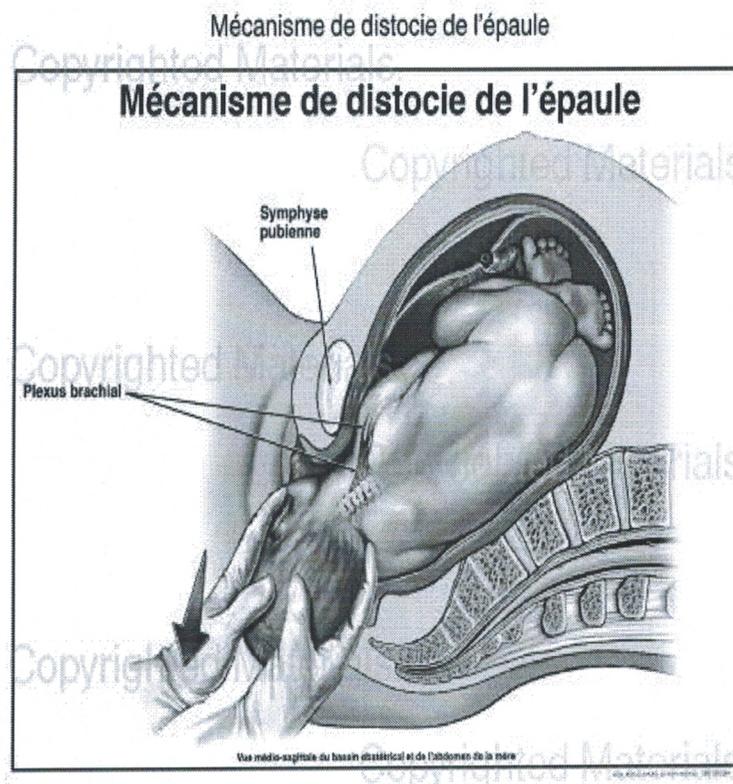
*soit siège complet (fœtus en tailleur sous le siège) ;

*siège décomplété ;

Pas incompatible avec l'accouchement par voie basse mais risque de contraction utérine avec rétention tête dernière pouvant être gravissime manœuvres pour faire tourner le bébé dans l'utérus: dépend si c'est une primipare ou une multipare (+/- de facilité), taille et poids du fœtus, taille du bassin, état du périnée (souplesse, éventuelles cicatrices).

Présentation de l'épaule :

*Dystocie de l'épaule.



Chapitre II

DYSTOCIE DE L'ÉPAULE

I. Définition

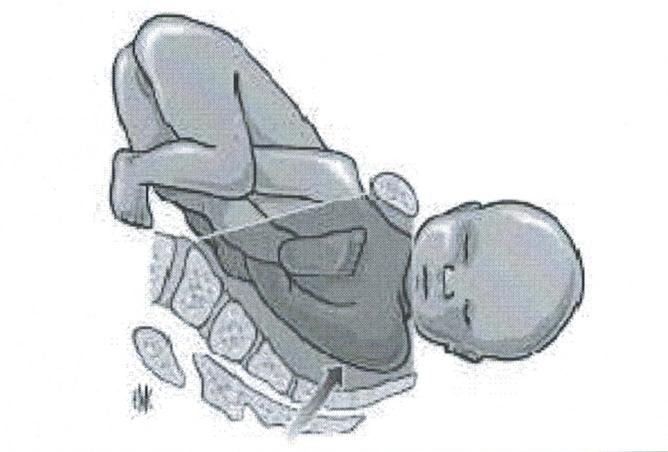
C'est une dystocie sévère propre à l'accouchement d'un gros fœtus, se caractérisant par l'absence d'engagement des épaules après expulsion de la tête. L'augmentation du diamètre biacromial (> à 13 cm) ou parfois son orientation anormale dans le diamètre antéro-postérieur provoque la butée des saillies acromio-claviculaires sur la margelle du détroit supérieur.



La dystocie des épaules représente une **urgence obstétricale**. Elle nécessite de manœuvres parfaitement connues.

On peut aussi classer les définitions comme suit :

- **Anatomique:** la tête fœtale ayant franchi la vulve, les épaules ne s'engagent pas par incompatibilité mécanique entre le diamètre biacromial et les mensurations du bassin maternel; retenue par les auteurs français.
- **Fonctionnelle:** l'accouchement n'est pas effectué alors que les manœuvres usuelles d'abaissement de la tête fœtale ont été réalisées; retenue par les anglo-saxons.
- **Restrictive:** n'est pas dystocie des épaules ce qui a pu être traité autrement que par une manœuvre de Jacquemier...



II. FACTEURS FAVORISANT LA DYSTOCIE DES ÉPAULES

II.1 Antécédents obstétricaux

multiparité

macrosomie

dystocie des épaules

II.2 Macrosomie fœtale

* diabète: Qu'on doit dépister systématiquement devant des facteurs de risques qui sont:

- _ Âge maternel : entre 25 et 40 ans.
- _ Ethnie
- _ Surpoids BMI entre 25 et 30 Kg /m²
- _ Antécédent familial de diabète
- _ Antécédent obstétrical de DG, de mort in utéro, ou de macrosomie.

En dépistant le DG on peut prévenir des complications materno-fœtales :

- HTA gravidique.
- pré éclampsie.
- macrosomie (dystocie).
- détresse respiratoire.
- hypoglycémie.
- hypercalcémie.
- polyglobulie.
- hyper bilirubinémie.

* obésité

* gain pondéral excessif

* grossesse prolongée

* macrosomie clinique et échographique

Admise de tous comme principal facteur de risque

- Poids>4000g (4,45%), poids>4500g (1,6%)
- Diagnostic anténatal très difficile, CA et\ou DAT>97èmepercentile
- Elle même plurifactorielle

-Facteurs constitutionnels: obésité, poids naissance mère, facteur ethnique, garçon

-Facteurs acquis: multi, âge>35ans, ATCD de macrosomie, prise de poids excessive, DDT, Diabète gestationnel (18 à 30%) et DID (50%).

II.3 Accouchement en cours

- engagement limite

-seconde période de travail longue (> 2 h chez la primipare ou > 1 h chez la multipare)

-période d'expulsion longue (> 30 mn)

-ventouse ou forceps, surtout si la rotation reste à faire

III. DIAGNOSTIC

- Anomalie de progression du mobile fœtal.
- Dégagement laborieux de la tête fœtale.
- La tête est aspirée à la vulve.
- La rotation de restitution ne s'effectue pas ou mal dans la majorité des cas.
- À la palpation utérine, le moignon de l'épaule antérieure est palpable au dessus de la symphyse pubienne.
- Au TV: diagnostic de fausse ou de vraie DE.
 - ✓ Fausse dystocie des épaules : épaule postérieure dans l'excavation pelvienne.
 - ✓ Vraie dystocie des épaules : Accrochage des épaules au bord du bassin osseux maternel (détroit supérieur) (épaule postérieure au dessus de l'excavation.

IV. CONSEQUENCES

▪ **Fœtales :**

-Anoxie périnatale grave.

-séquelles neurologiques (SNC).

-décès.

-Lésion du plexus brachial.

- élongation rupture des racines:

· 5e et 6e cervicales: paralysie de Erb ou Duchenne

· 1re thoracique: paralysie de Klumpke

-Lésions médullaires

- séquelles SN périphérique

-Paralysie du diaphragme

-Lésions squelettiques : Clavicule

Humérus

Colonne cervicale

▪ **Maternelles**

-l' hémorragie de la délivrance,

-Les déchirures du col,

-Les délabrements du vagin surviennent dans près de 50 % des cas.

-La rupture utérine est possible et l'atonie du postpartum fréquente avec son corollaire qu'est l'endométrite.

