



Atelier de dystocie des épaules

Dr Olivier THIEBAUGEORGES,
Gynécologue-obstétricien à Toulouse

Supports Pédagogiques

Février 2023



- Support 1 - Manœuvres sur dystocie des épaules – Dr Olivier THIEBAUGEORGES, Gynécologue Obstétricien, Expert GYNERISQ, Clinique Rive Gauche Toulouse
- Support 2 – Macrosomie : Facteurs de risque et dépistage - Dr Philippe MIRONNEAU, Gynécologue Obstétricien, Expert GYNERISQ, Clinique Sainte Marthe Dijon & Dr Olivier THIEBAUGEORGES, Gynécologue Obstétricien, Expert GYNERISQ, Clinique Sarrus Teinturier, Toulouse
- Support 3 - Prise en charge des lésions traumatiques après la dystocie des épaules – Dr Abdelaziz ABID, Chirurgien Orthopédique, CHU Toulouse
- Support 4 – Annonce d'un dommage associé aux soins – HAS Amélioration des pratiques et sécurité des patients (Mars 2011)
- Support 5 - La dystocie des épaules – Dr Philippe MIRONNEAU, Gynécologue Obstétricien, Expert GYNERISQ, Hôpital Privé Dijon Bourgogne
- Support 6 – Fiche Gynerisq Contrôle : Documentation d'une dystocie des épaules –GYNERISQ
- Support 7 – Fiche Gynerisq Contrôle : Manœuvres dystocie des épaules – GYNERISQ
- Support 8 – Fiche Gynerisq'Attitude : La dystocie des épaules – GYNERISQ
- Questionnaire déclaration d'EIAS
- Questionnaire Pré test / Post test
- Plan d'action personnalisé
- Questionnaire d'évaluation de la formation



Manœuvres sur Dystocie des Epaules

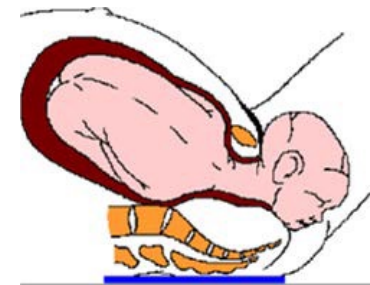
O. THIEBAUGEORGES

Gynécologue Obstétricien
Clinique Rive Gauche Toulouse
Expert GYNERISQ

MàJ Février 2023

Diagnostic de la dystocie des épaules

- Définition (Recommandations CNGOF 2015):
 - Absence de dégagement des épaules du fœtus après expulsion de la tête, rendant nécessaire le recours à des manœuvres obstétricales autres que la traction douce de la tête ou la manœuvre de restitution.
 - Fréquence : 0,5–1 % des accouchements par voie basse.



Diagnostic de la dystocie des épaules

- Clinique :
 - Arrêt de progression du mobile fœtal
 - Tête aspirée à la vulve avec dégagement laborieux
 - La restitution ne s'effectue pas ou mal
 - Le moignon de l'épaule est palpé au dessus de la symphyse
 - Au TV : Dystocie mineure ou dystocie vraie

Recommandation CNGOF 2015

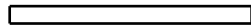
- Il est recommandé de ne pas :
 - tirer **de façon excessive** sur la tête foetale, ni vers le bas, ni latéralement (grade C).
 - réaliser d'expression utérine (grade C).
 - réaliser de rotation paradoxale (cad faire pivoter la tête vers le dos (accord professionnel)).
- Les manœuvres doivent être réalisées le plus rapidement possible (grade B).
 - Lien rapidité des manœuvres / asphyxie néonatale
 - réaliser systématiquement une gazométrie au cordon (accord professionnel).

Σπεῦδε βραδέως

Diagnostic de la dystocie des épaules

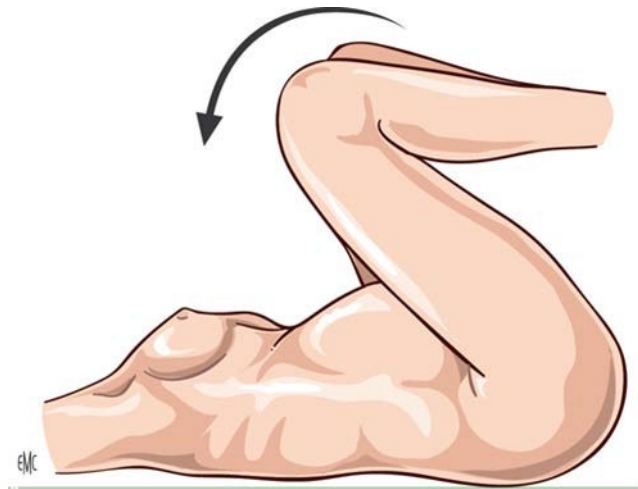
- Dystocie mineure :
 - l'épaule postérieure est engagée et perceptible au TV
 - l'épaule antérieure est impactée derrière la symphyse

souvent iatrogène

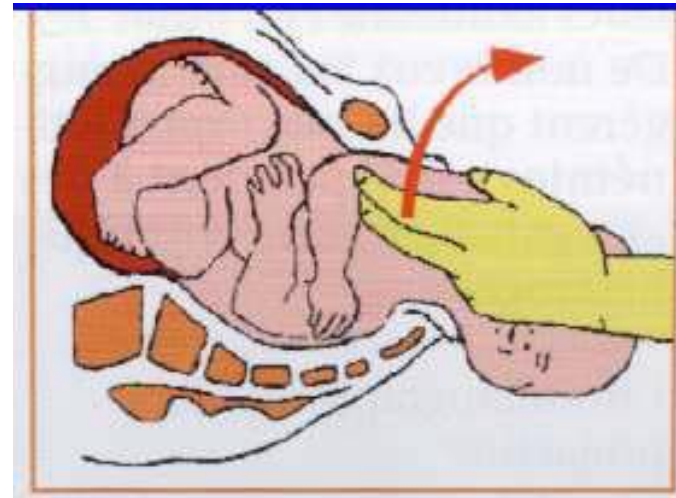
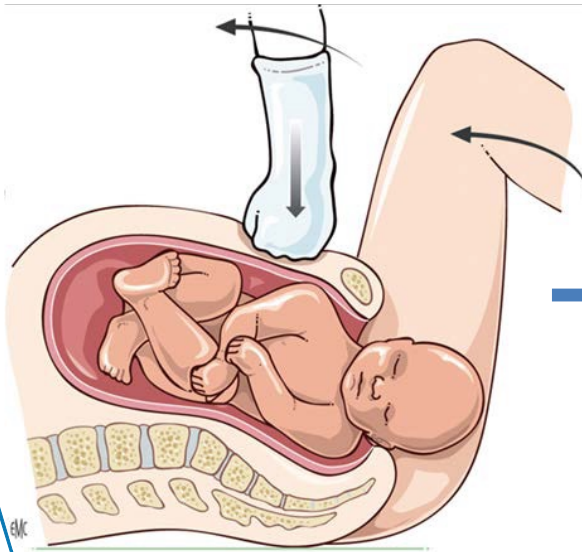


1. Manœuvre de Mac Roberts

- Cuisses dégagées des étriers
- Ramenées au maximum sur l'abdomen
- Les genoux au contact du thorax



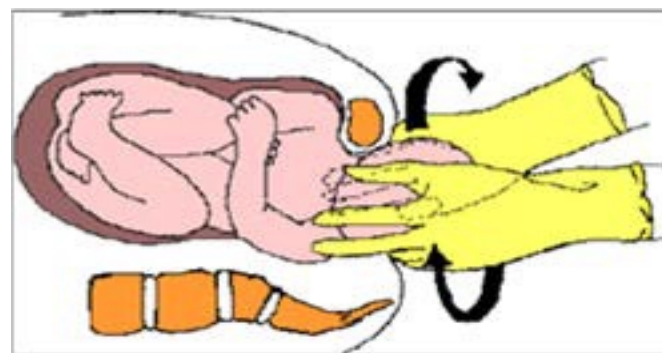
1. Poing sus-pubien



Manœuvre de Couder

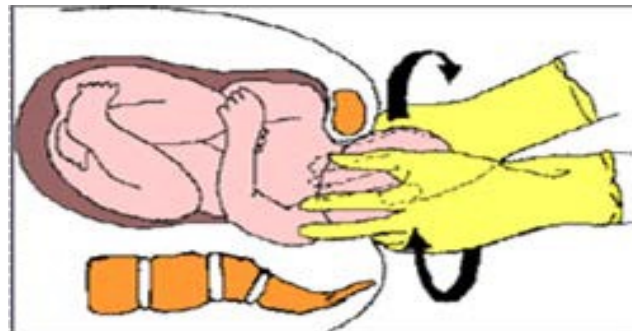
Dystocie mineure

- Manœuvre de **Wood inversée** ++ : Pression dorsale
 - Rotation axiale de 180°
épaule post → ant
 - Pression sur la face post de l'épaule post
 - La main utilisée est celle faisant face au dos fœtal
- **droite si dos à gauche et gauche si dos à droite**
introduite en arrière



Dystocie mineure

- Autres manœuvres
 - Manœuvre de **Wood** : Pression ventrale
 - rotation axiale de 180° transformant l'épaule post en épaule ant, par pression sur la face antérieure de l'épaule post. La main utilisée est celle du côté du ventre foetal.



Dystocie mineure / vraie

- Manœuvre de Letellier (crochetage – traction coté dos)
 - Rotation post de l'épaule post
 - Main du côté du dos foetal
 - On accroche l'aisselle foetale d'arrière en avant avec l'index et on mobilise le tronc foetal en spirale jusqu'à l'ogive pubienne

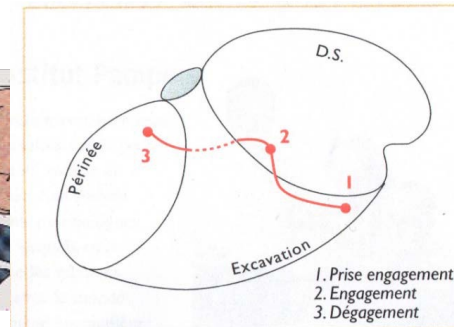
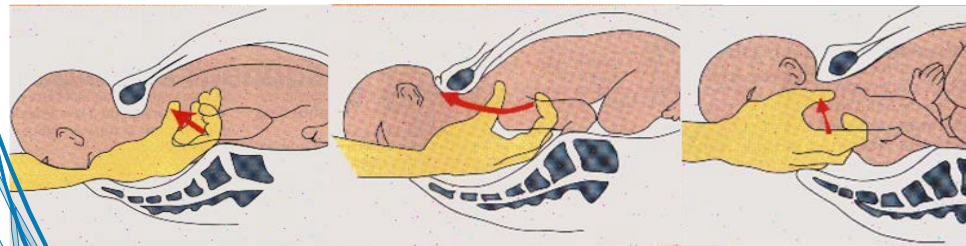


Figure 6. Trajectoire de l'épaule.

