

MANŒUVRES DE RÉDUCTION DE DYSTOCIE DES ÉPAULES

PAR ALEXANDRA MUSSO, SAGE-FEMME ENSEIGNANTE, NICE

1 MANŒUVRE DE JACQUEMIER^{1, 2, 3}

L'ESSENTIEL

RAPPEL

- 2 doigts placés dans le sinus sacro-iliaque ne retrouvent pas l'épaule dans l'excavation = les épaules sont retenues au-dessus du détroit supérieur.
- Toute tentative de rotation de la tête pratiquée à ce stade risque de mettre dangereusement en tension le plexus brachial.

PRINCIPES

- Intervenir au-dessus du DS en passant par un orifice vulvaire obstrué par la tête fœtale.
- Installation de l'accoucheur dans une position lui permettant d'effectuer correctement les manœuvres ; l'accoucheur est celui qui, de l'équipe, a les mains les plus gracieuses (les SF doivent donc parfaitement connaître la théorie).
- Patiente installée en abduction-flexion (Mac Roberts), vessie vide, épisiotomie préalablement réalisée.
- Saisir la main de l'enfant qui correspond à l'épaule postérieure et tirer tout le bras à l'extérieur transformant le biacromial en acromio-thoracique de 3 cm inférieur.
- Rotation des épaules de 180° = l'épaule postérieure devient antérieure.
- Selon Malinas ➤ diminution rapide des sensations tactiles, donc :
 - 20 secondes pour atteindre la main fœtale, 10 secondes pour retirer son propre bras.

EFFICACITÉ

Intérêt de la position de l'accoucheur

➤ À genou

L'avant-bras en extension va devoir progresser suivant l'axe ombilico-coccygien.

➤ Choix de la main fœtale

Celle de la main sur le thorax fœtal de même nom que le côté du dos par rapport à la mère = du fait de la prépondérance des présentations dos à gauche, c'est souvent la main gauche de l'opérateur qui est concernée.

➤ Avant-bras de l'accoucheur et mains nues

- Éliminer toute gêne.
- Éviter les problèmes de préhension.

L'accoucheur doit être celui de l'équipe obstétricale qui a les mains les plus gracieuses.

Introduction du bras de l'accoucheur et Recherche de la main fœtale

Le chemin à suivre est clair mais difficile + diminution rapide des sensations tactiles.

➤ Cheminement de la main de l'opérateur = « fils d'Ariane » pour le repérage de la main postérieure

- Franchissement de la vulve,
- Sinus sacro-iliaque,
- Atteinte du moignon de l'épaule postérieure,
- Suivre le bras jusqu'à la main. **Attention!** Elle est souvent près de l'épaule antérieure.

➤ Deux éléments de repères

- La tête humérale
- La clavicule

Leur orientation l'un par rapport à l'autre permet de distinguer entre épaule droite et épaule gauche : le suivi du bras, puis de l'avant-bras est le seul moyen d'être certain d'avoir saisi la bonne main.

Mécanisme de rotation du tronc fœtal

➤ L'abaissement du bras postérieur entraîne la rotation du tronc fœtal :

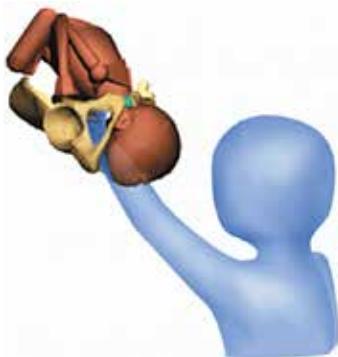
- Le creux axillaire du bras que l'on tient (anciennement postérieur) se retrouve sous le pubis (main et bras sortis = n'est plus concerné que le diamètre acromio-thoracique);
- Tandis que l'ex-épaule antérieure qui était bloquée au-dessus de la SP tourne en arrière (devient postérieure) et s'engage dans l'excavation pelvienne.

➤ L'accouchement suit dans l'instant.

Si exceptionnellement, ce n'est pas le cas, la manœuvre de Jacquemier peut être renouvelée sur l'épaule antérieure devenue postérieure, mais avec l'autre main, puisque le dos du fœtus a tourné du côté opposé.

