

## Définition

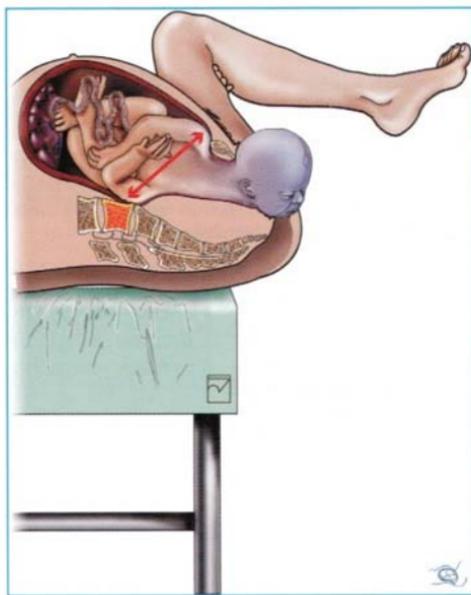
La dystocie des épaules ne touche pas seulement les gros fœtus (diabète gestationnel, dépassement de terme), elle peut exister chez des fœtus de taille normale dont la morphologie n'est pas « adaptée » au bassin maternel. La dystocie des épaules se définit comme un **non-engagement** des épaules dans le bassin alors que la tête est expulsée. C'est une pathologie rare surtout en extra-hospitalier (car les accouchements rapides sont souvent des accouchements sans problème mécanique).

Il existe deux formes de la dystocie des épaules :

- La fausse dystocie : seule l'épaule antérieure est « coincée » au-dessus de la symphyse pubienne, l'épaule postérieure est dans le bassin (perceptible au TV)
- La vraie dystocie : les deux épaules du fœtus sont « coincées » au dessus du détroit supérieur (l'excavation pelvienne est vide)

## Description

Après un dégagement laborieux de la tête, celle-ci est comme aspirée à la vulve, se cyanose et l'enfant gaspe (*figure 16*). C'est une situation impressionnante qui peut inciter à des manœuvres de traction intempestives. Ces manœuvres sont inefficaces. De plus, les manœuvres de traction peuvent entraîner des lésions irréversibles du plexus brachial de l'enfant.



**Figure 16 :** Dystocie des épaules. La tête est comme « aspirée » à l'intérieur du vagin, la restitution menton vers le pubis est difficile, le visage du nouveau-né bleuit rapidement.

Il faut donc que tu agisses rapidement mais **sans précipitation** en exécutant les gestes suivants (et seulement ceux-ci) dans l'ordre décrit.

**Que faire face à une difficulté au dégagement des épaules ?**

Tu recrutes deux aides pour t'aider à effectuer les manœuvres et un aide pour la lecture pas à pas des gestes à réaliser (tu n'hésites pas à paraître ridicule, surtout si tu les connais mal, cette attitude donnera de meilleures chances à l'enfant).

**Manœuvre de Mac Roberts**

Tu vérifies que les fesses de la patiente débordent bien dans le vide au bord du lit.

Tu demandes à tes deux aides placés chacun sur un côté de la patiente de faire une hyperflexion forcée des cuisses sur le ventre de la patiente (figure 17), ceci permet d'orienter dans le bon axe la partie supérieure du bassin. Si cela ne suffit pas, tu fais réaliser par un des deux aides, une forte pression sus-pubienne avec le poing pour faciliter l'engagement de l'épaule antérieure qui est coincée derrière cette symphyse (figure 18). En même temps, tu guides la tête foetale en réalisant une hyper-restitution comme nous l'avons vu au chapitre 4. Tu abaisse **doucement** la tête foetale en lui faisant effectuer un mouvement de restitution de 180° (du pubis à l'anus maternel), sans traction, jusqu'à amener le menton foetal sous la symphyse pubienne maternelle.

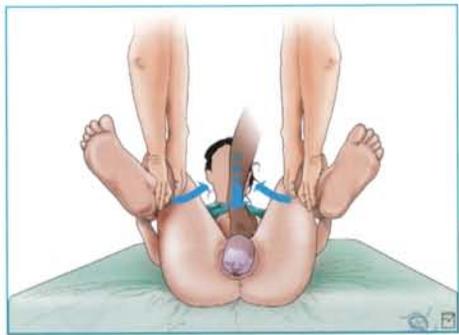


Figure 17 : Dystocie des épaules. Manœuvre de Mac Roberts vue de face. Les jambes sont hyperfléchies sur l'abdomen maternel, un poing sus-pubien tente de faire passer l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne.

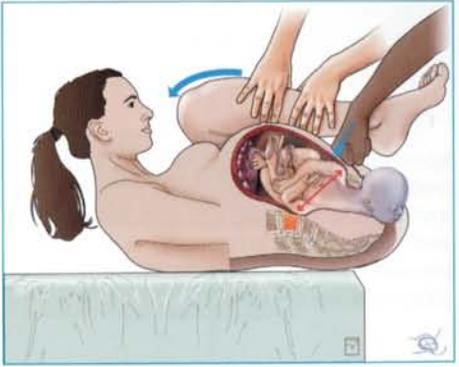


Figure 18 : Dystocie des épaules. Manœuvre de Mac Roberts avec pression sus-pubienne (vue de profil)



Si cette manœuvre n'a pas débloqué la situation, il s'agit d'une vraie dystocie : les épaules ne sont pas engagées dans le bassin. Il faudra que tu fasses une manœuvre de Jacquemier.