Dystocie mineure / vraie

- Manœuvre de Letellier inversée (Crochetage-traction coté ventre)
 - Rotation ant de l'épaule post
 - Main du côté du ventre fœtal
 - On accroche l'aisselle fœtale d'arrière en avant avec l'index et on mobilise le tronc fœtal en spirale jusqu'à l'ogive pubienne

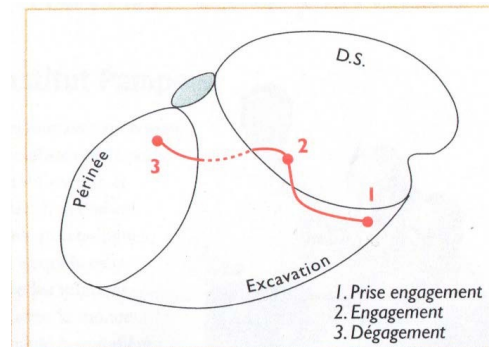
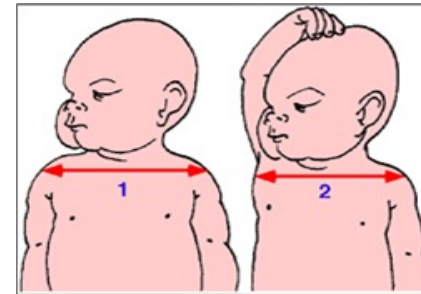


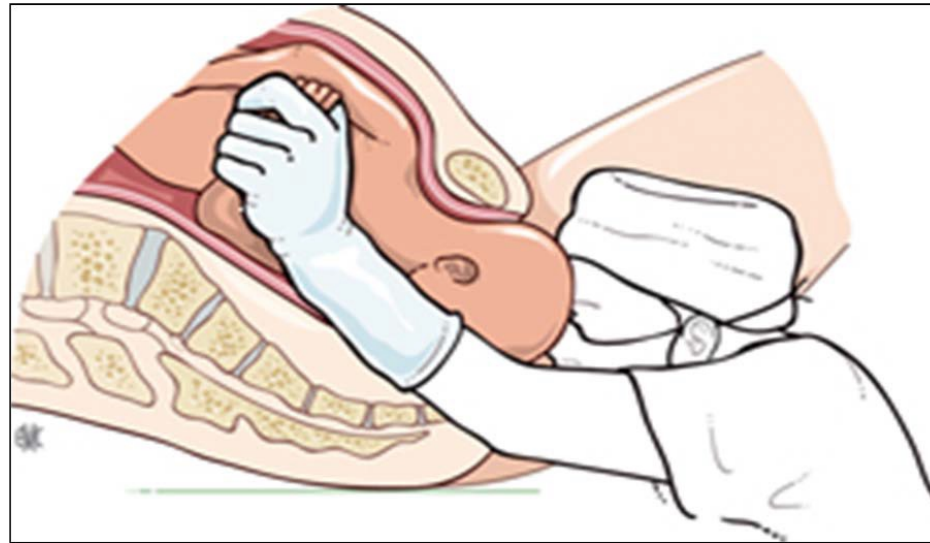
Figure 6. Trajectoire de l'épaule.

Dystocie vraie

- Manœuvre de Jacquemier +++ :
 - Saisir la main postérieure et l'abaisser en ramenant le bras à l'extérieur
 - Transforme le
Ø bi-acromial (12 cm) en
Ø acromio-thoracique (9,5 cm)
 - Permet la rotation du fœtus



Dystocie vraie



Dystocie vraie

- Épisiotomie d'indication très large
 - Il n'est pas nécessaire de réaliser systématiquement une épisiotomie (accord professionnel). CNGOF 2015
- Genou à terre-table levée
- Bras faisant face au ventre foetal
- Passer la main en arrière de la tête (éventuellement sans gant -lubrifié)
par le sinus sacro-iliaque
- Repérer l'épaule post au niveau du promontoire et suivre le membre jusqu'à la main, en suivant l'axe ombilico-coccygien sans perdre le contact

Dystocie vraie

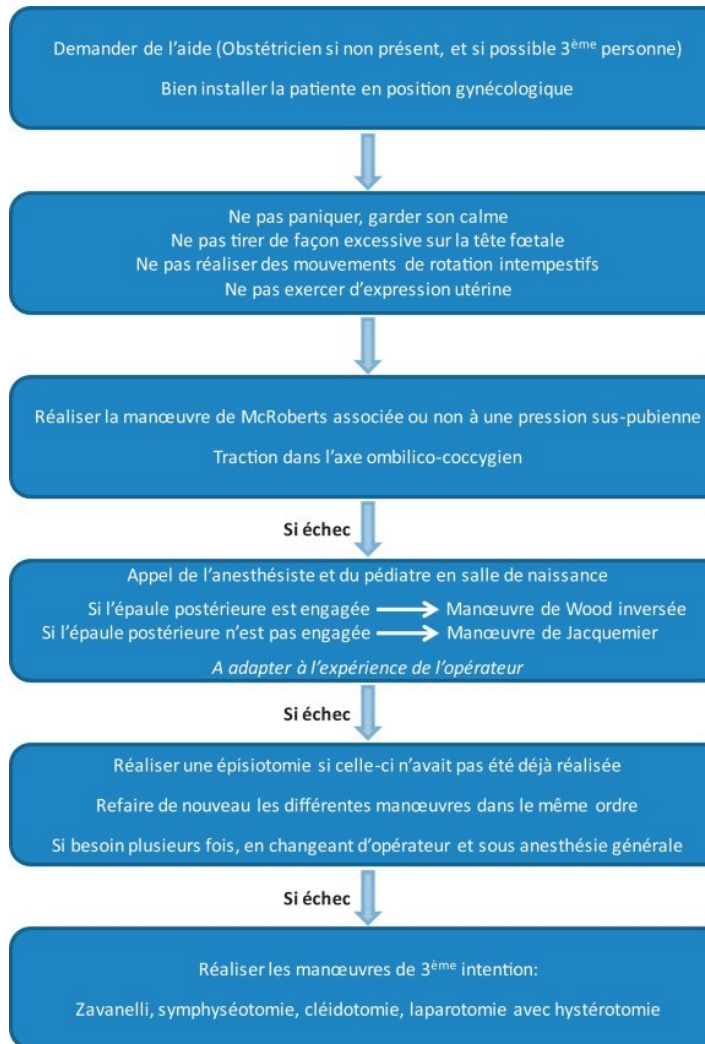
- Saisir la main et retirer tout le bras en respectant l'axe ombilico-coccygien
- Au moment de l'extraction, rotation du tronc et l'épaule antérieure tourne en arrière et s'engage
- Si l'accouchement ne suit pas, possibilité de refaire la manœuvre sur la nouvelle épaule post

Dystocie vraie

- **Autres manœuvres** : après échec des autres manœuvres de 1^{re} et 2^e intention réalisées dans de bonnes conditions et à plusieurs reprises (accord professionnel- CNGOF 2015)
 - Manœuvre de **Zavanelli** (réintégration de la tête et extraction par césarienne)
 - Cléidotomie (fracture de la clavicule), symphysiotomie

Recommandation CNGOF 2015

- Il est recommandé d'avoir un protocole de prise en charge de la dystocie des épaules (grade C).
- algorithme proposé (accord professionnel)



Dans tous les cas, faire examiner l'enfant par un pédiatre et donner à distance des explications claires à la patiente et au conjoint sur les circonstances de l'accouchement



Recommandation CNGOF 2015

- risque HPP et lésions périnéales sévères augmenté (NP3) :
 - vérification systématique de l'intégrité du sphincter anal (grade C).

Recommandation CNGOF 2015

- Compte rendu : informations devant y figurer
 - noms des praticiens (SF et médecins) ayant réalisé accouchement et manœuvres,
 - côté du dos fœtal ou de l'épaule antérieure,
 - la description précise de toutes les manœuvres réalisées (plutôt que seulement le nom de la manœuvre réalisée),
 - épisiotomie ou non
 - Appel de l'anesthésiste et du pédiatre,
 - Score d'Apgar,
 - gazométrie et examen pédiatrique (accord professionnel).
- Formulaire spécifique améliore la documentation des informations médicales (NP3).



Recommandation CNGOF 2015

- Débriefing
 - Les circonstances de l'accouchement doivent être expliquées à la patiente et son conjoint après l'accouchement et cette information doit être renouvelée lors du séjour en suites de couches (accord professionnel).
 - Un débriefing avec l'ensemble de l'équipe ayant pris en charge la patiente au moment de la dystocie des épaules avec manœuvres de 2^e intention est encouragé (accord professionnel).

Conclusion

- Installation de la patiente
- Règle des 4P (NO Pivoting, Panic, Pushing, Pulling)
- Appel de l'équipe (3^e, GO, pédiatre, anesthésistes)
- Première intention :
 - Mac Roberts et Poing sus-pubien
- Deuxième intention : Manoeuvres
 - Dystocie mineure : Wood inversé
 - Dystocie vraie : Jacquemier

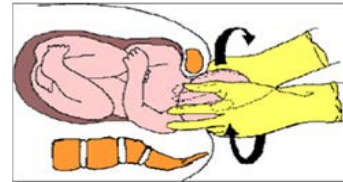


Récapitulatif

antérieure engagée
Epaule postérieure

Dystocie mineure

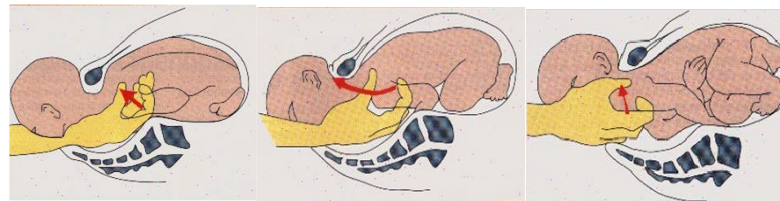
- Pression dorsale ou ventrale sur l'épaule postérieure



WOOD

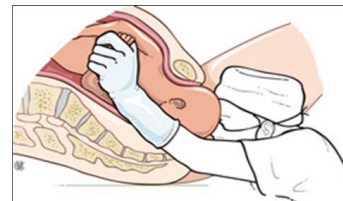
Dystocie vraie

- Crochetage-traction dorsale ou ventrale



LETELLIER

- Saisie de la main de bras postérieure-rotation abaissement



JACQUEMIER

A thick orange arrow pointing to the right, positioned horizontally across the upper part of the slide.

Macrosomie : Facteurs de risque et dépistage

A vertical blue bar on the left side of the slide, with several thin, curved blue lines extending from its base towards the right.

Dr O. THIEBAUGEORGES – Dr P. MIRONNEAU

Gynerisq

MàJ Février 2023

multiples définitions de la macrosomie :

- Poids >4 kg, 4,5 Kg, 5 Kg
- Poids > 90^e, 95^e,97^e percentile
- Percentiles « customisés » utiles car :
 - Lien petite taille maternelle + macrosomie et lésions fœtales (Gudmundsson, 2005)
 - Mais un poids maternel élevé s'accompagne d'un poids de naissance plus élevé qui a un caractère pathologique



Facteurs de risque (Walsh, 2012)

- Facteurs non modifiables
 - Tailles parentales, origine géographique, antécédent de macrosomie, parité, sexe foetal, âge maternel
 - Syndromes : Wiedemann-Beckwith, Perlmann
- Facteurs modifiables
 - Poids avant la grossesse, gain pondéral, métabolisme du glucose, âge gestationnel à la naissance

Facteurs de risque non modifiables

– Tailles parentales (mère plus que père)

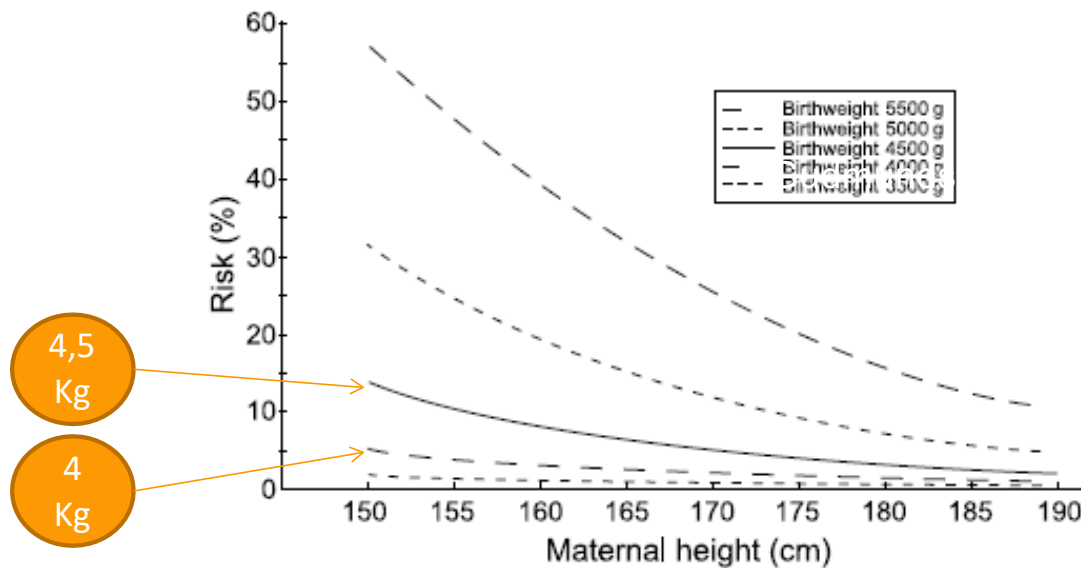


Fig. 2. The risk of infant injury in percent in relationship to maternal height and birthweight.