DESCRIPTION

► Position de l'accoucheur



► **Patiente en hyperflexion** (Mac Roberts), siège dépassant la table d'accouchement.

- Épissiotomie souhaitée.

► **Opérateur à genou** devant la patiente, en position d'adoucissement.

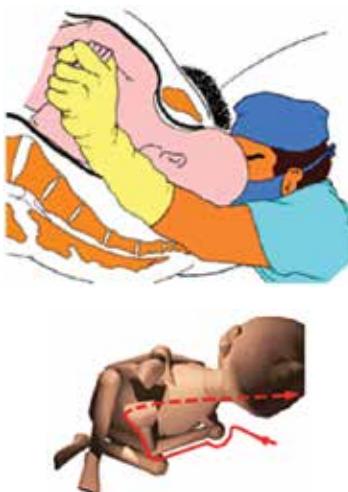
Son épaule au-dessous du plan de la table (rehaussée au maximum).

► **Pas de gant, à main nue.**

Poignet et avant bras lubrifiés (pas la main).

► **Introduction du bras de l'accoucheur et**

► **Recherche de la main fœtale**



► **Introduire la main** qui fait face au ventre du fœtus (gauche = dos à gauche/droite = dos à droite).

La main de l'opérateur se dirige vers le sinus sacro-iliaque opposé au dos fœtal.

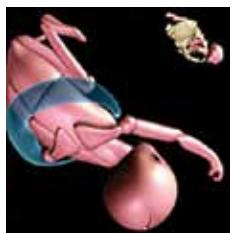
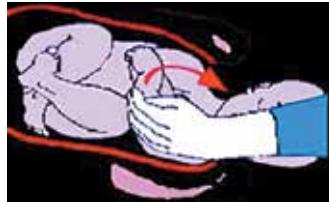
La vulve est franchie en déjetant légèrement la tête du côté opposé.

Les voies génitales ne sont occupées que par l'allongement tronconique du cou fœtal et la progression est facile.

► **Repérer l'épaule postérieure vers le promontoire** = la marge du bassin est franchie par le sinus sacro-iliaque et la face palmaire des doigts rencontre le moignon de l'épaule postérieure qui butte sur le promontoire.

La main repérée est fermement saisie par le poignet.

► **Traction de la main fœtale**



► Retirer doucement le bras en entraînant la main du fœtus dans l'axe ombilico-coccygien.

C'est un mouvement en écharpe vers la face antérieure du thorax fœtal.

► **Rotation du tronc de 180° des épaules:** l'ex-épaule antérieure devient postérieure, l'ex-épaule postérieure devient antérieure et se dégage en premier:

- Aisselle sous la SP
- Transformation du biacromial en acromio-thoracique < de 3 cm.

RÉFÉRENCES

1. CD Laboratoire GUIGOZ, Mécanique obstétricale de l'accouchement, tome 1, Accouchement en présentation céphalique, J.F. OURY, O. SIBONY, D. LUTON, Ph. BLOT, J.-P. RENNER
2. Mécanique et techniques obstétricales, 2^e édition, J.-P. SCHAAAL, D. REITMULLER, R. MAILLET. Ed Sauramps Médical. 604 : 350.
3. Dystocie des épaules, conduite à tenir, www.oggg.org/resources/pdf/JK_2005/HB1_2_Maillet.pdf

MANŒUVRES DE RÉDUCTION DE DYSTOCIE DES ÉPAULES

PAR ALEXANDRA MUSSO, SAGE-FEMME ENSEIGNANTE, NICE

2 MANŒUVRE DE WOOD INVERSÉE

L'ESSENTIEL

INDICATION

- La tête est extraite à la vulve, l'épaule antérieure est bloquée sur la symphyse pubienne.
- La manœuvre de Mac Roberts a échoué.
- L'épaule postérieure est engagée, même enclavée.