V. Traitement :

▪ *Conditions préalables*

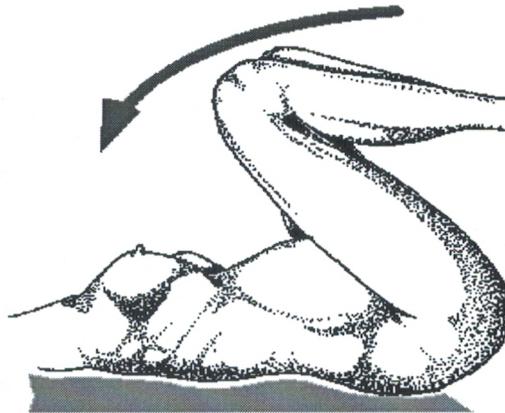
- Pour les accouchements des patientes présentant des facteurs de risque de DE, il n'est pas envisageable de proposer une césarienne, mais la présence d'un obstétricien expérimenté, d'un pédiatre et d'un anesthésiste est nécessaire.
- Eviter les accouchements instrumentaux des macrosomes dont la différence tronc-tête est de plus de 15 mm de diamètre, surtout si l'engagement est limité et/ou si la seconde période du travail est longue.
- L'analgésie régionale est une circonstance favorable, d'où son intérêt chez les patientes à risque de dystocie des épaules.
- L'administration d'un utérorelaxant puissant (B2mimétique ou anesthésie générale) doit être possible.
- Diagnostic rapide de la dystocie des épaules et d'autant plus si l'accoucheur est conscient de son risque de survenir.
- Présence d'un, ou si possible de 2 assistants pour l'accoucheur et l'anesthésiste.
- Anesthésie générale rapide, sauf si péridurale.
- Épisiotomie (très) large, bilatérale pour certains auteurs, épisio-proctotomie médiane pour d'autres.
- L'enseignement systématique et la programmation, connue de tous dans le service, des manœuvres exactes à réaliser, dans quelles modalités techniques, dans quel ordre préétabli, en commençant par les plus faciles et les moins dangereuses, mais les plus efficaces.

- ***Techniques obstétricales***

V.1 Fausse dystocie des épaules :

V.1.1 Manœuvre de Mac Roberts :

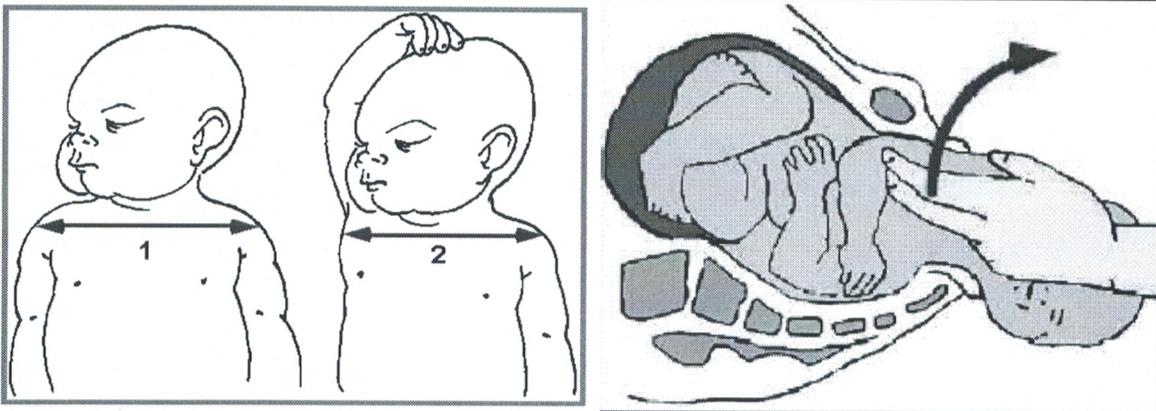
Elle consiste en l'abaissement de l'épaule antérieure. Cette manœuvre commence par une hyper flexion des cuisses diminuant ainsi l'hyper lordose avec une augmentation des diamètres du détroit supérieur en favorisant la nutation, le pubis recule, l'engagement de l'épaule antérieure peut alors se faire sous la symphyse.



Manœuvre de Mac Robert

V.1.2 Manœuvre de Couder

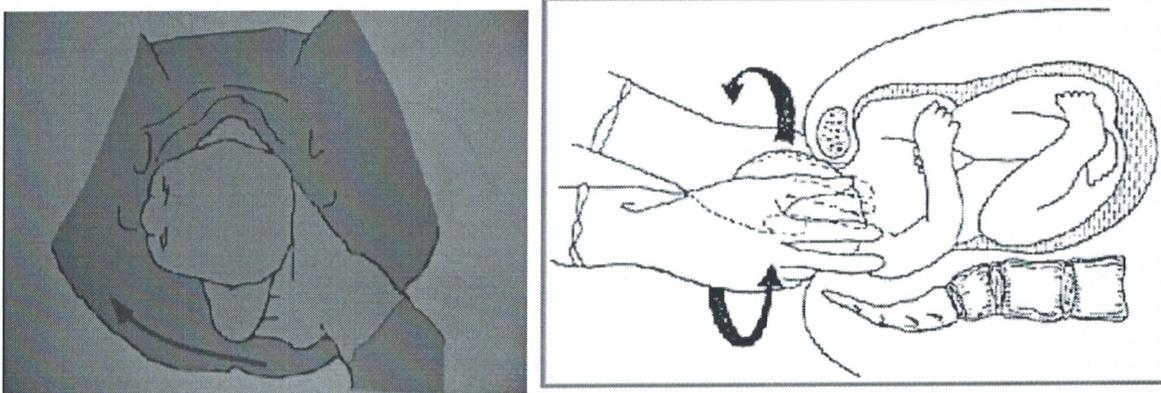
(Dont le but est de diminuer le diamètre biacromial en diamètre acromiothoracique, lorsqu'il y a blocage de l'épaule postérieure) : introduction de deux doigts sous la symphyse pubienne jusqu'au coude antérieur du fœtus, dégagant le bras antérieur par abaissement du bras sous la symphyse. On obtient ainsi le désenclavement de l'épaule postérieure. Compression suspubienne de l'épaule antérieure permettant son orientation dans un diamètre oblique



Manœuvre de couder

V.1.3 Manœuvre de Wood

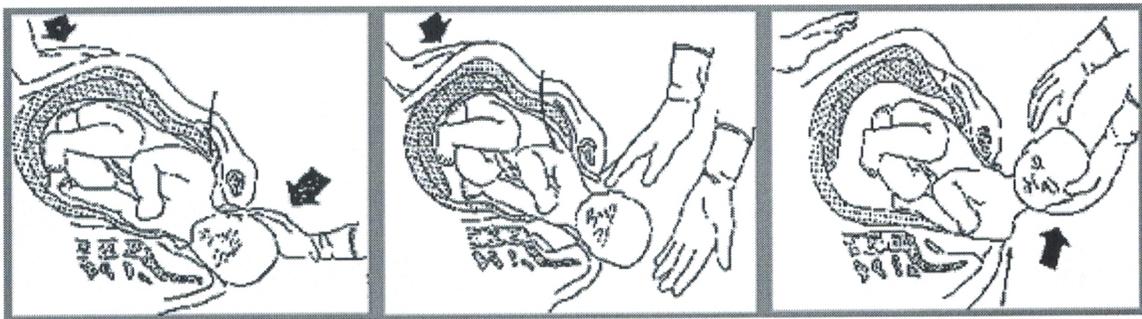
Consiste en une double rotation axiale du fœtus permettant la transformation de l'épaule postérieure en épaule antérieure pour en permettre le dégagement. Il faut tourner les épaules et non la tête du fœtus sinon il existe des risques important de fracture ou d'élongation du plexus brachial.



Manœuvre de wood

V.1.4 Manœuvre de Hibbard

Permet l'engagement de l'épaule antérieure puis l'évolution de l'ensemble des épaules grâce à un abaissement simple de la tête fœtale aidée d'une expression utérine douce.