Monocentrique, n=14359, 256 atteintes fœtales : Dystocies, fractures clavicule, plexus



Facteurs de risque non modifiables

Population de 350 311 naissances, > 90^e percentile

– Parité >4

- OR 2.20; CI 2.02, 2.40

– âge maternel

- OR 1.22; CI 1.11, 1.35

Jolly, 2003

Facteurs de risque non modifiables

- Antécédent de macrosomie

Walsh, 2005, 14461 accouchements de mères non diabétiques dont 529 > 4,5 kg

- 1 antécédent de macrosomes :

- OR 15.8, 95% CI 11.45 - 21.91, $p < 0.0001$

- 2 antécédents ou plus :

- OR 47.4, 95% CI 19.9 - 112.89, $p < 0.0001$

Facteurs de risque modifiables

- Poids avant la grossesse (BMI)
 - BMI > 30 Kg/m² :
 - OR 2.08 (IC 95 % 1.99, 2.17) *Jolly, 2003*
- Amaigrissement pré-gestationnel
- gain pondéral *Johnson, 2009*

Table 4. Multivariable Analysis of Outcomes Among Women Gaining Above the Institute of Medicine Guidelines*

Outcome	Underweight OR (95% CI)	Normal Weight OR (95% CI)	Overweight OR (95% CI)	Obese OR (95% CI)
Gestational hypertension	2.0 (1.0–3.8)	1.5 (1.2–1.8)	1.4 (0.9–2.0)	1.2 (0.9–1.7)
Preeclampsia	3.6 (0.9–13.8)	2.5 (1.6–3.9)	4.2 (1.7–10.4)	1.9 (1.0–3.3)
Cesarean delivery	1.3 (0.7–2.5)	1.6 (1.3–2.0)	1.8 (1.2–2.6)	1.1 (0.8–1.5)
Indicated preterm birth	0.8 (0.2–4.1)	1.2 (0.7–2.1)	1.2 (0.5–3.1)	0.9 (0.4–1.8)
Spontaneous preterm birth	0.8 (0.3–1.9)	0.9 (0.6–1.3)	0.7 (0.4–1.2)	1.3 (0.6–2.6)
Small for gestational age [†]	0.5 (0.3–1.1)	0.6 (0.5–0.7)	0.4 (0.3–0.6)	1.0 (0.7–1.4)
Large for gestational age [‡]	2.5 (1.0–6.1)	1.7 (1.3–2.3)	2.5 (1.3–4.5)	1.9 (1.0–3.7)

Facteurs de risque modifiables

- métabolisme du glucose
 - Relation linéaire entre le niveau de la glycémie maternelle (H0, 60, 120) et:
 - le risque de macrosomie foétale,
 - la quantité de masse grasse du nouveau-né,
HAPO study, 2009
- - Diabète pré existant :
 - OR 6.97 (IC 95 % 5.36, 8.16) *Jolly, 2003*
 - Diabète gestationnel :
 - OR 2.77 (IC 95 % 2.51, 3.07) *Jolly, 2003*



Facteurs de risque modifiables

- métabolisme du glucose
 - *Prise en charge “pour toutes les femmes” :*
 - *Activité physique*
 - *Régime pauvre en sucres rapides*
 - *Prise en charge du diabète gestationnel*

Facteurs de risque modifiables

- Terme de naissance :
- *Post terme :*
 - *6 % de macrosomie après 42 SA. Augmentation des dystocies*

Chantry, 2011 (recommandations CNGOF)

- *Mais pas de démonstration de l'intérêt du déclenchement pour macrosomie:*
 - *HAS Non recommandé*
 - *Intérêt de l'accouchement programmé ?*

Etude DAME Lancet, 2015

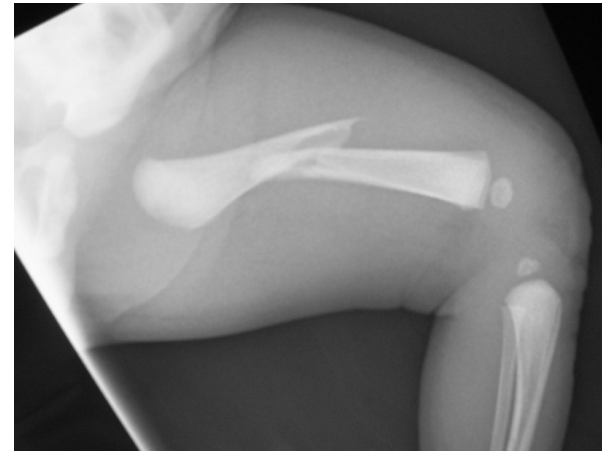
- Essai randomisé, EPF > 95^e percentile
 - 407 Decl ds les 3 j (37-39 SA) / 411 expectative
- 3831 gr / 4118 gr
- Dystocie ou patho associée :
 - N=8 vs N=25 RR 0,32 [0,15-0,71]
 - Plus de VBS groupe decl RR 1,15 [1,01-1,29]
 - Pas de différence / césarienne et morb néonat



Rechercher les situations potentiellement à risque de macrosomie et de dystocie des épaules

1. ATCD familiaux du diabète et ATCD personnel du diabète
2. Petite taille de la patiente < 1,50 m
3. Poids maternel (dans la base REX toutes les paralysies du plexus d'enfant de poids normal sont issues de mères ayant un BMI >27) - En cas de prise de poids importante pendant la grossesse, il est conseillé d'informer la patiente que c'est un risque de dystocie
4. ACTD d'accouchement de macrosome ou d'accouchement difficile
5. Terme dépassé
6. Echographie entre 30 et 32 SA retrouvant des biométries > 97,5^e percentile (le périmètre abdominal étant considéré comme la mesure la plus pertinente)
7. Mesure de la hauteur utérine (en prenant en compte une mesure > 36cm)
8. Dépister les diabètes de la grossesse dès le début de la grossesse si BMI >25 - Voir les recommandations CNGOF 2010 disponibles sur le lien suivant
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf

**Prise en charge
des lésions traumatiques
après
la dystocie des épaules**



Abdelaziz ABID

Unité d'Orthopédie Pédiatrique
Hôpital des Enfants CHU Toulouse

Introduction

- Littérature peu abondante
- Incidence variable :
 - France : 14,2 /1000 naissances
 - USA : 2,4 /1000 (naissances vivantes, grossesse gémellaire exclue)
 - Clavicule : 9%
 - POPB : 4%
 - Squelette des membres : 1,3%

Clavicule : 65%; POPB : 25%; os long : 10%

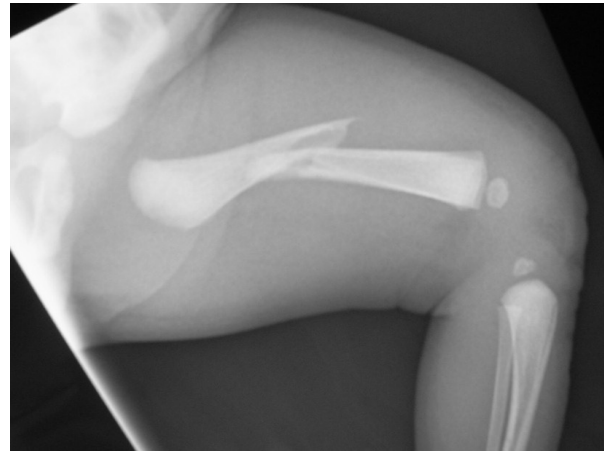


Facteurs de risque

- Fractures de la clavicule :
 - Dystocie des épaules
 - Accouchement par voie basse
- Plexus brachial : Dystocie des épaules
- Les autres os longs :
 - Césarienne
 - Présentation de siège
 - Prématurité (faible poids de naissance)
 - Grossesse gémellaire

Fractures obstétricales : deux types

**Les fractures
diaphysaires**



**Les décollements
épiphysaires**



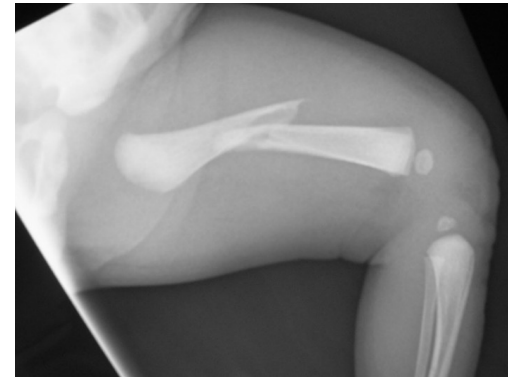
Fractures diaphysaires

- Les plus fréquentes
- Diagnostic **facile** :
 - Craquement
 - Douleur et impotence fonctionnelle
 - Radiographie standard
- Localisation :
 - Clavicule,
 - Fémur,
 - Humérus



1- Fractures diaphysaires

- Traitement est **orthopédique** :
 - But : antalgique
 - Aucune réduction
 - Cal hypertrophique
 - Remodelage complet
- Aucune séquelle



J + 15 : cal de consolidation



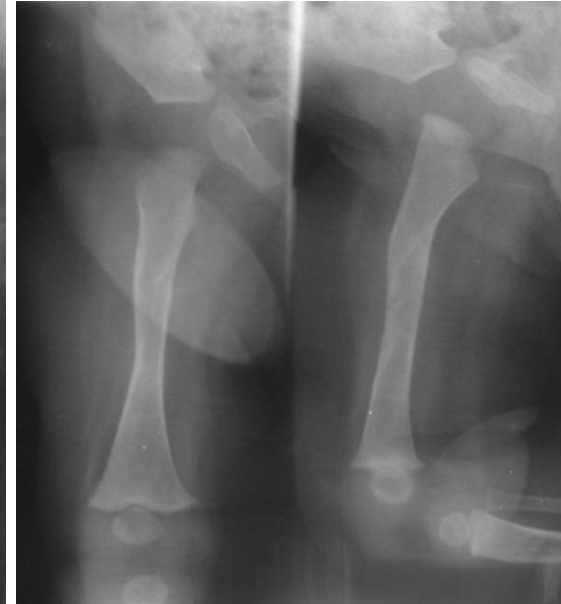
Remodelage à 6 mois



**Fr. diaphyse
fémur droit**



**Contrôle à j + 15 : déplacement
et cal osseux hypertrophique**



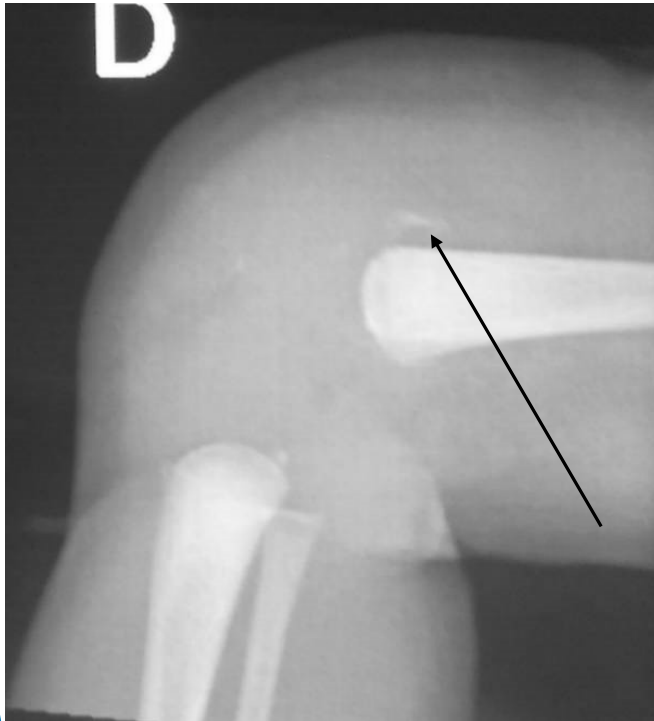
Contrôle à 6 mois

2- Décollements épiphysaires

- Plus rares
- Diagnostic **difficile** :
 - Absence noyau ossification
 - Luxation?
 - Arthrite septique!!!
- Echographie, IRM
- Arthrographie
- Localisation :
 - Humérale distale,
 - Fémorale distale



