La dystocie des épaules

par Lisanne Papin

LA DYSTOCIE DES ÉPAULES est l'une des causes les plus fréquentes de poursuites judiciaires en obstétrique. C'est la hantise de la plupart des obstétriciens.

Comment l'affronter ?

D'abord, il faut être bien informé, puis **tenter de la prévoir.**

Mais qu'est-ce que la dystocie exactement ?

Après l'accouchement de la tête fœtale, il y a enclavement de l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne dans l'axe antéropostérieur, de telle façon que le reste du corps ne peut être accouché par les manœuvres habituelles. Cliniquement, on peut noter une rétraction arrière de la tête sur les fesses de la mère, connue sous le nom du « signe de la tortue ». Le mouvement de restitution de la tête fœtale devient impossible.

Quels sont les facteurs favorisant la dystocie des épaules ?

Ils sont présents dans moins de 50 % des cas.

- Antécédents obstétricaux : multiparité, macrosomie, dystocie antérieure (augmente le risque de cinq fois).
- Macrosomie fœtale diagnostiquée par examen clinique et échographique : associée au diabète, à l'obésité ou à un gain pondéral excessif chez la mère, ou à une grossesse prolongée.
- Anomalies du bassin spontanées ou post-traumatiques.
- En cours d'accouchement : progression limite de l'engagement dans la filière génitale, seconde période de travail longue (plus de deux heures chez la primipare ou plus d'une heure chez la multipare), période d'expulsion longue (plus de 30 minutes), emploi d'une ventouse ou de forceps, surtout si la rotation reste à faire.

Comment mettre toutes les chances de son côté ?

- Élaborer un protocole d'intervention pour les médecins et les infirmières.
- S'assurer qu'il est connu et compris de tous les intervenants.
- Réviser périodiquement ce protocole.

En effet, l'enseignement systématique et la programmation – connue de tous ceux qui travaillent dans le service – des manœuvres exactes à effectuer, de leurs modalités d'exécution technique, de l'ordre dans lequel elles doivent être effectuées, en commençant par les plus faciles et les moins dangereuses mais les plus efficaces, sont une priorité dans tout département d'obstétrique.

Comment gérer le risque ?

Il faut se souvenir de l'acronyme suivant : ALARME[1].

A Demander l'**A**ide d'un collègue et du personnel.

L **L**ever les jambes de la mère en hyperflexion selon la manœuvre de McRobert.

A Dégager l'épaule **A**ntérieure du bébé par une pression sus-publienne. Celle-ci est appliquée sur la partie supérieure de l'épaule antérieure enclavée de façon à la déloger et à l'orienter en position oblique. L'infirmière applique une pression répétitive de type massage cardiaque avec le poing fermé.

R **R**epositionner le bras postérieur. Le bras est généralement fléchi au niveau du coude, bien qu'une pression exercée au pli du coude puisse provoquer cette flexion. Quant la main est atteinte, on la fait glisser de l'autre côté de la poitrine en agrippant le poignet.

M **M**anœuvre de Woods : mouvement de type tournevis obtenu en appliquant une pression de deux doigts sur le côté antérieur de l'épaule la plus accessible et en essayant ensuite d'effectuer une rotation des épaules en position oblique.

E Envisager l'**É**pisiotomie.