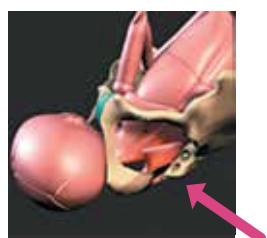
PRINCIPES

- Rotation axiale du fœtus permettant de transformer l'épaule postérieure en épaule antérieure pour en permettre le dégagement.
- Il faut tourner les épaules de 180° et non la tête, sinon il y a risque important de fracture ou d'élongation du plexus brachial.
- Maintien de la position de Mac Roberts.
- Introduction des doigts dans l'excavation (dos à gauche = main droite/dos à droite = main gauche).
- Pression sur la face postérieure de l'épaule.
- Rotation du biacromial de 180°.
- ± Pression sus-pubienne.

DESCRIPTION

Introduction des doigts dans l'excavation

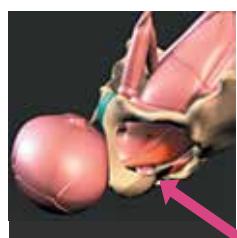
La main de nom opposé à celui du dos du fœtus (droite lorsque le dos est à gauche) est introduite en longeant la face postérieure de la tête fœtale **et les doigts, glissés le long du cou, doivent atteindre facilement le moignon de l'épaule postérieure engagée et se placer sur sa face dorsale.**



Pression sur la face postérieure de l'épaule

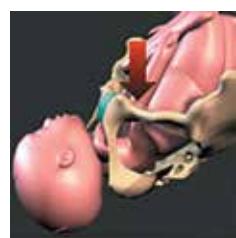
La main introduite va exercer une pression sur la face postérieure de l'épaule fœtale postérieure, ayant pour effet de réduire le diamètre biacromial.

Le premier temps de la manœuvre conduit à une antéversion de l'épaule; le thorax peut se plaquer contre le sacrum, dégageant un espace rétropubien pour l'épaule antérieure.



Rotation des épaules

- Continuant son mouvement de pression, la main, aidée d'une pression sus-pubienne, va provoquer une rotation de l'épaule.
- La pression sus-pubienne favorise l'abduction de l'épaule antérieure et réduit encore le diamètre biacromial.
- La rotation est poursuivie jusqu'à amener l'épaule primitivement postérieure, devenue antérieure, sous la SP pour se dégager.
- Finir l'accouchement.



EFFICACITÉ

Pourquoi choisir une pression sur l'épaule postérieure ?

- L'appui antérieur sur l'épaule a le défaut majeur d'augmenter le diamètre biacromial du fait de la situation de l'articulation costo-claviculaire.
- Dans le cadre d'une dystocie des épaules supposant un biacromial élevé, la conduite logique est d'essayer de réduire ce diamètre et donc de provoquer la rotation du tronc par appui sur la face postérieure de l'épaule.



Quel est le mécanisme du dégagement et de la rotation des épaules ?

- La situation de départ comporte une épaule postérieure engagée et une épaule antérieure non engagée.
- En amenant par rotation l'épaule postérieure (engagée) au-dessous de la symphyse pubienne, on réalise son dégagement.
- En poussant en arrière l'épaule antérieure (non engagée), on l'amène à s'engager au niveau du sinus sacro-iliaque, zone la plus praticable du DS.
- On se retrouve donc à l'issue de la rotation avec une épaule antérieure en position de dégagement et une épaule postérieure engagée.



RÉFÉRENCES

- CD Laboratoire GUIGOZ, Mécanique obstétricale de l'accouchement, tome 1, «Accouchement en présentation céphalique», J.-F. OURY, O. SIBONY, D. LUTON, Ph. BLOT, J.-P. RENNER.

chrome™

OPTEZ POUR LE TRIO GAGNANT

avec la citadine tout-terrain

chrome™

poussette

coque gemm™
aussi compatible avec les coques i-Gemm™ et i-Level™

nacelle chrome™

Avec son assise réversible vous aurez le choix de faire voyager votre enfant face à vous ou face au monde. Hyper pratique, elle se plie avec son assise quel que soit le sens.

Fournie avec les adaptateurs, et son habillage de pluie.

Confort et sécurité garantis avec ce pack 3 en 1.

bring the kids™

plus d'informations sur fr.joiebaby.com

suivez-nous @Joie Baby

astucieux, tout simplement.

©Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA

19 | D.O. 493