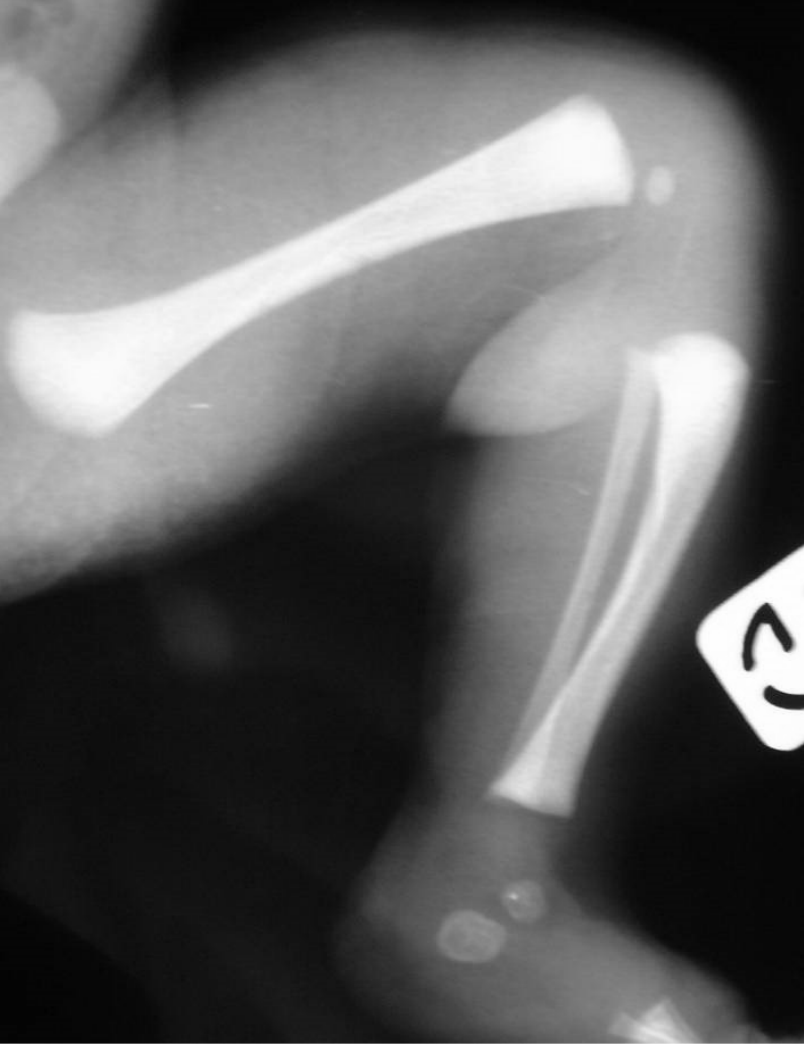
Arthrographie coude

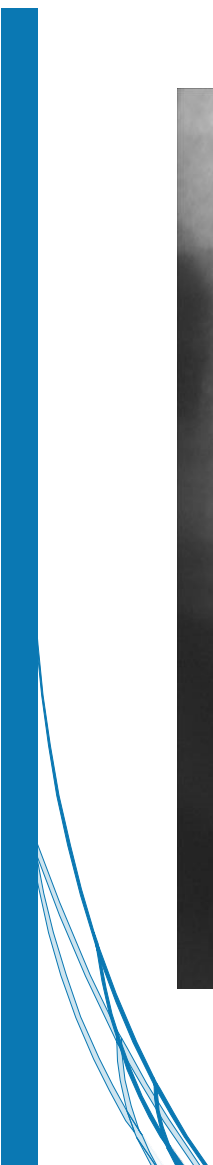


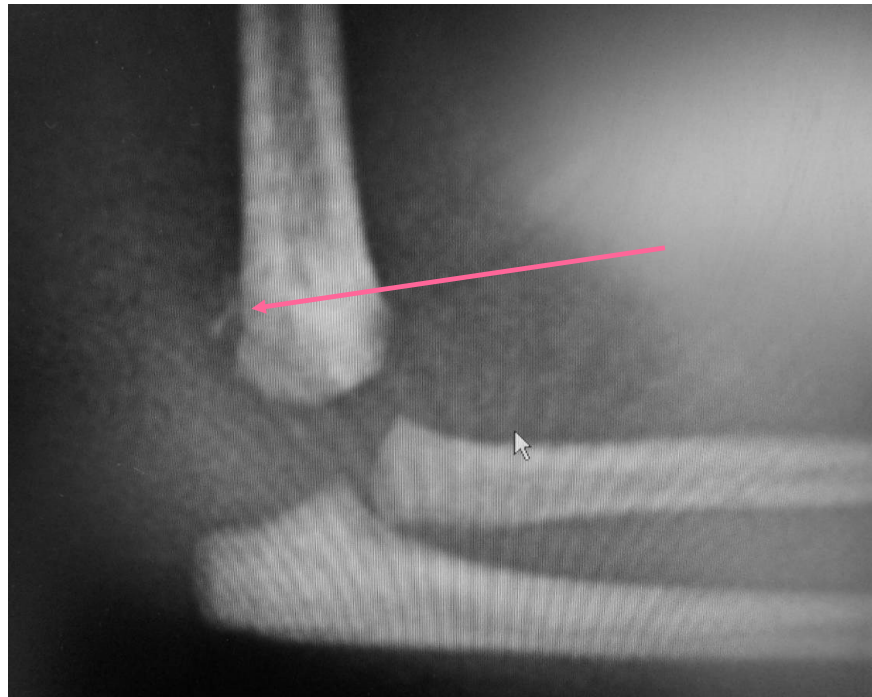
**Décollement épiphysaire
fémur distal droit**

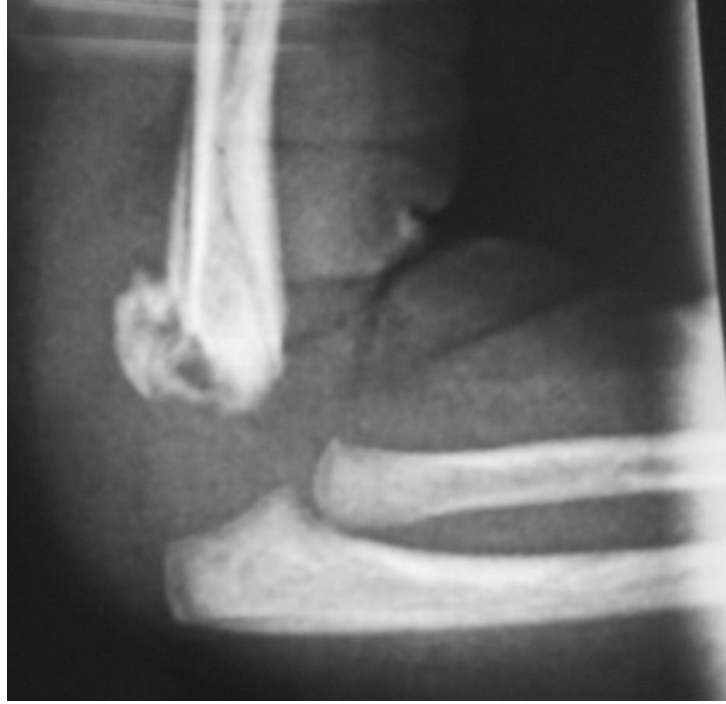


- Cal de consolidation à J + 15
- Apparition du noyau épiphysaire









Diagnostic différentiel

- Pseudarthrose congénitale
 - Clavicule :
 - à droite, indolore
 - Squelette jambier (NFRK)
 - Squelette avant-bras
- Ostéoarthrite septique :
 - Contexte clinique,
échographie
- POPB : lésion associée



PARALYSIE OBSTETRICALE DU PLEXUS BRACHIAL

- Fréquence : relativement rare
- Formes : atteinte partielle ou totale
- Évolution :
 - Récupération complète : cas le plus fréquent
 - Parfois séquelles graves
- Traitement :
 - Rééducation
 - Chirurgie

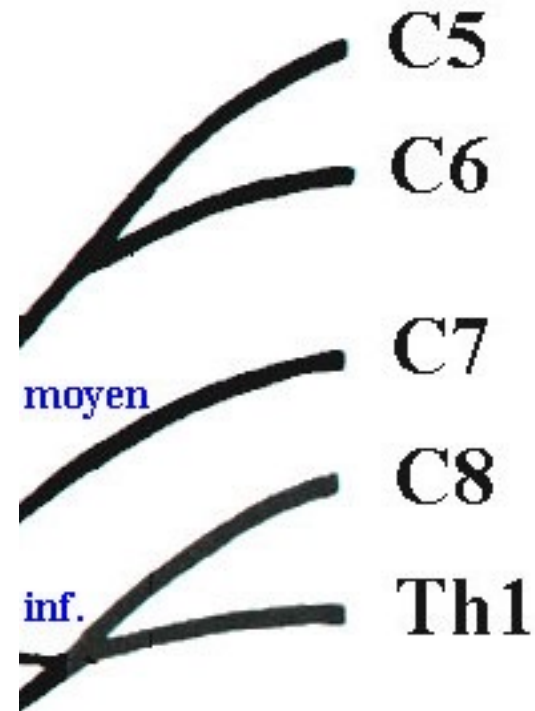


ANATOMIE PLEXUS BRACHIAL

- Branches ventrales :
C5, C6, C7, C8 et T1

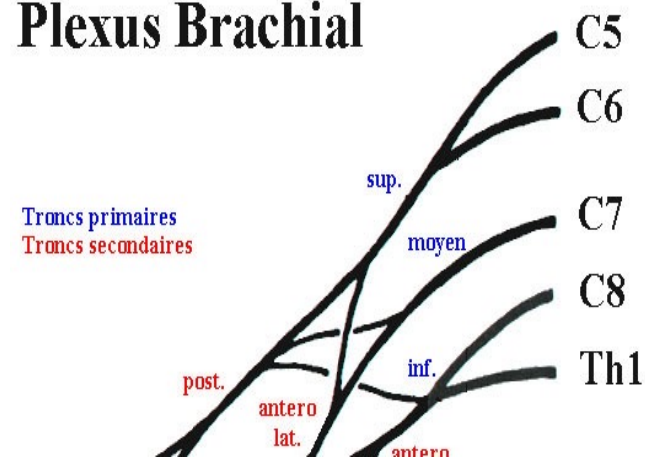
Troncs primaires (TP) :