**Manœuvre de Jacquemier**

Hantise de tout obstétricien, c'est une manœuvre rarement pratiquée. Son but est de **saisir et de sortir la main postérieure du fœtus pour « dévisser » ses épaules coincées.**

Il est indispensable que la patiente soit sur un plan surélevé pour que tu puisses t'agenouiller pour être dans le bon axe d'action (ombilico-coccygien).

Dans la description princeps de la technique, tu dois être mains et bras nus, propres, sans gant afin de prendre le moins de place possible et de « sentir » au mieux ! Actuellement, les gants stériles gênent peu le geste.

Tu te places entre les 2 jambes de la patiente.

Tu introduis dans la filière génitale la main qui est du côté du visage de l'enfant (c'est-à-dire du côté opposé au dos du fœtus : **dos foetal à gauche = main gauche, dos foetal à droite = main droite**) (figure 19).

La **paume de ta main est contre le visage** du fœtus (à l'opposé de son dos), elle doit **remonter** dans la filière pelvienne et **palper le moignon de l'épaule postérieure** du fœtus (figure 20).



Figure 19 : Dystocie des épaules. Manœuvre de Jacquemier : introduction de la main opposée au dos foetal dans la filière génitale.



Figure 20 : Dystocie des épaules. Manœuvre de Jacquemier : la main suit le bras postérieur pour atteindre et saisir le poignet foetal.

Tu remontes la main à partir de l'épaule postérieure du fœtus qui est bloquée au niveau du promontoire, tu **suis le bras puis l'avant-bras du fœtus et tu saisis la main postérieure du fœtus**. Tu dois la tenir fermement au niveau du poignet entre ton index et ton majeur **puis la tirer vers le bas** dans l'axe ombilico-coccygien (figure 21).

*↳ dans l'axe de la filière qui est oblique*

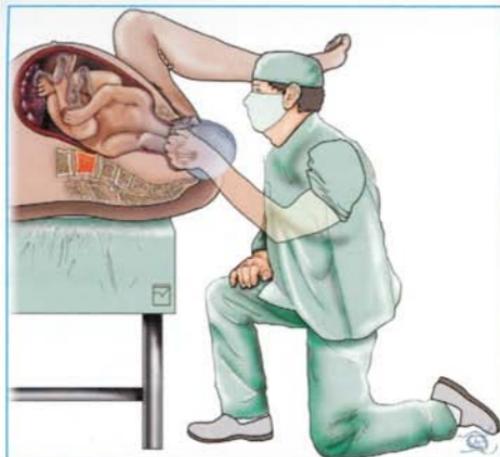


Figure 21 : Dystocie des épaules. Manœuvre de Jacquemier : la main tient fermement le poignet fœtal et se retire vers l'extérieur et le bas (il ne faut pas lâcher le poignet fœtal).

L'abaissement du bras postérieur entraîne une rotation du tronc fœtal de 90° (figure 22) puis de 180°. La main postérieure abaissée sort à la vulve en antérieur, sous la symphyse pubienne (figure 23). L'accouchement peut alors se terminer normalement.

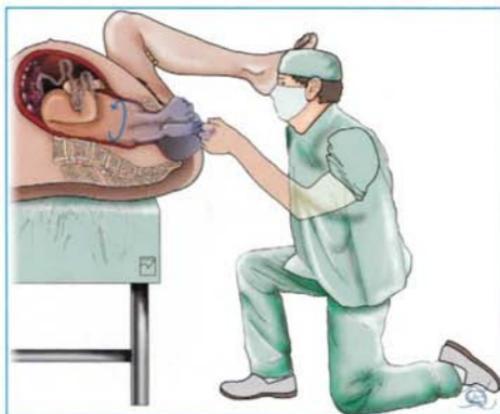


Figure 22 : Dystocie des épaules. Manœuvre de Jacquemier : l'engagement de l'épaule fœtale postérieure entraîne la rotation des épaules du fœtus.

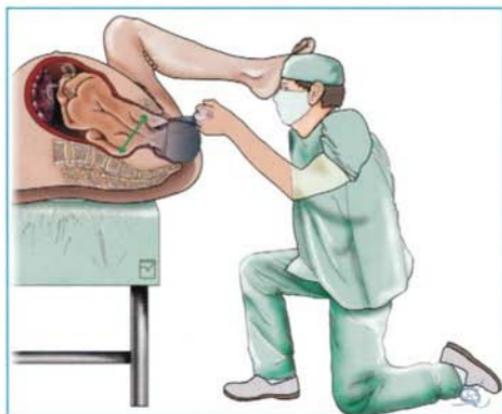


Figure 23 : Dystocie des épaules. Manœuvre de Jacquemier : l'épaule fœtale postérieure devient une épaule antérieure engagée.



Attention danger, ce que tu ne dois pas faire :

- Pousser sur le fond utérin = expression utérine (car les épaules butent sur le bassin et se bloquent).
- Tirer intempestivement sur la tête (sous peine de rupture du plexus brachial).
- Essayer d'hyper-restituer (amener menton sous-symphyse) en forçant sur la rotation de la tête : risque de lésion neurologique par torsion du cou.