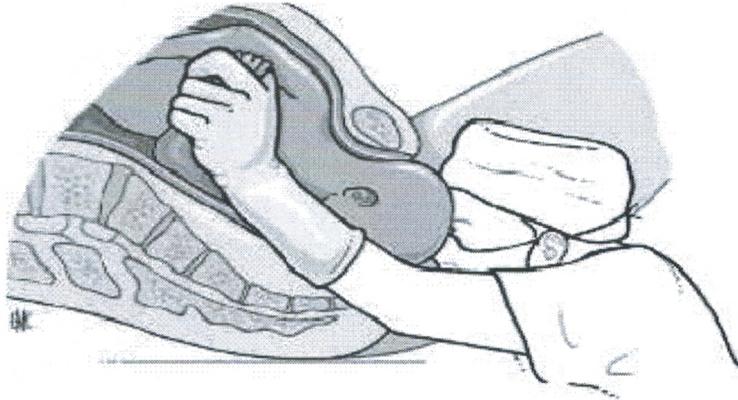
Manœuvre de hibbard

V.2 Vraie dystocie des épaules

Présence d'un anesthésiste et d'un aide entraîné, Patiente sous péridurale, sous A.G. pour certains, Position de la parturiente en hyperflexion des cuisses sur le bassin, le siège dépassant de la table d'accouchement (manœuvre de MacRoberts).

V.2.1 Manœuvre de Jacquemier

(Abaissement de l'épaule postérieure) : elle se réalise les mains et les bras nus et lubrifiés, en présence d'un aide, après avoir effectué une large épisiotomie du côté du dos fœtal, l'opérateur étant à genoux.

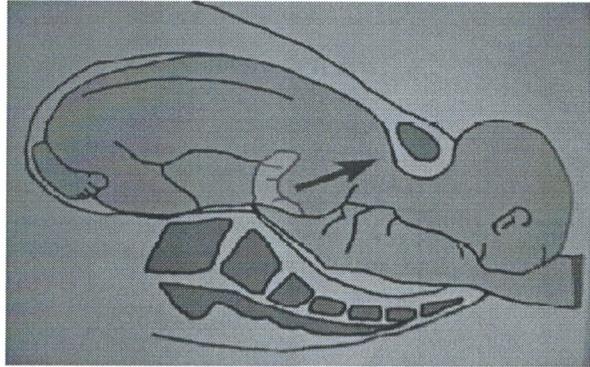


Manœuvre de Jacquemier

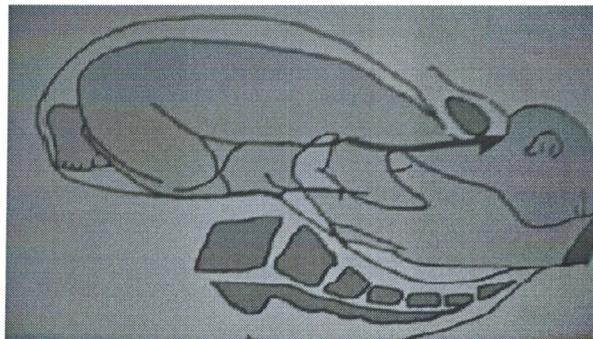
La main utilisée est celle de la présentation ; celle-ci monte jusqu'au sinus sacro-iliaque correspondant à l'épaule postérieure (donc opposé au dos fœtal) qui bute sur le promontoire. La main postérieure du fœtus est saisie par le poignet, abaissée dans les voies génitales selon un axe ombilico-coccygien dans le plan ventral, l'humérus étant protégé par les doigts de l'opérateur placés en attelle. On obtient une diminution du diamètre biacromial, extraction du membre, on effectue une rotation de 180°, l'épaule antérieure devenue postérieure, est alors abaissée. On peut refaire cette manœuvre après rotation de 180° si la première tentative échoue.

V.2.2 Manœuvre de Letellier

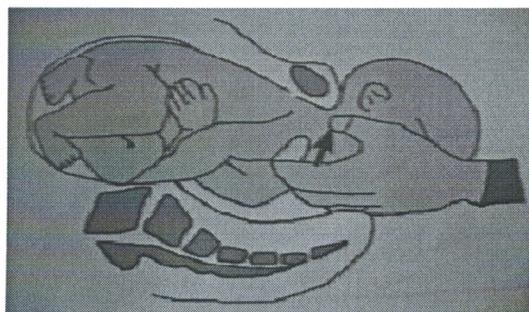
Glisser la main en arrière (main droite pour l'épaule gauche). Main nue, savonnée. Localiser l'épaule au détroit supérieur, Passer l'index en crochet dans l'aisselle, d'arrière en avant.



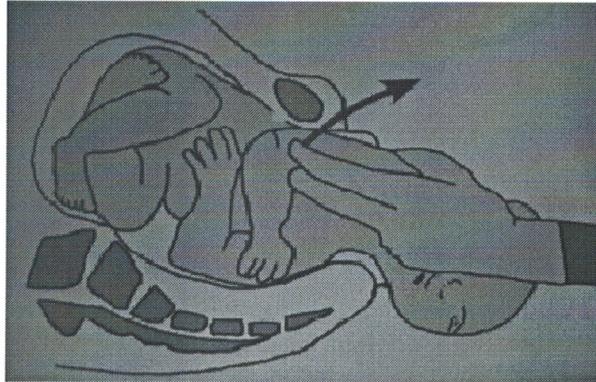
Le pouce peut être amené en pince thénar les articulations de son doigt et de son poignet, l'avant-bras travaille car le bras de levier de l'opérateur est long. Quand l'épaule est mise en mouvement, chercher à engager, donc pousser vers l'avant et vers le bas en vrille. Le geste devient facile, naturel.



Amener l'épaule à l'ogive pubienne où elle est dégagée de façon classique, doigts en attelle sur l'humérus Le trajet de l'épaule est d'abord dans le plan du détroit supérieur, ensuite en spirale dans l'excavation jusqu'à l'ogive pubienne La clavicule transmet l'effort en traction, au sternum. Le thorax accompagne la rotation. L'épaule est progressivement " haussée ".

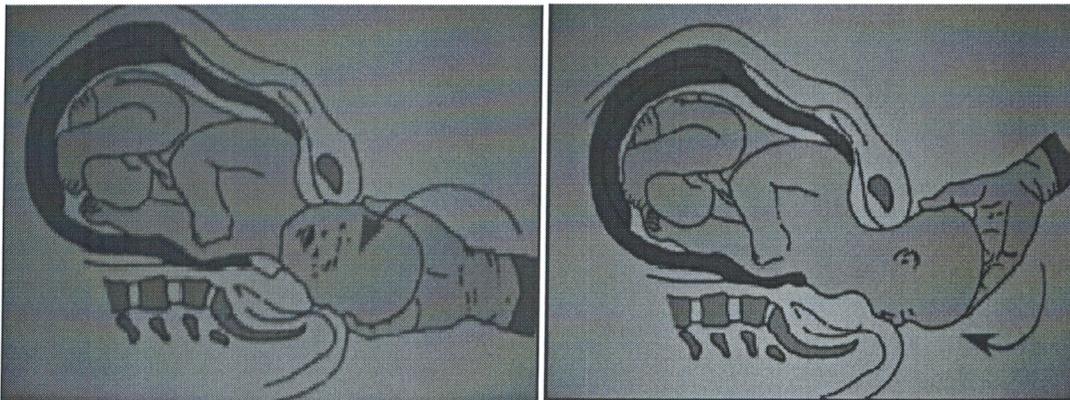


Le diamètre acromio-thoracique s'est réduit sans aucune traction sur le cou. Cette manœuvre peut vous laisser sceptique dans sa simplicité. Essayez calmement. Si vous échouez, vous êtes sur la voie du Jacquemier, alors allez chercher plus haut l'avant-bras ou la main du fœtus.