- C5 C6 : TP supérieur
- C7 : TP moyen
- C8T1 : TP inférieur



- Troncs secondaires (TS) :
 - TS postérieur (TSP) : Branches postérieures des trois TP
 - TS antérolatéral (TSAL) : Branches antérieures des TP supérieur et moyen
 - TS antéro-médial (TSAM) : Branche antérieure du TP inférieur

Plexus Brachial



ANATOMIE PLEXUS BRACHIAL

Branches terminales :

– TSP :

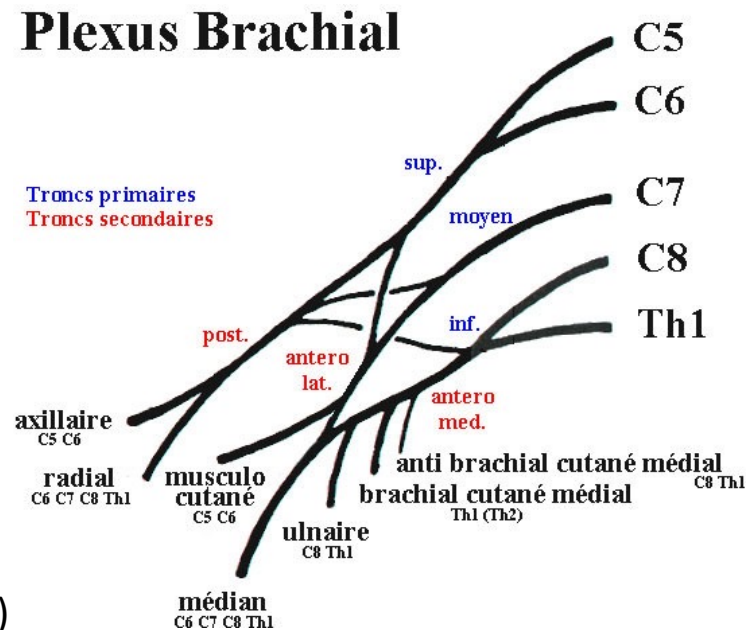
- N. axillaire (C5, C6)
- N. radial (C6,7, 8, T1)

– TSAL :

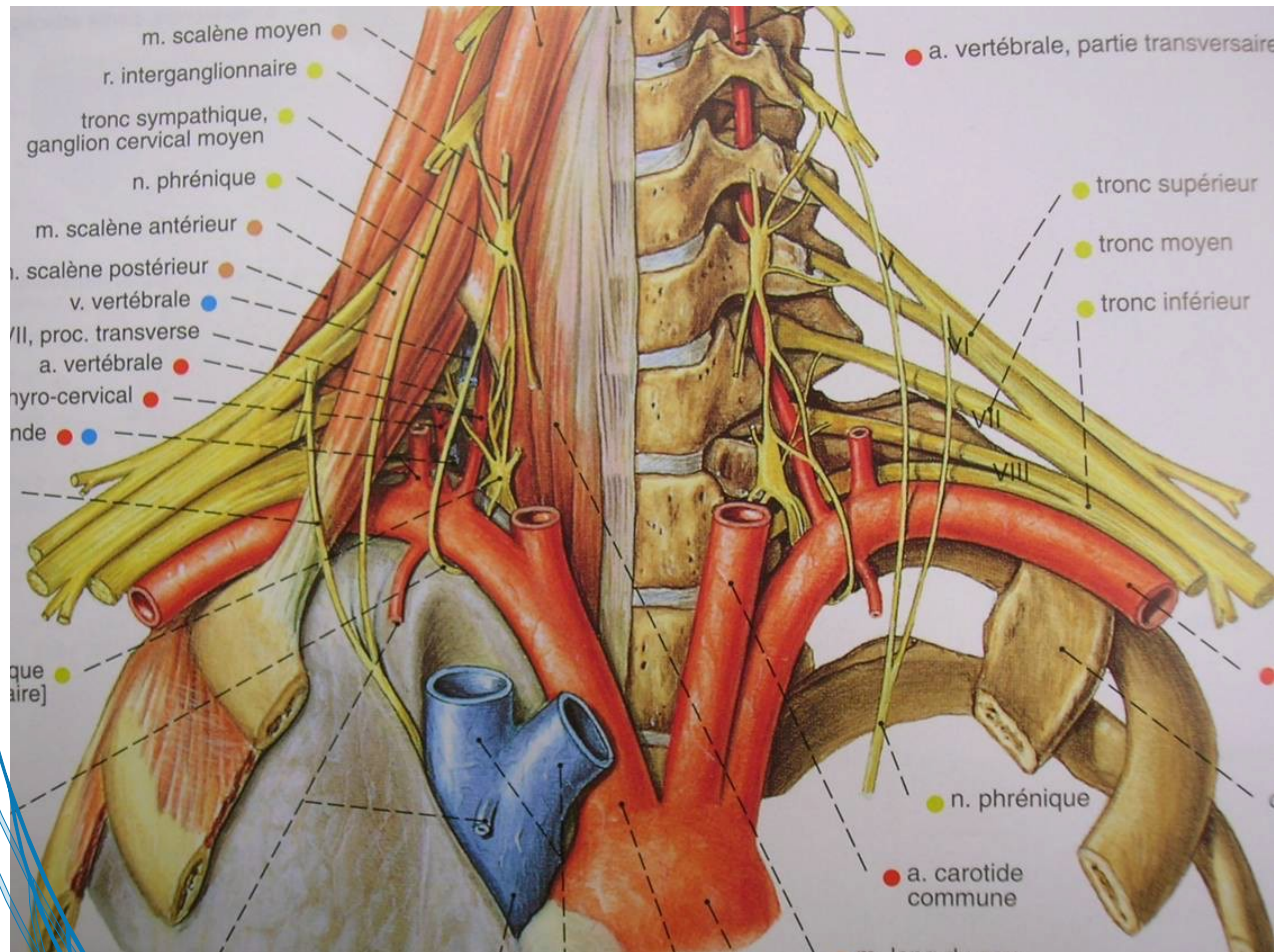
- N. musculocutané (C5, C6)
- N. Médian (C6,7, 8, T1)

– TSAM :

- N. Médian (C6,7, 8, T1)
- N. ulnaire (C8, T1)
- N. brachial cutané médial (C8 T1)
- N. anti brachial cutané médial (T1)

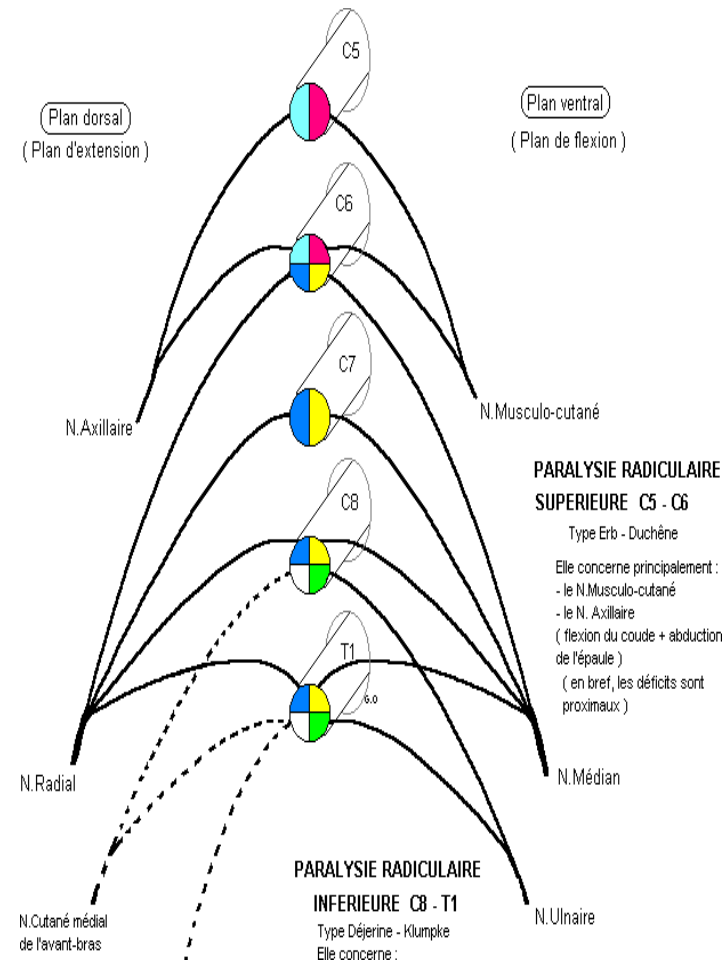


PLEXUS BRACHIAL



ANATOMIE FONCTIONNELLE

- Épaule :
 - Abduction et RE : C5C6
 - Adduction et RI : C5 à T1
- Coude :
 - Flexion : C5C6
 - Extension : C6C7C8



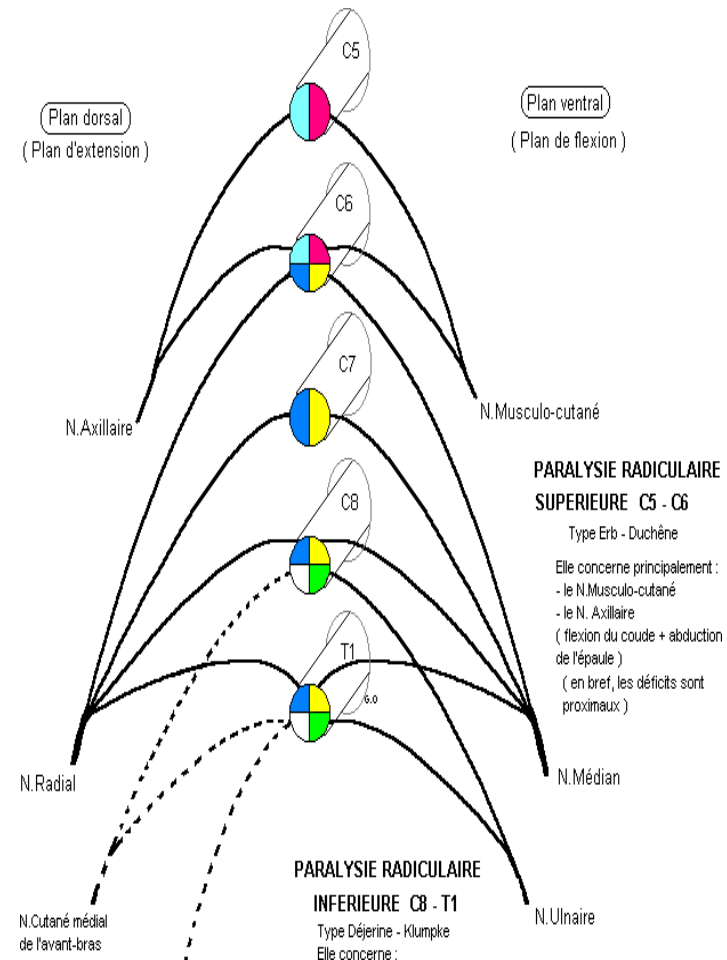
ANATOMIE FONCTIONNELLE

* Poignet :

- Flexion : C6C7C8
- Extension : C5C6C7
- Supination : C5 C6
- Pronation : C6T1
- Inclinaison radiale : C5C6C7
- Inclinaison ulnaire : C7C8

• Doigts : C8 T1

- Flexion doigts : C7C8T1
- Intrinsèques : C8T1



EPIDEMIOLOGIE

- Incidence : 0,4 et 1,5 / mille naissance
- Facteurs de risque :
 - Obstétricaux :
 - Dystocie des épaules (80%)
 - Fœtaux :
 - Poids de naissance > 4 kg (sommet, 40%)
 - Prématurité (siège)
 - Maternels :
 - Primiparité
 - Prise pondérale importante > 20kg

