

MANŒUVRES OBSTÉTRICALES SUR PRÉSENTATION DU SIÈGE

PAR ALEXANDRA MUSSO, SAGE-FEMME ENSEIGNANTE, NICE

1 DÉGAGEMENT ARTIFICIEL DE LA TÊTE ➤ MANŒUVRE DE BRACHT

EN THÉORIE

La tête engagée est retenue au niveau des parties molles.

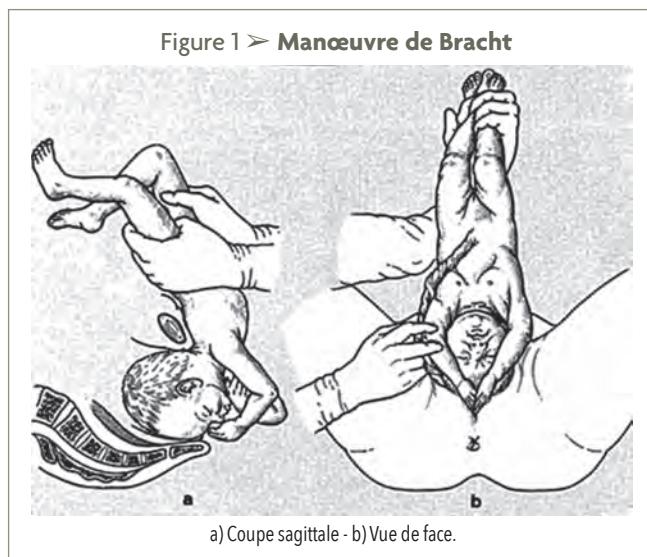
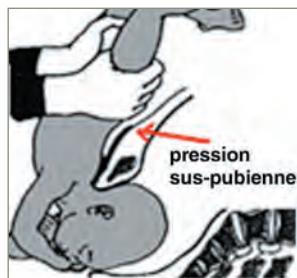
La manœuvre de BRACHT consiste à:

- Aider la tête de l'enfant dans son dégagement **en ramenant son corps vers le ventre de sa mère**
- **Rotation du bas vers le haut autour de la symphyse pubienne et du rachis cervical de l'enfant**
- Manœuvre la plus classique pour aider le **dégagement de la tête dernière**
- Permet une association à d'autres manœuvres (Lovset-Bracht)
- Dite « peu active »

EN PRATIQUE

Lorsque les omoplates sont à la vulve :

- **Saisie du siège à pleine main** = pouces de l'opérateur sur la face antérieure des cuisses;
- **Sans traction** : accompagner le renversement de l'enfant qui vient appliquer son dos sur le ventre de sa mère;
- Un aide peut exercer une légère expression utérine (**pression au-dessus du pubis sur le sommet du crâne fœtal**) pour faciliter la sortie de la tête dernière.



ACCOUCHEMENT DE LA TÊTE

(D'après P. Morin L'accouchement, Flammarion, Paris, 1965)



L'occiput se fixe sous la SP



La tête se défléchit autour de la SP



La face apparaît à la vulve

RISQUES

- Essentiellement dus à la rotation du cou de l'enfant.
- Il peut se produire un « Écartement - Luxation » des vertèbres cervicales (en général C6-C7) avec une rupture traumatique de la moelle épinière. Traumatisme souvent marqué par un claquement sec et vif audible.

RÉFÉRENCES

- Pratique de l'accouchement, J. LANSAC, G. BODY. Ed SIMEP. 349 : 104.
- Mécanique et techniques obstétricales, 2^e édition, J.-P. SCHAAL, D. REITMULLER, R. MAILLET. Ed. Sauramps Médical. 604 : 236.

2 AMORCE DE RELÈVEMENT DES BRAS ➤ MANŒUVRE DE LOVSET¹²³ (DOUBLE ROTATION AXIALE)

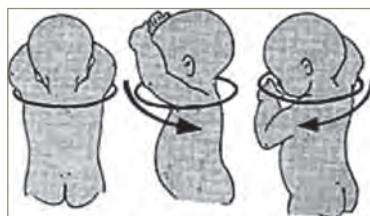
EN THÉORIE

- Le tronc fœtal est en partie dégagé, la pointe des omoplates est à la vulve, mais les coudes n'apparaissent pas :
- 1 ou les 2 coudes sont à l'horizontale devant le cou fœtal à la partie haute de l'excavation.
- La non-correction rapide de la situation risquerait un accrochage du coude, entraînant l'extension des bras vers le haut de part et d'autre de la tête, aggravant la dystocie.