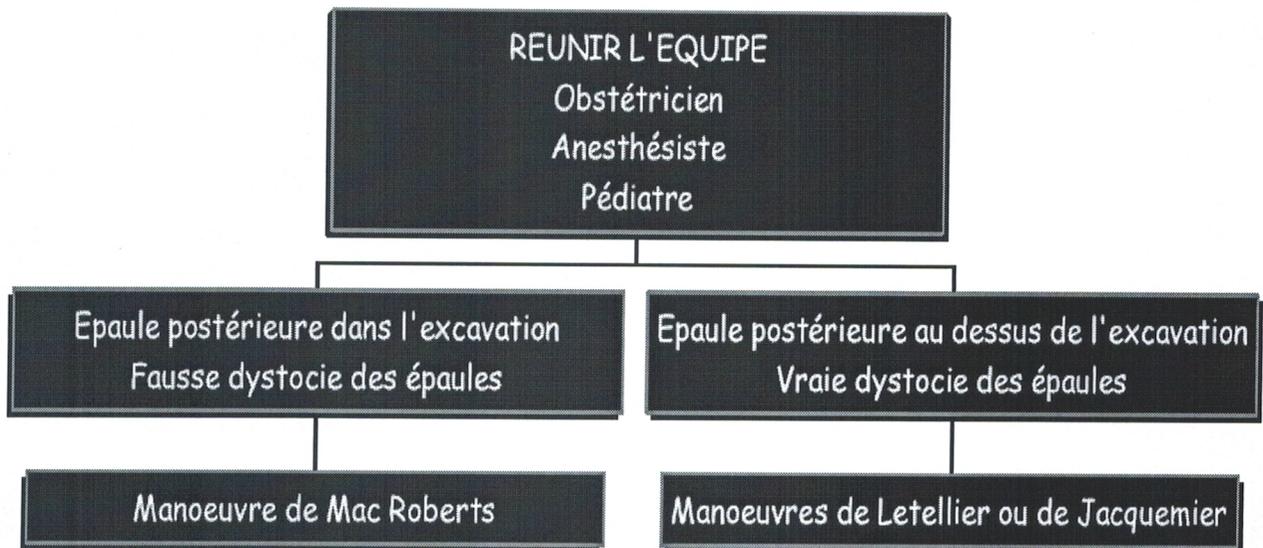


V.2.3 Manœuvre de Zavanelli

Elle consiste en la réintégration de la tête foetale dans les voies génitales suivie d'une extraction par césarienne.



VI. CONDUITE À TENIR



Chapitre III

Etude épidémiologique :

I. But de l'étude:

- fréquence des dystocies de l'épaule dans l'EHS de Tlemcen
- évaluer le rapport de dystocie en cas de macrosomie

II. Intérêt de la question

Urgence obstétricale majeure rare mais dramatique
Accident imprévisible
Nombreuses complications materno-foetales
Prédiction et prévention difficiles

III. Matériels et méthodes :

- Etude rétrospective descriptive de l'incidence de dystocie de l'épaule entre 2006 et 2008.
- Archive service de gynécologie EHS Tlemcen (complexe mère-enfant).
- Support informatique (Microsoft Word-Excel 2007).

Critères d'inclusion :

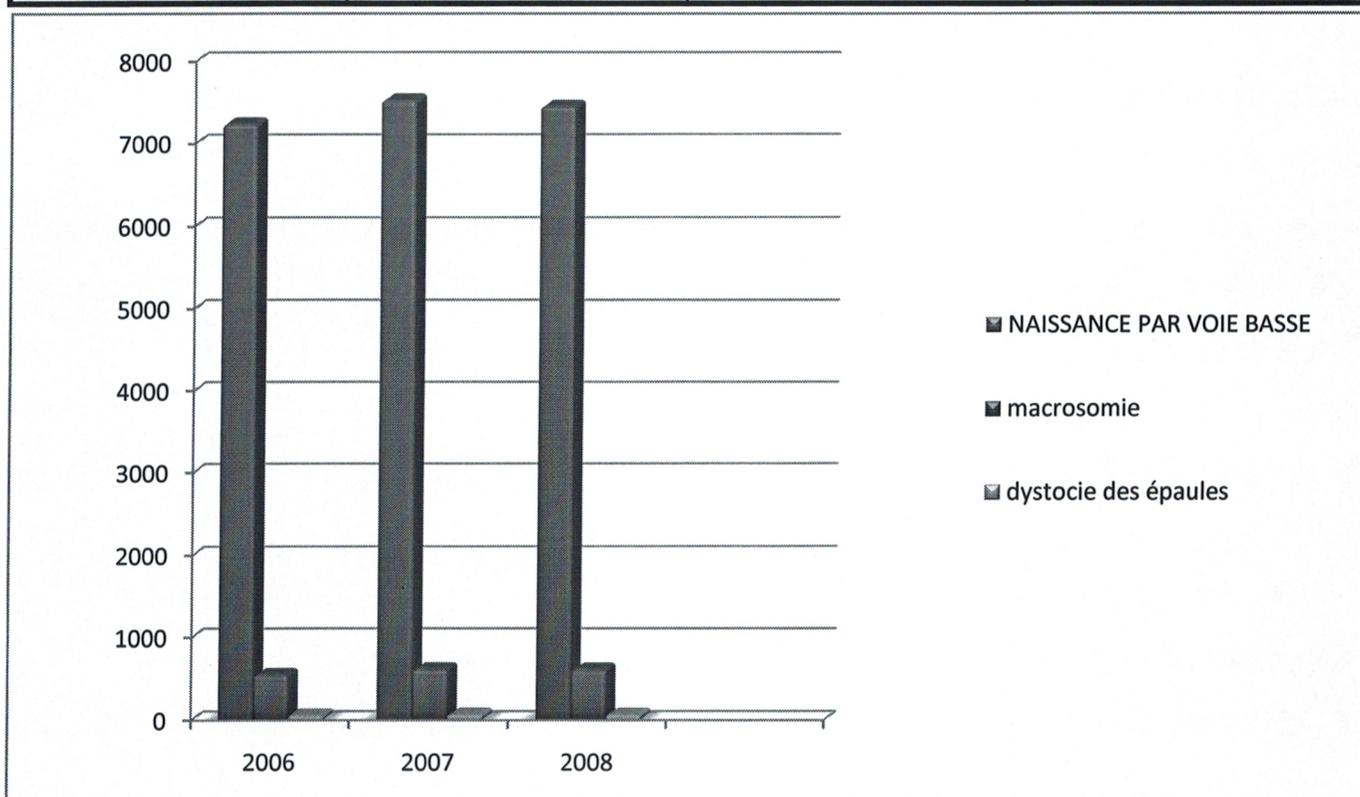
- Accouchement au niveau du service de gynécologie EHS Tlemcen
- Nouveau-nés accouchés par voie basse.
- entre janvier 2006- et decembre2008.

Critères d'exclusion :

- Patientes césarisées.
- Morts in utero.

IV. Recueil du nombre de dystocie de l'épaule de 2006-2008 dans le service de maternité EHSTlemcen

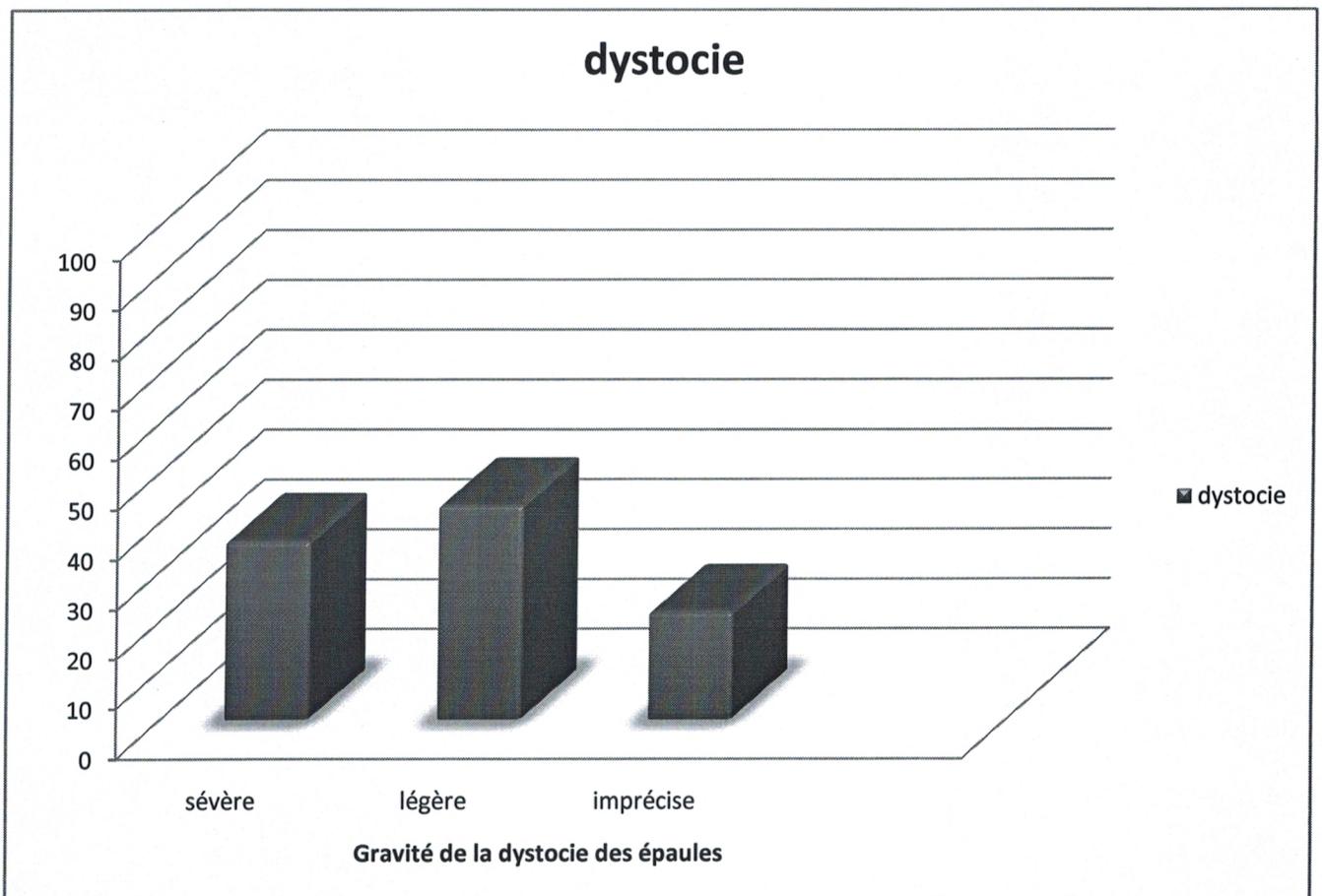
	<i>Naissances par voie basse</i>	<i>macrosomie</i>	<i>Dystocie des épaules</i>
2006	7236	548	55
2007	7523	616	63
2008	7449	611	61