ETIOLOGIES

- **Traumatique :**
 - élongation du plexus brachial durant l'accouchement
 - augmentation distance tête et épaule :
 - **Présentation céphalique :**
traction sur la tête
 - **Présentation siège :**
traction sur le bras
- **Autres théories :**
 - **Malformatives**
 - Vasculaires
 - Malpositionnelles

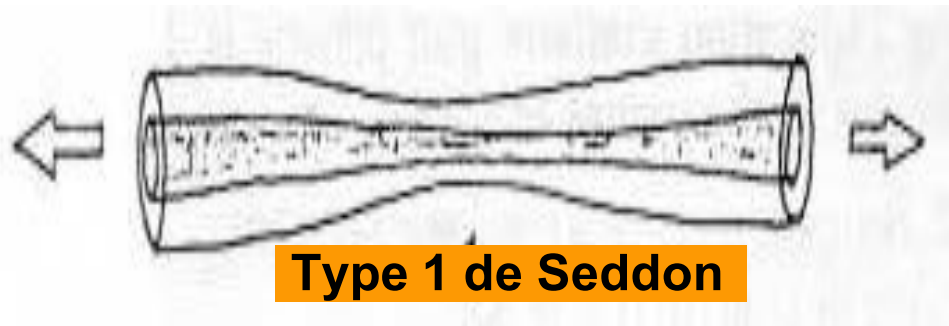


PHYSIOPATHOLOGIE

Trois types de lésions nerveuses :

- Élongation radiculaire
- Rupture radiculaire partielle ou totale
- Avulsion radiculaire

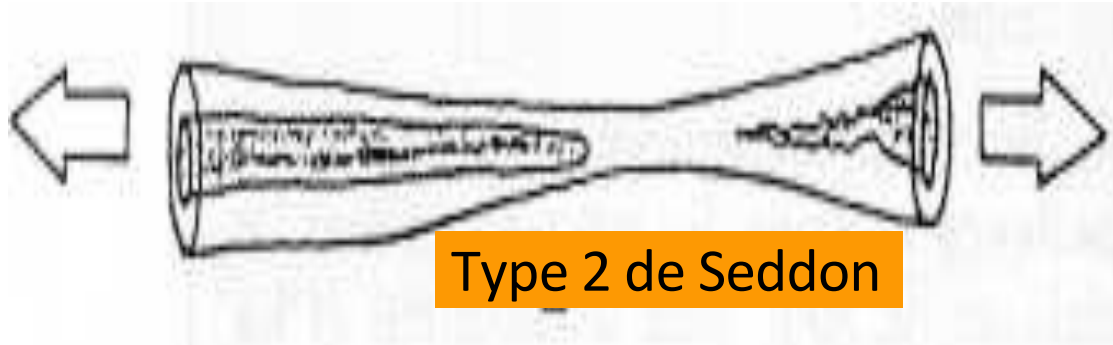
Élongation : neurapraxie



Type 1 de Seddon

récupération spontanée

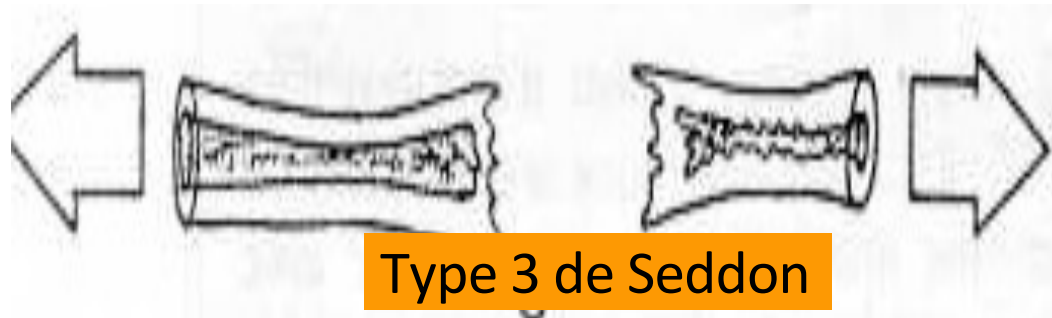
Rupture radiculaire partielle : Axonotmésise



Type 2 de Seddon

Récupération spontanée possible Erreur d'aiguillage

Rupture radiculaire totale : Neurotmésis



Type 3 de Seddon

Aucune récupération spontanée
Accessible à une réparation chirurgicale directe

Avulsion radiculaire : racine arrachée au ras de la moelle



Aucune récupération spontanée
Réparation directe impossible

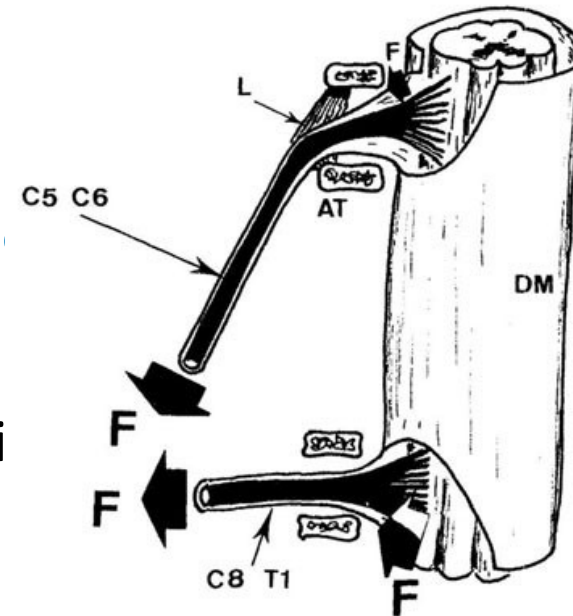
=> Fréquence des lésions proximales

- Topographie et chronologie :

Orientation des racines :

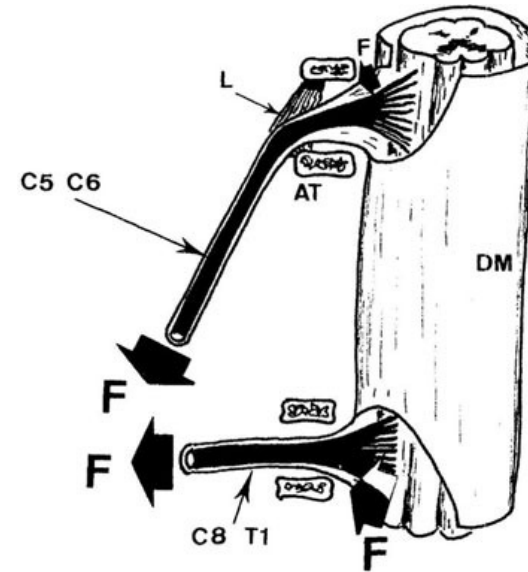
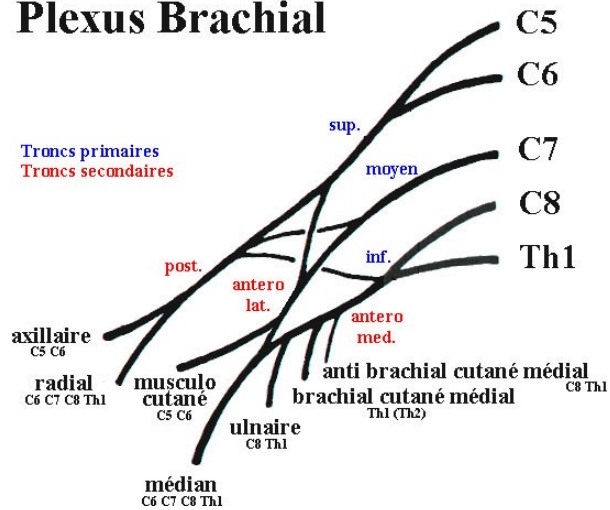
- > C5, C6 et C7 : Direction descendant
- > C8 et T1 : Direction horizontale

- Les lésions siègent au niveau proxi (racine et TP)



Protection / vulnérabilité

Plexus Brachial



Orientation des racines
Inclinées C5C6C7= vulnérables

Ligament antéropostérieur en C5C6
+ résistantes à l'avulsion

FREQUENCE LESIONS PROXIMALES

FREQUENCE AVULSIONS DISTALES

- Chronologie des lésions sous l'effet de la traction

- L'atteinte est d'abord proximale puis distale

- 4 stades :
A, B, C et D

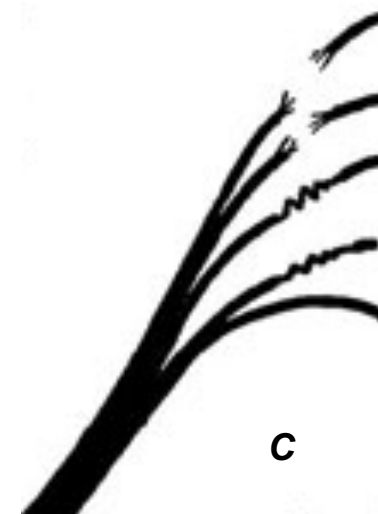
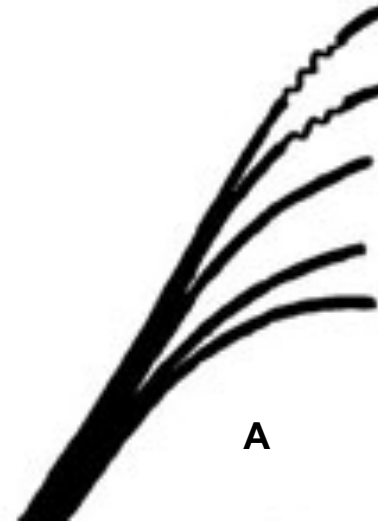
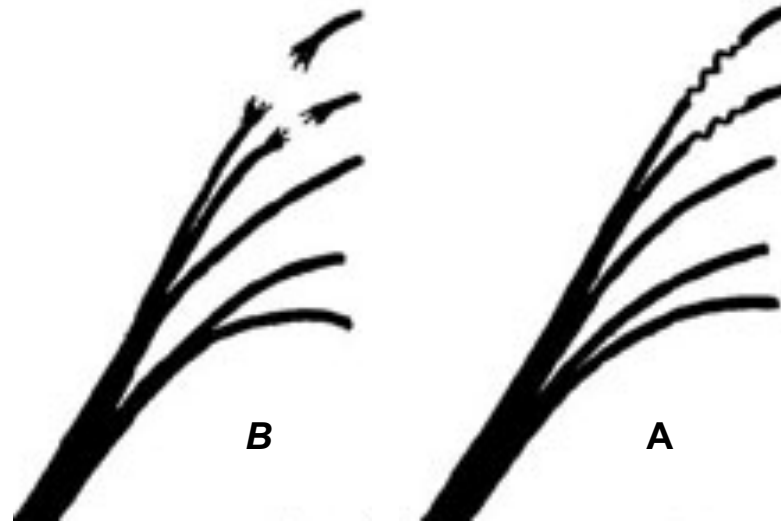


Tableau clinique

- Contexte clinique :
 - Accouchement dystocique
 - Poids de naissance élevé
- Monoplégie flasque
- Mobilisation douloureuse
- Testing musculaire
- Analyse mouvements réflexes :
 - Pas de réflexe de Moro
 - Réflexe de grasping ± present



Testing musculaire

Analyse le mouvement involontaire déclenché par l'excitation du territoire cutané en regard du muscle
(Classification du *British Medical Council* : de 0 à 3)

- 0 : aucune contraction - 1 : ébauche de mouvement
- 2 : mouvement sans pesanteur - 3 : contre pesanteur