L'ESSENTIEL

- Arrêt de progression du siège au niveau de l'ombilic.
- Dystocie de relèvement des bras.
- Point de repère anatomique :** la pointe des omoplates
- Double rotation axiale** du tronc fœtal ou double conversion successive de l'épaule postérieure en épaule antérieure.
- Rotation **toujours dos en avant**.



« L'écrou fœtal » va se visser sur « le pas de vis » pelvien pour le dégagement des bras.

► Le fœtus est saisi au niveau des ailes iliaques.



► 1^e rotation de 90° du bassin :

- L'épaule postérieure devient antérieure
- Les doigts en attelle **sur la face antérieure du bras abaissent le bras**



► 2^e rotation de 180° du bassin dans le sens opposé :

- Abaissement de l'autre bras**



EN PRATIQUE

■ SAISIE DU FŒTUS

- Avec un linge stérile et sec, le fœtus est saisi au niveau des ailes iliaques, les pouces sur le sacrum et les doigts sur la face antérieure des cuisses.

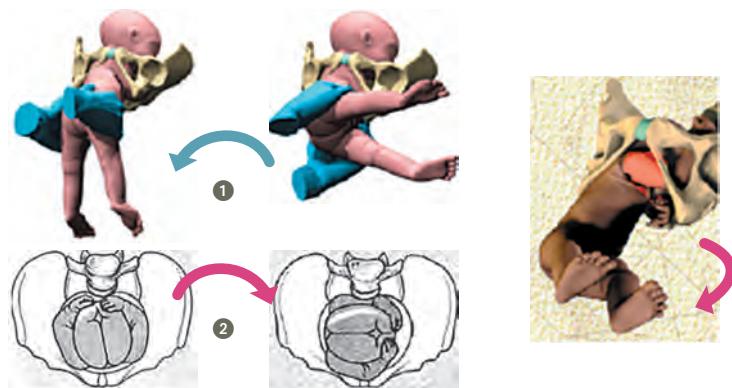
ATTENTION !

- C'est le bassin qui doit être mis en rotation et non pas le thorax.
- La torsion axiale du rachis est indispensable pour provoquer les mises en tension musculaire qui faciliteront l'abaissement de l'épaule.



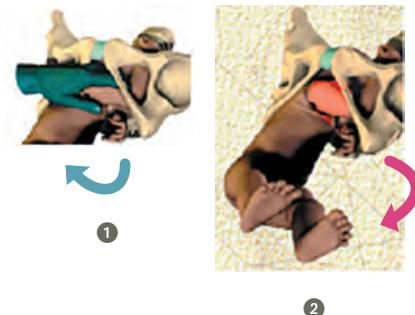
■ PREMIÈRE ROTATION

- Tout en maintenant une traction vers le bas, **pratiquer une 1^{re} rotation de 90° du bassin et par conséquent du tronc fœtal** ① qui amène **l'épaule primitivement postérieure en avant = elle devient antérieure, le bras sous la SP.** ②



■ ABAISSEMENT D'UN BRAS

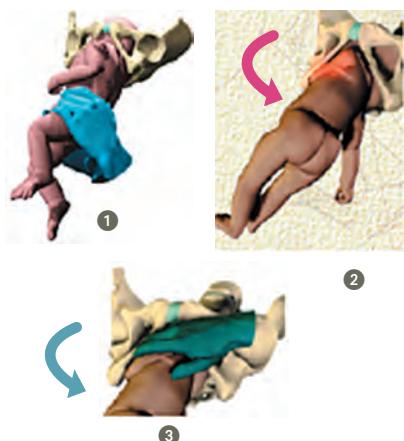
- Le bras peut être extrait à l'aide de la main de nom opposée au bras (main gauche – bras droit). ①
- Les doigts sont introduits dans le vagin le long du dos et remontent jusqu'à la face postérieure de l'épaule, puis l'index et le majeur sont posés en attelle sur la face antérieure du bras jusqu'au pli du coude, le pouce en regard du creux axillaire. ①
- Les deux derniers doigts se logent derrière le cou (le bas n'étant relevé qu'à l'horizontale, il reste suffisamment de place entre l'épaule et la tête). ①
- Une pression douce abaisse le bras qui balaie la face antérieure du fœtus.** ②
- Suite au dégagement du bras antérieur, l'épaule postérieure est passée sous le promontoire.