-fig01-L'INCIDENCE DE LA MACROSOMIE ET DE LA DYSTOCIE DE L'EPAULE PAR RAPPORT AUX ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE

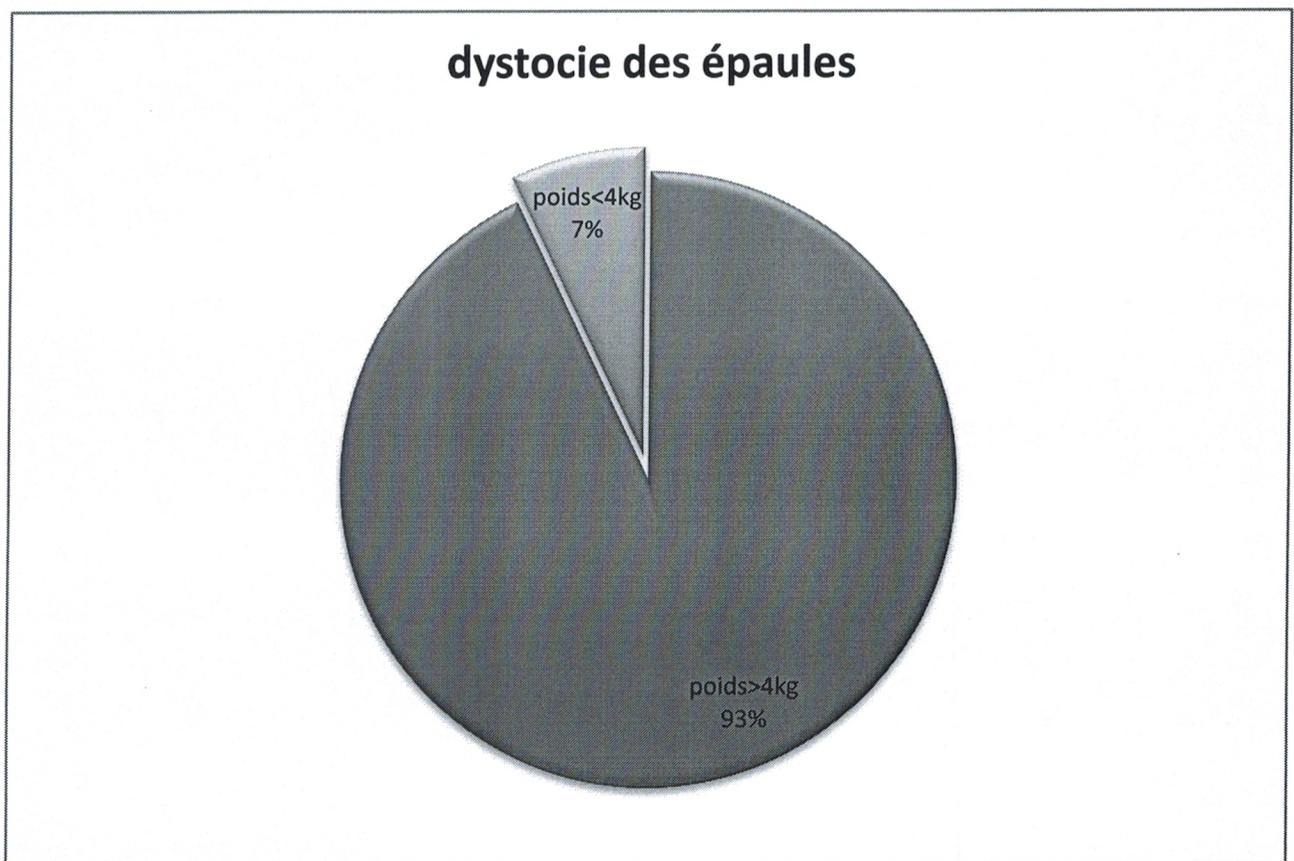
LA GRAVITE DE LA DYSTOCIE DES EPAULES**Dans notre bloc d'accouchement**

<u>année</u>	<u>Sévère</u>	<u>légère</u>	<u>imprécises</u>
<u>2006-2008</u>	<u>35.71%</u>	<u>42.85%</u>	<u>21.42%</u>

**-fig02-**

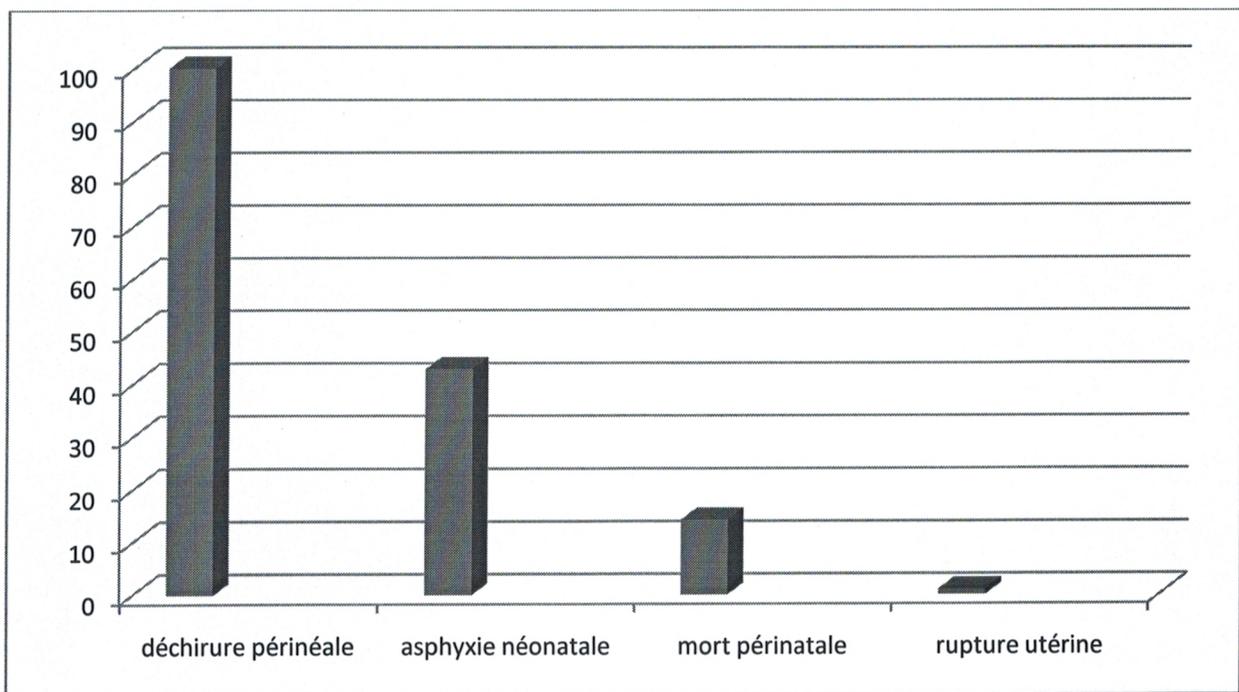
DYSTOCIE DE L'ÉPAULE ET POIDS DE NAISSANCE :