Récupération de la force du biceps
Évolution à chaque consultation

Diagnostic topographique

- Atteinte C5C6 : plus de 50%
 - Épaule en adduction et rotation interne
 - Coude en extension
 - Avant bras en pronation
 - Poignet en extension
 - Réflexe de Moro absent
 - Grasping présent



- **Atteinte C5C6 + C7 :**

- **Poignet en flexum et inclinaison ulnaire**
- **Absence d'extension active du poignet**
- **Main fermée**



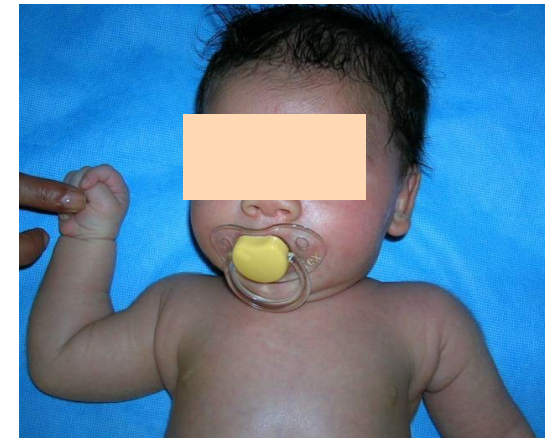
- **Atteinte totale :**

- **Aspect marbré**
- **Membre complètement ballant**
- **Flexum digital**

Avec souvent

Syndrome Claude Bernard Horner :

- **Ptôsis**
- **Myosis**
- **Enophtalmie**



Lésions associées ou Diagnostic différentiel

- Fracture de la clavicule
- Fracture de l'humérus
- Décollement épiphysaire palette humérale
- **Ostéoarthrite de l'épaule**
- **Atteinte neurologique centrale**



Examens complémentaires

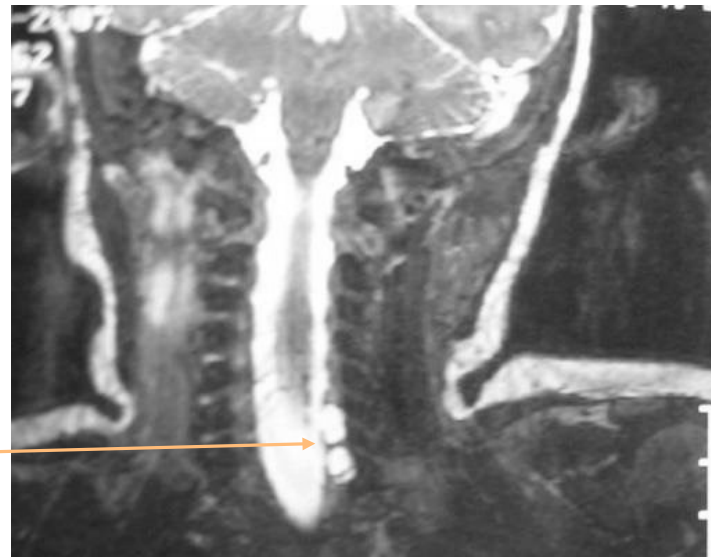
Période néonatale :

- Radiographie : fracture obstétricale associée
- Radiographie thorax : atteinte de C4

Pré-opératoire :

- EMG
- **IRM**

Pseudoméningocèle



Évolution

- Récupération totale et précoce : le plus souvent
=> lésions neurapraxiques
- Récupération partielle :
 - Épaule : rotateurs externes
 - Coude : biceps
- Absence totale de récupération : membre ballant, troubles trophiques et de croissance...

Séquelles

- Limitations amplitudes articulaires
- Déformations articulaires
- Troubles de croissance



Luxation postérieure progressive tête humérus



Pronostic

- Éléments de mauvais pronostic :
 - Atteinte totale
 - Poids > 4 kg
 - Absence de récupération du biceps entre 3 et 6 mois

Conduite à tenir

Naissance – 3 semaines : Immobilisation (Pas de Kiné)

Récupération partielle ou absente
= Kiné (1/j) + Testing musculaire (1/mois)

Bilan 3 – 6 mois

Récupération totale

Biceps récupère
=
Rééducation

Pas de biceps
=
Chirurgie du plexus

**Récupération partielle
suffisante**

Séquelles épaule
=
Chirurgie secondaire

Rééducation

- But :
 - Lutter contre les rétractions et les déformations
- Surtout : la rotation externe coude au corps omoplate bloquée
- Former les parents : Travail pluriquotidien
- Éviter les attelles en rotation externe/abduction

Chirurgie secondaire

Récupération du biceps entre 3 et 6 mois

=

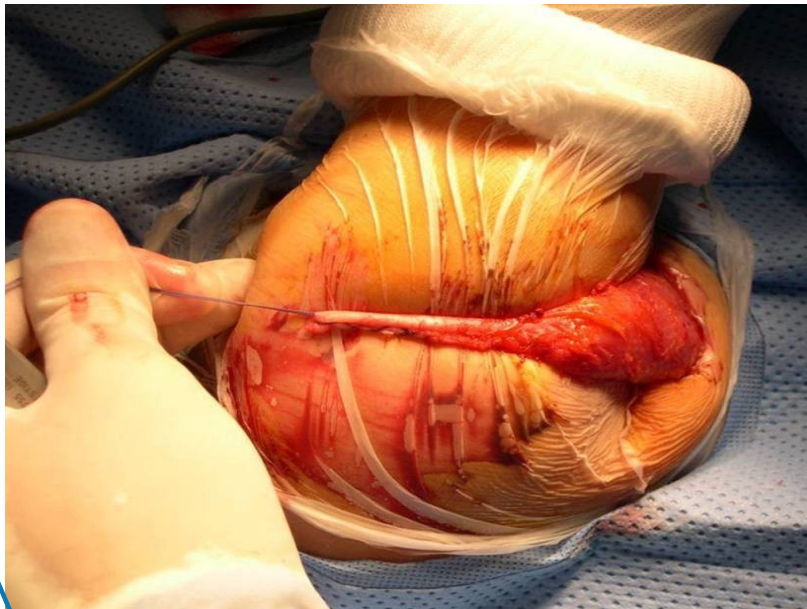
Risque de rétraction capsulo-ligamentaire

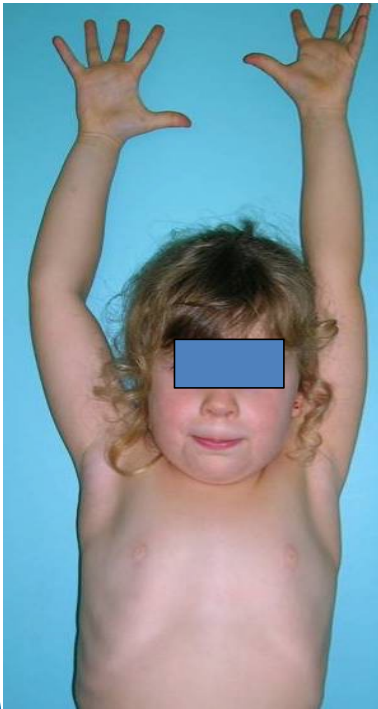
- POPB partielle :
 - Fixation progressive de l'épaule en rotation interne

Chirurgie vers 14m – 20m



- Épaule : réanimation de la rotation externe
 - Arthrolyse antérieure (classique / arthroscopie)
 - Transfert du grand dorsal





**J+2 ans arthrolyse sous arthroscopie associée
à un transfert du grand dorsal**

Non récupération biceps à 3 - 6mois

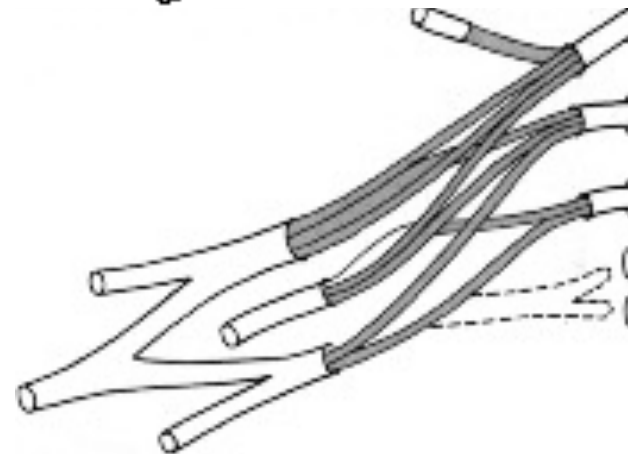
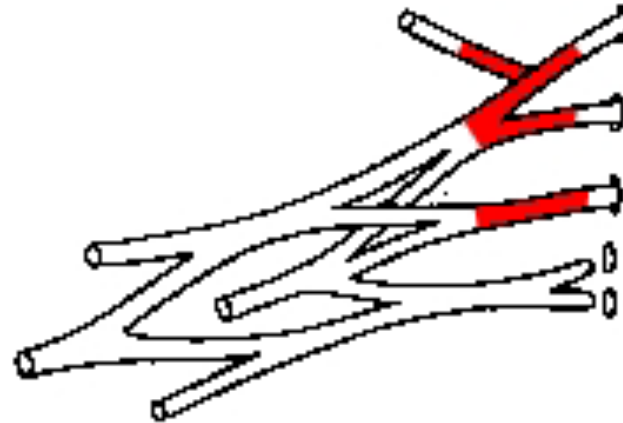
=

Greffe nerveuse

- POPB totale :
⇒ Greffe nerveuse (entre 3 et 6 mois)

Pronostic le plus souvent mauvais

- POPB partielle :
=> Greffe nerveuse C5C6 (entre 3 et 6 mois)



Chirurgie tardive

- Épaule : chirurgie dernier recours
 - Ostéotomie dérotation humérus
 - Arthrodèse de l'épaule



Conclusion

- Relativement rares
- Les fractures obstétricales :
 - De diagnostic facile
 - Pronostic excellent
- Les POPB :
 - Prise en charge bien codifiée
 - Pronostic souvent favorable
 - Atteinte totale : mauvais pronostic
 - Suivi tout au long de la croissance
 - Prévention!





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AMÉLIORATION DES PRATIQUES ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Annonce d'un dommage associé aux soins

L'annonce d'un dommage associé aux soins consiste avant tout à établir un espace de dialogue entre soignant et patient visant à maintenir ou restaurer une véritable relation de confiance. Elle s'inscrit également plus largement et durablement dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, contribuant ainsi au développement d'une culture de sécurité des soins.

POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

- Un dommage est la conséquence d'un événement indésirable dont l'origine peut être diverse : complication liée à la pathologie du patient, aléa thérapeutique, dysfonctionnement ou erreur. Selon les cas, le dommage peut avoir des répercussions physiques, psychologiques, voire sociales et matérielles. Annoncer un dommage consiste donc à prendre en considération le patient et à reconnaître sa souffrance, ce qui contribue à le soulager, à l'apaiser, et par voie de conséquence, à apaiser une relation soignant-patient parfois mise à mal.
- L'annonce d'un dommage constitue une étape indispensable dans la relation soignant-patient, permettant d'apporter une réponse aux attentes exprimées par le patient. Cette annonce correspond non seulement à une obligation éthique et légale¹, mais elle s'inscrit également dans une démarche de gestion des risques visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins, et contribue à rendre le patient acteur de sa santé.
- Lorsqu'un patient a subi un dommage associé aux soins, il revient aux professionnels de l'informer au plus vite, de préférence dans les 24 heures, sans excéder 15 jours après sa détection ou la demande expresse du patient (en application de l'article L. 1142-4 du Code de la santé publique). Une communication rapide évitera d'accroître son angoisse, voire sa colère, et traduira l'attention et le souci qui lui sont portés tant sur le plan physique que psychologique.