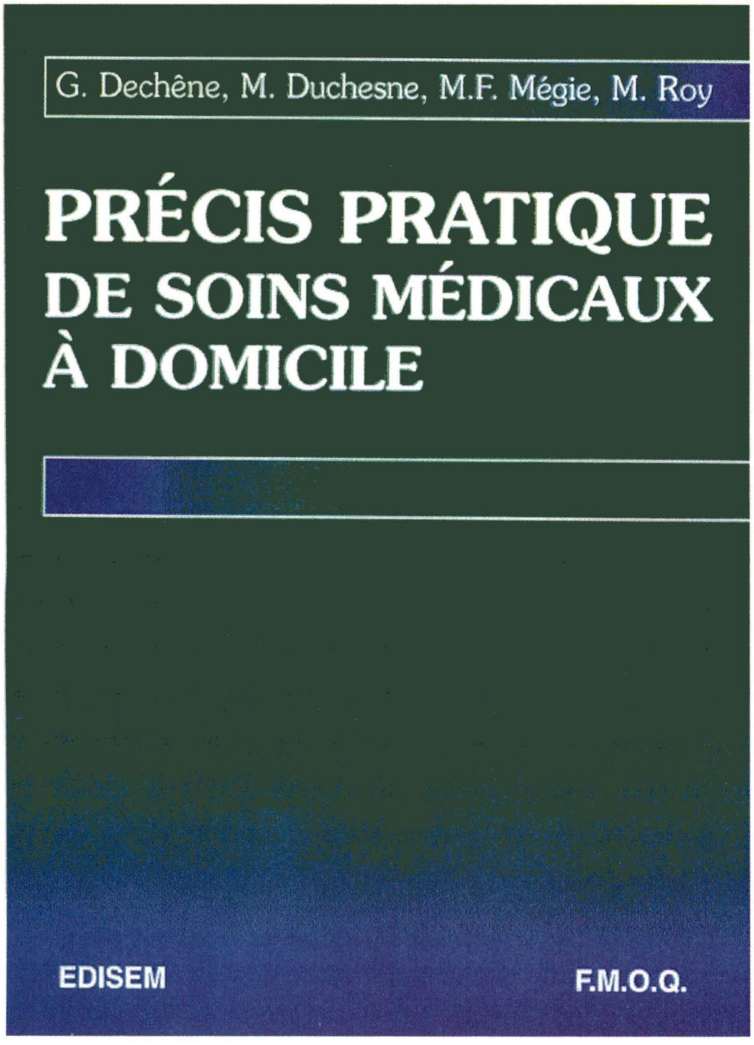
Quels sont les risques pour la mère et l'enfant ?

La mère. Les risques pour la mère sont une hémorragie immédiate du post-partum, des déchirures du col, une lacération du vagin. La rupture utérine est aussi possible, ainsi que l'endométrite. Il est donc indiqué d'examiner avec soin l'utérus et les parties molles après une dystocie des épaules.

L'enfant. Le taux de mortalité néonatale due à la dystocie des épaules est fonction du temps qu'il aura fallu pour la résoudre, mais la mort résulte généralement d'une intervention inappropriée ou inefficace. Les conséquences pour le nouveau-né de la dystocie des épaules sont les suivantes : anoxie périnatale grave, lésion du plexus brachial (10 %), lésions médullaires, paralysie du diaphragme, lésions squelettiques à la

La Dre Lisanne Papin, omnipraticienne, exerce à la clinique L'Envolée, à Montréal.

Vient de paraître



En vente chez Somabec

Prix : 63,50 $, taxes en sus.

Renseignements :
Somabec : (450) 774-8118 ; ou 1 800 361-8118
Télécopieur : (450) 774-3017
Courriel : bp295@somabec.qc.ca

clavicule, à l'humérus ou à la colonne vertébrale.

Quelle est la défense de l'accoucheur en cas de poursuites[2] ?

Lorsqu'un accouchement entraîne des séquelles pour l'enfant, l'obstétricien doit souvent expliquer les faits ainsi que les gestes qu'il a effectués, dans le cadre d'une procédure judiciaire. Voici quelques éléments clés pour aider l'accoucheur à structurer son exposé sur une dystocie des épaules et ses conséquences :

- La dystocie des épaules n'était pas prévue (sauf en cas d'antécédent), ni prévisible.
- Le diagnostic de dystocie des épaules a été posé immédiatement.
- La dystocie des épaules a donné lieu à des manœuvres.
- Les gestes techniques étaient connus et ont été pratiqués dans l'ordre approprié.
- Les conditions propices au traitement étaient remplies (épisiotomie).

Dans une situation extrême et urgente, le risque de lésion nerveuse périphérique est préférable à celui de lésion cérébrale ou de mort.

QUOI QU'IL ARRIVE, il ne faut pas paniquer, ni faire des tractions intempestives ou des manœuvres qu'on ne connaît pas parfaitement. Le meilleur moyen d'éviter toute panique consistera à réviser régulièrement le protocole et les manœuvres qui y sont inscrites. □

Bibliographie

1. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Manuel du GESTA*. SOGC, automne 1998.
2. Van Lierde M. *La dystocie des épaules*. http://www.gyneweb.fr