	<u>Macrosomie (poids >4Kg)</u>	<u>Poids<4Kg</u>
<u>Dystocies des épaules</u>	<u>179cas</u> <u>(92,85%)</u>	<u>13cas</u> <u>(7,14%)</u>

**-fig03-**

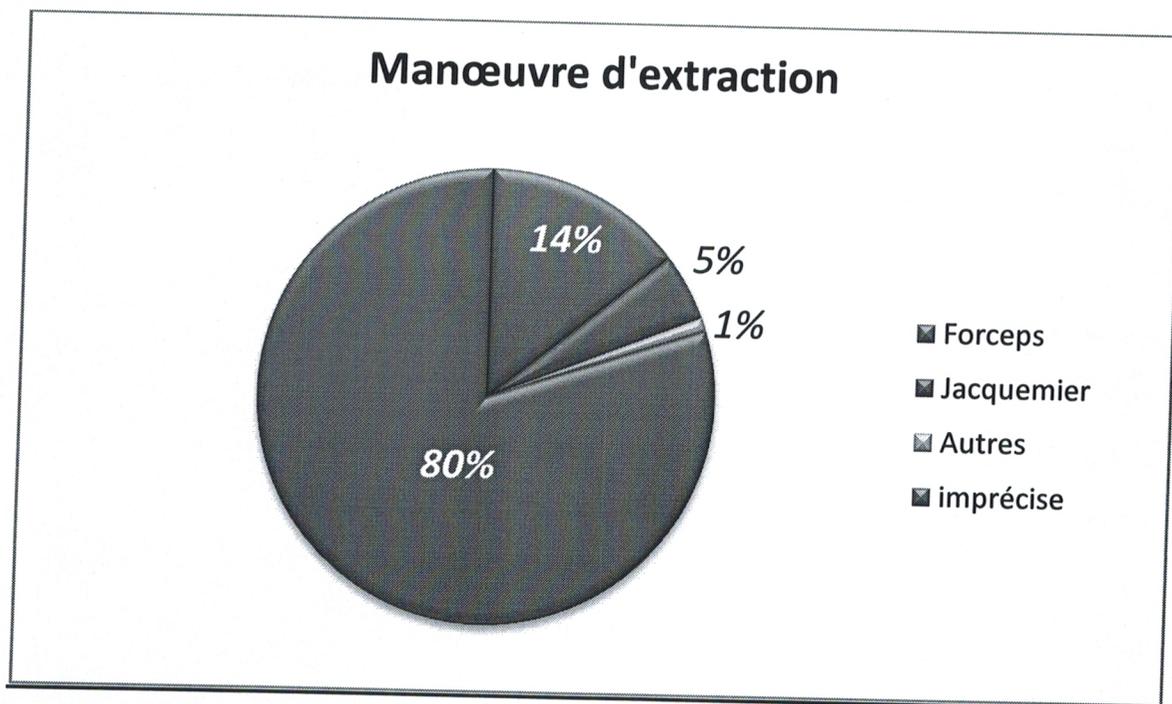
COMPLICATIONS :

<u>Complications</u>	<u>Nombre (%)</u>
<i>Déchirures périnéales</i>	<i>100%</i>
<i>Déchirures du col</i>	<i>21,42%</i>
<i>Rupture utérine</i>	<i>1,04%</i>
<i>Asphyxie néonatale</i>	<i>42,85%</i>
<i>Décès après réanimation</i>	<i>14.28%</i>

**-fig04-**

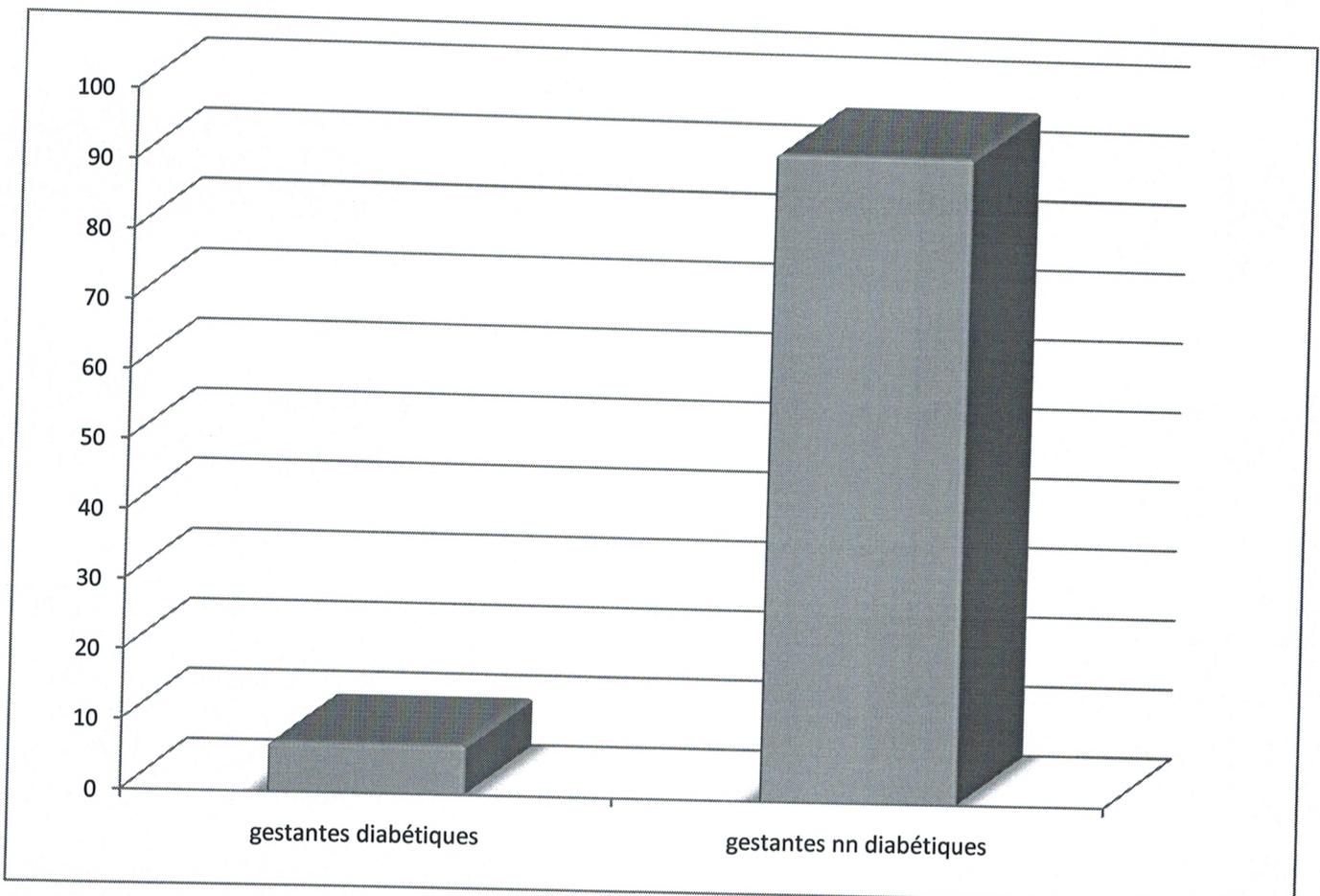
MANŒUVRES D'EXTRACTION :