■ DEUXIÈME ROTATION + DEUXIÈME BRAS

Une 2^e rotation de 180° dans le sens opposé permet le dégagement de l'autre bras: ①

- Le coude apparaît à la vulve permettant le dégagement du 2^e bras.** ②
- À ce stade, l'abaissement du bras est en général facile quand bien même il ne s'est pas extrait spontanément du fait de la rotation.
- Si nécessaire, le bras sera extrait de la même façon que le 1^{er} à l'aide de la main opposée. ③



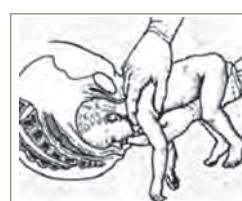
RÉFÉRENCES

1. *Pratique de l'accouchement*, 2^e édition, J. LANSAC, G. BODY. Ed SIMEP. 349 : 105.
2. CD Laboratoire GUIGOZ, *Mécanique obstétricale de l'accouchement*, tome 2 «Accouchement en présentation du siège», J.F. OURY, O. SIBONY, D. LUTON, Ph. BLOT, JP. RENNER.
3. *Traité d'obstétrique*, D. CABROL, JC PONS, F. GOFFINET. Médecine-Sciences FLAMMARION. 2003. 1154 : 826-829.

3 RÉTENTION DE TÊTE DERNIÈRE DANS L'EXCAVATION PELVIENNE ► MANŒUVRE DE MAURICEAU¹²

EN THÉORIE

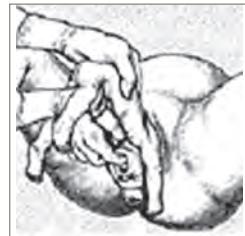
- Les épaules étant elles-mêmes dégagées, la tête est encore retenue au DS, dans l'excavation pelvienne.
- La tête fœtale se présente au DS dans le même diamètre oblique que le siège.
- La pression exercée sur la base de la langue du fœtus permet de fléchir la tête pour la descendre



dans ce diamètre oblique, puis l'orienter dans l'excavation en antéro-postérieur afin de l'amener, par une traction vers le bas, occiput sous la SP.

- La rotation ensuite, vers le haut, autour du pivot occiput-symphysé permet le dégagement progressif de la face et du crâne.

Avant de réaliser la manœuvre :
attendre que les deux omoplates et les bras du fœtus soient dégagés.



EN PRATIQUE

■ ORIENTATION, FLEXION ET ROTATION DE LA TÊTE

- Le corps et les épaules dégagés, **l'enfant est placé à cheval** sur l'avant-bras. ①
- Introduire l'index et le médius de la main dont la paume regarde le ventre du fœtus** dans le vagin, et les remonter pour repérer le menton dans le diamètre d'engagement du siège (menton à droite si SIGA, à gauche si SIDP).
- Introduire l'index et le majeur dans la bouche.**
- Appuyer sur la base de la langue. ②
- Fléchir la tête pour amener le menton sur la poitrine.**
- Dans la continuité du mouvement : orienter la tête et la placer en OP.** ③
- Le menton est bloqué sur la poitrine, solidarisant tête et thorax. ④

■ DÉGAGEMENT

- La tête de l'enfant va être dégagée par le bras postérieur (doigts dans la bouche) qui relève l'ensemble autour du pivot sous-pubien. ⑤
- Aucune traction n'est exercée sur le cou. La main antérieure se contente de maintenir les épaules.
- Une pression sus-pubienne peut être exercée par un aide. Sans déflexion du cou l'ensemble est relevé entre les deux bras de l'accoucheur : **la flexion forcée de la tête associée au relèvement progressif du tronc ramène le dos du fœtus sur le ventre de la mère.**
- Le menton, le nez et le front seront dégagés avec précaution en se méfiant d'une poussée maternelle intempestive.



DANGER

■ MANŒUVRE DANGEREUSE

- À réaliser lorsque la tête est engagée.
- Si traction soutenue sur les épaules :**
 - Hémorragies méningées, lésions médullo-bulbaires ;
 - Lésions du plancher buccal, plexus brachial.

- Réaliser la manœuvre **tardivement** dans la phase d'expulsion de la tête = **accompagner plutôt que tracter**. **Elle doit donc être effectuée sans efforts**. Si ce n'est pas le cas, il est conseillé de renoncer pour utiliser des forceps moins traumatiques.
- On peut l'associer à une expression abdominale.**

RÉFÉRENCES

1. *Pratique de l'accouchement*, 2^e édition, J. LANSAC, G. BODY. Ed SIMEP. 349 : 105.
2. CD Laboratoire GUIGOZ, *Mécanique obstétricale de l'accouchement*, tome 2 «Accouchement en présentation du siège», J.F. OURY, O. SIBONY, D. LUTON, Ph. BLOT, J.P. RENNER.