<u>Manœuvre</u>	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
<i>Forceps</i>	<i>38 cas</i>	<i>21,42%</i>
<i>Jacquemier</i>	<i>13 cas</i>	<i>7,14%</i>
<i>autres</i>	<i>03 cas</i>	<i>1,42%</i>
<i>imprécise</i>	<i>125 cas</i>	<i>70%</i>

**-fig05-**

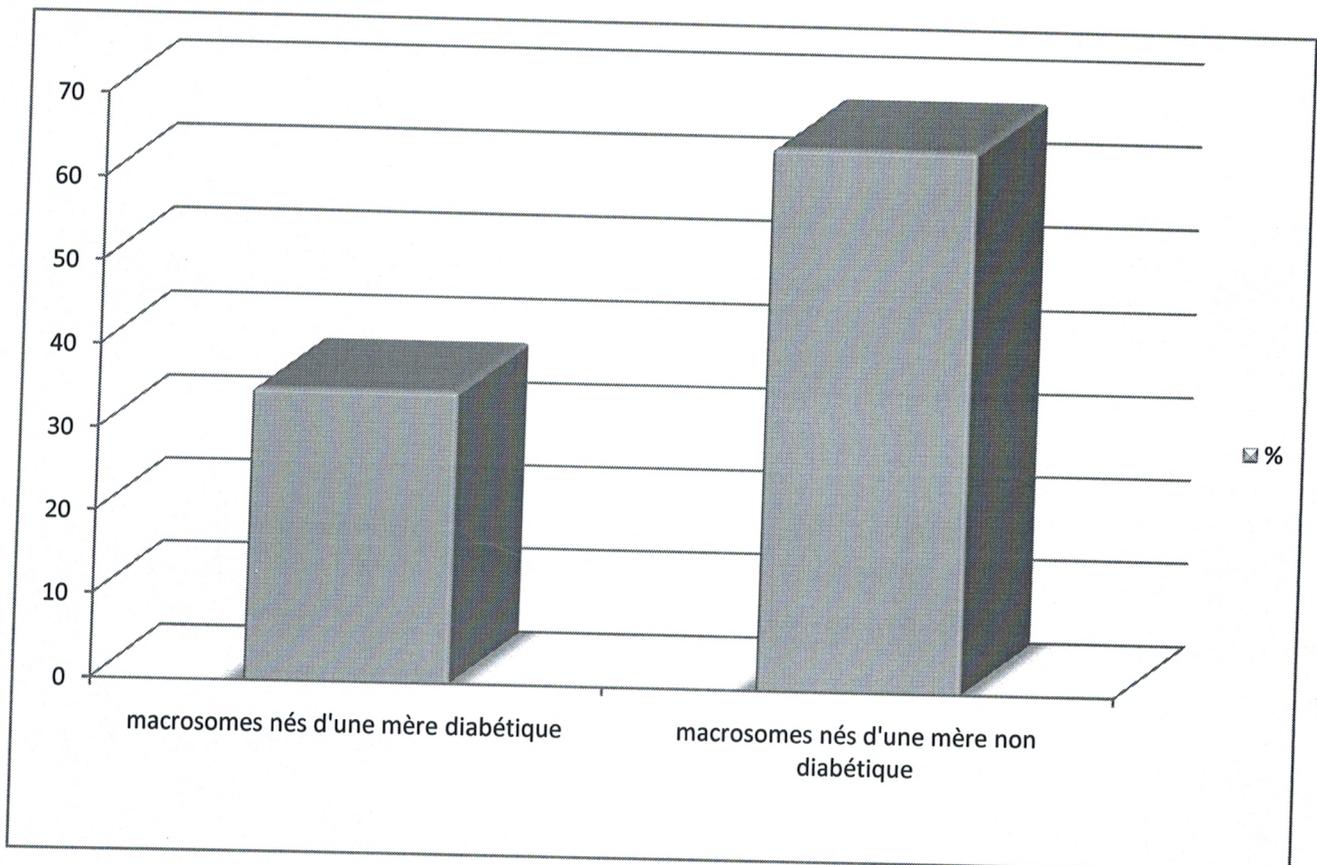
NOMBRE DE GESTANTES DIBETIQUES ET NON DIABETIQUES :

<u>Naissances 2006-2008</u>	<u>Gestantes diabétiques</u>	<u>gestantes non diabétiques</u>
<u>26630</u>	<u>7%</u>	<u>93%</u>

**-Fig06-**

NOMBRE DE MACROSOMES NES DE MERE DIABETIQUE :

<u>macrosomes</u>	<u>Mère diabétique</u>	<u>Mère non diabétique</u>
<u>1775 cas</u>	<u>35%</u>	<u>65%</u>

**-fig-07**

Résultats :

- Incidence de dystocie de l'épaule : 0.8%. (fig01)
- Prédominance de dystocie légère estimée à 42% pas très significative par rapport à la dystocie sévère qui est estimée à 35%. (fig02)
- 92%des dystocies sont survenues chez des macrosomes. (fig03)
- Déchirures périnéales : 100%. (fig04)
- Déchirures du col 21,42%.
- Rupture utérine 1,04%.
- Asphyxie néonatale 42,85% des nouveau-nés ont un certain degré de souffrance d'origine anoxique.
- Forceps : 21,42%. (fig05)
- Manœuvres de Jacquemier : 07,12%.
- Autres : 01.42%.
- Imprécises : 70%.
- 07% des gestantes sont diabétiques dans notre série. (fig06)
- 35% de macrosomes sont nés de mères diabétiques connues. (fig07)
- 65% de macrosomes sont nés de mères non connues diabétiques, ou sont dus à d'autres causes.

Analyse et discussion

R01: Grandes variations d'incidence rapportées liées aux nombreuses définitions de la dystocie des épaules

R02: On note l'importance du nombre de cas ou la gravité n'a pas été mentionnée avec un pourcentage de 21%

R03: Risque de dystocie x 4 pour des enfants $\geq 4000g$ et x 8-10 pour ceux dépassant 4500g

Ouzounian JG, Gherman RB. Shoulder dystocia : are historic risk factors reliable predictors? Am J Obstet Gynecol. 2005 ;192 :1933 -8.

Risque de dystocie majeure de 5% entre 4000 et 4250 a 21% entre 4750 et 5000g chez des femmes non diabétiques et de 12% a 35% en cas de diabète maternel

Nesbitt TS, Gilbert WM, Herrchen B. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. Am J Obstet Gynecol. 1998 ; 179 :476 -80.

Faible sensibilité du dépistage clinique et échographique → données échographiques imprécises d'au moins 15%

Weiner Z, Ben-Shlomo I, Beck-Fruchter R, Golberg Y, Shalev E. Clinical and ultra sonographic weight estimation in large gestational age fetus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002 ;105 (1) :20 -4

Goffinet F. Difficulties in antenatal recognition of fetal macrosomia. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2000 ;29 :13 -9.)

40 à 60% des dystocies surviennent chez des enfants $\leq 4000g$ et près de 90% des enfants macrosomes naissent sans dystocie des épaules

Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia : the unpreventable obstetric emergency with empiric management guide lines. Am J Obstet Gynecol. 2006 ; 195 :657 -72.

R04: Complications périnéales semblent dépendantes des manœuvres réalisées et varient entre 4 et 13%

Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia : the unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines . Am J Obstet Gynecol . 2006 ; 195 :657 -72 .

Collin A, Dellis X, Ramanah R, Courtois L, Sautière JL, Mart in A Maillet R, Riethmuller D. Severe shoulder dystocia : study of 14 cas es treated by Jacquemier 's maneuver . J Gynecol Obstet Biol Reprod (Pa ri s) . 2008 ; 37 :283 -90 .

Épisiotomie en systématique augmenterait non seulement le taux de lésions sévères du périnée mais également le risque de paralysie du plexus brachial

Gurewitsch ED, Donithan M, Stallings SP, Moore PL, Agarwal S, Allen ML, Allen RH. Episiotomy versus fet l malipulation in managing severe shoulder dystocia : a comparison of outcomes . Am J Obstet Gynecol . 2005 ; 193 (4) :1582 -3 .

Fréquence élevée des hémorragies de la délivrance dans la littérature (jusqu'à 20%) probablement liée a l'absence de délivrance dirigée systématique et aux lésions cervico-vaginales et périnéales

Collin A, Dellis X, Ramanah R, Courtois L, Sautière JL, Martin A, Maillet R, Riethmuller D. Severe shoulder dystocia : study of 14 cas estreated by Jacquemier's maneuver . J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) . 2008 ; 37 :283 -90

Selon Stallings et al.

PH a la naissance en cas de dystocie est significativement diminue par rapport a un accouchement sans dystocie

Absence significative d'altération gazométrique ou d'aggravation du score d'Apgar en cas d'allongement de l'intervalle d'expulsion tête-tronc

→les séquelles de dystocie sont davantage d'ordre traumatique qu'hypoxique

→prendre le temps de réaliser les manœuvres obstétricales appropriées sans céder à la tentation de tirer sur la tête.

R05: on remarque un taux élevé d'accouchement dystocique ou la manœuvre utilisée n'a pas été précisée; sachant que notre petite expérience au niveau du service nous permet de dire que la manœuvre de Mac Robert (pression sus pubienne) est très fréquemment utilisée sans pour autant être mentionnée

Pas de technique meilleure qu'une autre

Nocon JJ, McKenzie DK, Thomas LJ, Hansell RS. Shoulder dystocia : an analysis of risks and obstetric maneuvers. Am J Obstet Gynecol. 1993 ; 168 :1732 -9.

Pression sus pubienne et manœuvre de Mac Roberts = les premières à être employées (facilité de réalisation)

O'Leary JA, Leonetti HB. Shoulder dystocia : prevention and treatment. Am J Obstet Gynecol. 1990 ; 162 :5 -9.

Majoration significative du risque de paralysie du plexus brachial en cas de recours à plus de 3 manœuvres obstétricales

Chauhan SP, Cole J, Laye MR, Choi K, Sanderson M, Moore RC, Magann EF, King HL, Morrison JC. Shoulder dystocia with and without brachial plexus injury : experience from three centers. Am J Perinatol. 2007 ; 24 (6) :365 -71.

R06: Le diabète est un facteur de risque à part entière

Risque de dystocie est x 2 quel que soit le poids fœtal

Nesbitt TS, Gilbert WM, Herrchen B. Should dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. Am J Obstet Gynecol. 1998 ; 179 :476 -80.

Risque délétère d'un diabète déséquilibré avec 19% de dystocie des épaules contre 3% en cas de diabète équilibré ($p < 0,05$).

Adams KL, Li H, Nelson RL, Ogburn PL, Danilenko Dixon DR. Sequelae of unrecognized gestational diabetes. Am J Obstet Gynecol 1998 ; 178 (6) : 1321 - 32.

R07 : On note que plus du tiers des macrosomes sont nés de mère diabétique tout en sachant que l'étiologie de la macrosomie peut être un diabète non dépisté ou une autre cause.

Sachant que dans notre service et chez notre population le dépistage du diabète n'est pas systématique et donc beaucoup de macrosomes sont nés de mères diabétiques non connues

V. Recommandations

Intérêt de dépistage de diabète chez toute gestante (facteur de risque important).

La nécessité de faire un examen complet et minutieux de toute parturiente à l'admission à la recherche de facteurs de risque (importance de l'échographie avec mensuration).

Vigilance accrue de la part du personnel soignant devant toute femme en travail.

Connaissance parfaite des manœuvres réalisées.

Suspicion de macrosomie et/ou facteurs de risque de dystocie des épaules: OBSTETRICIEN SUR PLACE

Bien remplir les dossiers des malades et noter les manœuvres utilisées dans les protocoles d'accouchement et les dossiers

Face à la réalité

La prévention de la dystocie des épaules est difficile, presque impossible car l'accident est le plus souvent imprévisible.

- L'estimation pondérale en fin de grossesse est peu fiable même par échographie réalisée à l'approche du terme.
- Les tentatives de corrélation entre le diamètre biacromial et l'existence d'une dystocie des épaules n'a pu être mise en évidence.
- 50% des dystocies des épaules ne surviennent pas chez des fœtus macrosomes.
- Le diabète gestationnel n'explique que 20% des macrosomies et une prise en charge adaptée du diabète gestationnel n'élimine que partiellement ce risque.

CONCLUSION

La dystocie est une complication de l'accouchement dont les conséquences peuvent être sévères aussi bien pour la mère que l'enfant

Peu d'étude sur la dystocie vraie des épaules

Malgré l'identification de certains facteurs de risque, leur utilisation dans la prédiction de la dystocie reste encore limitée

Risque majeur en cas d'association dystocie + macrosomie + extraction instrumentale

Dans cette situation tout obstétricien en salle d'accouchement se doit de connaître les manœuvres nécessaires

Prévention et traitement devraient faire l'objet d'un enseignement spécifique impliquant des travaux pratiques dans le cadre de la formation initiale et continue des sages-femmes, internes et obstétriciens.

Bibliographie :

-La dystocie des épaules : notre expérience sur dix années (1998-2008)

Suzanne LIMA

Service de gynécologie-obstétrique

CHU de Saint-Etienne

-DYSTOCIE DES EPAULES

Marie France ETIENNE OLIERIC

Cours DES

Rouen, 9 mars 2005

-Dystocie vraie des épaules : Analyse de 14 cas traités par la manœuvre de Jacquemier

J.Mairot, A.Collon, R.Ramanah, S.Cossa, X.Dellis, D.Rjetmuller, R.Maillet

Centre hospitalier universitaire, Besançon.

-http://www.docteur-benchimol.com/accouchement_normal.html

-www.vulgaris-medical.com/.../accouchement-normal-5263.html

-www3.chu-rouen.fr/.../DYSTOCIEDESEPAULES_v2.pdf

- www.syngof.fr/~syngof/pages/.../dystocie.html

-www.lesjta.com/article.php?ar_id=345

-<http://www.gyneweb.fr/sources/revues/referenc/v2n1/dystocep.html>

-<http://www.etudiantinfirmier.com/gynobst/dystocies.pdf>

-<http://www.laconferencehippocrate.com/collection/>

-Autres :

*Ouzounian JG, Gherman RB. Shoulder dystocia : are historic risk factors reliable predictors? *Am J Obstet Gynecol*. 2005 ;192 :1933 -8.

*Nesbitt TS, Gilbert WM, Herrchen B. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California .*Am J Obstet Gynecol* . 1998 ; 179 :476 -80 .

*Weiner Z, Ben-Shlomo I, Beck-Fruchter R, Golberg Y, Shalev E. Clinical and ultrasonographic weight estimation in large gestational age fetus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 ;105 (1) :2004

*Goffin et F. Difficulties in antenatal recognition of fetal macrosomia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2000 ;29 :13 -9.)

*Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guide lines. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 ; 195 :657 -72 .

*Collin A, Dellis X, Ramanah R, Courtois L, Sautière JL, Mart in A Maillet R, Riethmuller D. Severe shoulder dystocia : study of 14 cases treated by Jacquemier 's maneuver. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* . 2008 ; 37 :283 -90.

*Gurewitsch ED,, Donithan M,, Stallings SP,, Moore PL,, Agarwal S,, Allen ML,, Allen RH.. Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia : a comparison of outcomes.. *Am J Obstet Gynecol*.. 2005 ; 193 ((4)) : 1582--3.

*Noon JJ, McKenzie DK, Thomas LJ, Hansell RS. Shoulder dystocia : an analysis of risks and obstetric maneuvers. *Am J Obstet Gynecol*. 1993 ; 168 :1732 -9.

*O'Leary JA, Leonetti HB. Shoulder dystocia : prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 1990 ; 162 :5 -9.

*Chauhan SP, Cole J, Laye MR, Choi K, Sanderson M, Moore RC, Magann EF, King HL, Morrison JC. Shoulder dystocia with and without brachial plexus injury : experience from three centers. *Am J Perinatol*. 2007 ; 24 (6) : 365 -71 .

*Nesbitt TS, Gilbert WM, Herrchen B. Should dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. *Am J Obstet Gynecol*. 1998 ; 179 :476 -80

*Adams KL, Li H, Nelson RL, Ogburn PL, Danilenko Dixon DR. Sequelae of unrecognized gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol* 1998 ; 178 (6) : 1321 -32 .