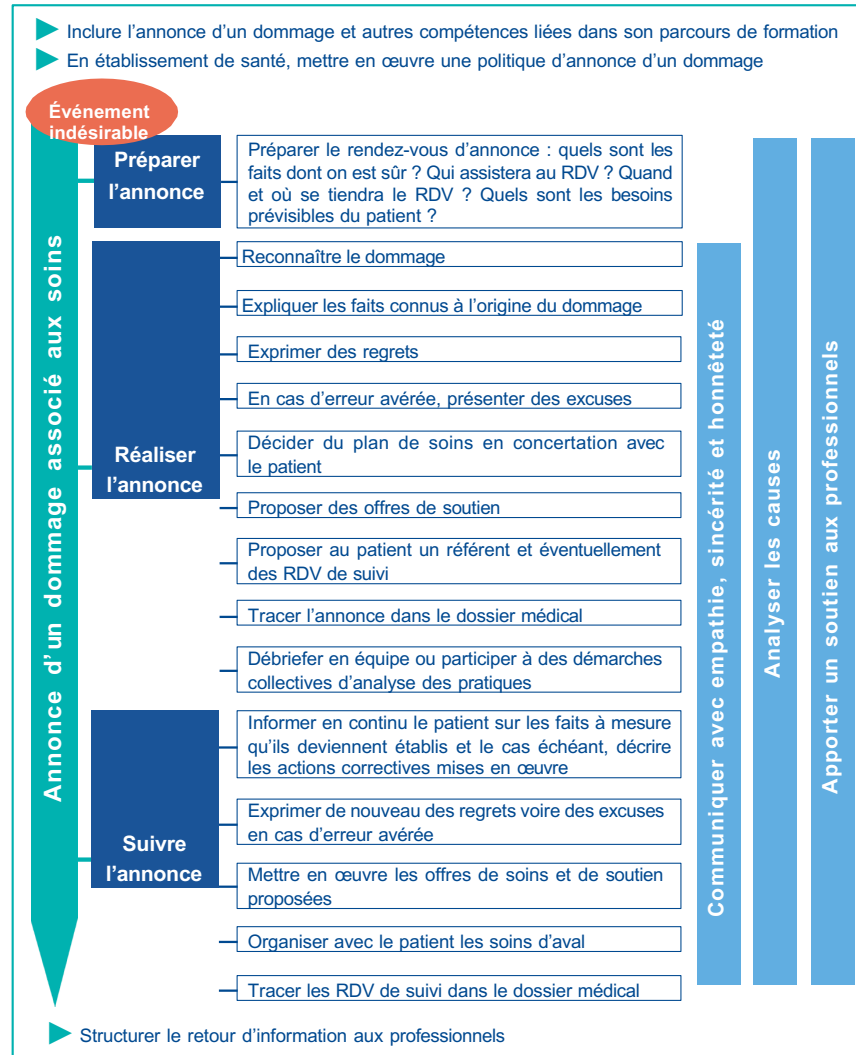
POURQUOI EST-CE DIFFICILE ?

- Expliquer au patient les « quoi ? », « pourquoi ? », « comment ? » et autres questions liées au dommage est un exercice difficile. Le manque de formation, la difficulté à gérer ses propres émotions (culpabilité, sentiment d'échec, anxiété, etc.) et la crainte d'une éventuelle plainte font que souvent les professionnels ne savent ni comment faire ni comment dire, et peuvent donc être découragés à l'idée d'initier une telle démarche.
- Pourtant, plusieurs études ont montré qu'une annonce bien menée suite à la survenue d'un dommage tend à répondre aux attentes du patient, à renforcer sa confiance envers le soignant et à limiter une judiciarisation de l'événement. Annoncer un dommage place plus largement le professionnel dans une démarche de questionnement quant à ses pratiques, puisqu'il sera incité à analyser les causes à l'origine des événements indésirables, et le cas échéant à mettre en œuvre des actions pour améliorer la prise en charge des patients.
- Le guide « Annonce d'un dommage associé aux soins » vise à accompagner les professionnels dans cette démarche empreinte de transparence et d'humanité.

1. L'article L. 1142-4 dispose que « Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage ».

LES TROIS TEMPS DE L'ANNONCE

L'annonce d'un dommage s'inscrit dans une démarche de gestion des risques, qui comprend le signalement des événements indésirables, l'investigation systématique des causes, la mise en œuvre d'actions correctives lorsque des défaillances ont été révélées et le suivi de ces actions correctives. Pour réussir cela, il est indispensable d'instaurer une culture de sécurité, elle-même bâtie notamment sur une vision pédagogique et non punitive de l'erreur², une communication entre professionnels fondée sur la confiance et la transparence, etc.



2. Si l'impunité n'est pas de mise, la culture non punitive de l'erreur permet aux professionnels d'améliorer leurs pratiques en les analysant de manière approfondie, sans pour autant redouter au sein de leur établissement une éventuelle recherche de responsabilité que seul un juge est habilité à déterminer.

DIX REPÈRES INCONTOURNABLES

L'annonce d'un dommage peut être déclinée autour de 10 points clés ; autant de repères tous aussi indispensables les uns que les autres.

Acquérir/perfectionner des connaissances et compétences en communication

- Être formé à l'annonce d'un dommage (formation initiale et continue)
- Participer à des démarches collectives d'amélioration des pratiques professionnelles
- Apprendre à gérer ses émotions ainsi que celles du patient

Communiquer de manière respectueuse, claire, sincère et transparente avec le patient

- Informer le patient en continu
- Éviter le « jargon » médical, être vigilant à son langage corporel
- Écouter le patient, lui permettre d'exprimer ses émotions et de poser des questions

Communiquer sur des faits connus et sûrs

- Ancrer sa communication dans l'exactitude des faits, sans se culpabiliser

Reconnaître le dommage

- Informer le patient qu'il a subi un événement non souhaité
- Ne pas nier le dommage ni culpabiliser le patient

Exprimer des regrets voire des excuses

- « Nous sommes désolés de ce qui vous arrive » résume par exemple l'empathie des professionnels face au dommage subi par le patient. En cas d'erreur avérée, les regrets doivent être accompagnés d'excuses ; excuses qui ne doivent ni jeter le blâme sur soi-même ou un tiers ni signifier la reconnaissance d'une responsabilité médico-légale

Répondre aux besoins du patient

- Prodiger les soins adéquats pour atténuer les conséquences de l'événement
- Organiser la continuité des soins
- Proposer, en sus du soutien médical, un soutien psychologique, social ou spirituel selon le cas
- Anticiper des besoins spécifiques, tels que la présence d'un interprète

Prendre en compte l'entourage du patient

- Avec l'accord explicite du patient, associer ses proches à l'annonce du dommage

Respecter la confidentialité

- Respecter le droit à la confidentialité et à l'intimité du patient
- Organiser tous les échanges dans un lieu adapté, calme et confortable

Respecter l'individualité du patient

- Considérer la gravité du dommage selon le point de vue du patient
- Ajuster la démarche d'annonce au cas par cas

Répondre aux besoins des professionnels

- En établissement de santé, organiser un circuit de soutien pour les professionnels
- En ville, rechercher un soutien extérieur, ou auprès de ses pairs, pour ne pas être isolé le moment venu



LA DYSTOCIE DES EPAULES

DR Ph. MIRONNEAU

Dijon

MàJ Février 2023

DEFINITION


- 1) La dystocie des épaules est une complication rare mais gravissime de l'accouchement
- 2) Elle est presque toujours imprévisible
- 3) Son incidence est moins fréquente que ce qui est décrit dans la littérature car elle inclut la difficulté aux épaules 0,5 à 1%
- 4) La dystocie des épaules est caractérisée par l'absence d'engagement des épaules après l'expulsion de la tête fœtale qui reste collée et même aspirée contre la vulve
- 5) Souvent en relation avec un excès de volume fœtal . Sa fréquence augmente avec le poids fœtal allant jusqu'à 10%
Pour un enfant de plus de 4500g

Conséquences

- Responsable d'anoxie ou d'asphyxie perinatale entraînant la mort dans 23% des cas
- Des séquelles neurologiques centrales avec retard mental dans 20 % des cas
- Des lésions périphériques neurologiques en particulier la paralysie du plexus brachial 1,5 /1000 naissances
- Des lésions traumatiques osseuses :
 - fracture de la clavicule
 - fracture de l'humérus

Facteurs de risques

- ✓ Macrosomie > 4000 g
- ✓ Diabète maternelle surtout diabète insulino dépendant, diabète de type II et plus occasionnellement diabète gestationnel
- ✓ Obésité maternelle
- ✓ Antécédents de dystocie
- ✓ Terme dépassé
- ✓ Multiparité
- ✓ Travail long en particulier 2^{ème} phase de dilatation
- ✓ Manœuvres d'extraction instrumentale :
Ventouses - Forceps - Spatules



Les mécanismes de la dystocie des épaules pouvant entraîner une paralysie du plexus brachial

La propulsion foetal

- La Propulsion foetale entravée entraine une paralysie du plexus brachial avant même l'engagement des épaules : l'épaule butant sur la symphyse pubienne ou le promontoire ce qui entraine un étirement des racines nerveuses par allongement de la distance tête/épaules lorsque la tête descend dans l'excavation pelvienne et s'engage

Mécanisme désormais couramment admis dans la genèse du plexus brachial



La malposition fœtale in utéro

- Mécanisme rare
- La lésion nerveuse est constituée in utéro avant la mise en route du travail
- Souvent dès la naissance présence d'une amyotrophie d'un torticolis congénital
- Intérêt de l'examen pédiatrique initial, de la prise de photos du nouveau né
- Obliger le pédiatre à demander un électromyogramme dans la première semaine de vie qui confirme la constitution anté natale de la lésion
- Mécanisme rare

LA TRACTION CEPHALIQUE EXAGEREE

- . L'étirement est dû à la traction ou à la rotation exagérée de la tête par l'obstétricien
- . La joue fœtale est souvent amenée contre l'anus de la mère
- . Les marques sous formes d'hématomes sont souvent présentes sur la joue du fœtus
- . Lésions du plexus alors qu'il n'y avait parfois qu'une simple difficultés aux épaules ou non reconnaissance d'une véritable dystocie qui ne peut de toute façon être résolue de cette manière.
- . C'est dans ce cas que la responsabilité de l'accoucheur peut-être retenue





Les manœuvres de réduction de la dystocie des épaules

Elles doivent être réalisées rapidement dès le diagnostic posé en première intention

La manœuvre de Mac ROBERTS

Hyper flexion et abduction des cuisses et pression sus pubienne

L'opérateur qui exerce l'appui sus pubien est si possible du côté du dos du fœtus . Cette manœuvre nécessite en principe la présence de 3 personnes dans la salle de travail





La manœuvre de WOOD inversée ou la manœuvre de LETELLIER


Pour le WOOD inversé ou la manœuvre de LETELLIER l'épaule postérieure est engagée et bloquée dans l'excavation pelvienne, Rotation de l'épaule postérieure de 180° pour l'amener sous la symphyse pubienne

La manœuvre de LETELLIER

- Main active en regard du dos foetal,. Après avoir repérer l'épaule postérieure la main crochète l'aisselle d'arrière en avant ,L'épaule est poussée en direction du pubis puis on tire en avant en effectuant une vrille

La manœuvre de JACQUENIER

- Rétention au dessus détroit supérieur, Opérateur à genoux, Main inversée au dos foetal. La main est introduite, lubrifiée et repère l'épaule postérieure, suit le bras et l'avant bras puis on tire le bras dans l'axe ombilicoccygien pour dégager ce bras postérieur



Retour d'analyse des rapports
d'expertises concernant les
plaintes au TGI ou en CRCI sur
10 ans auprès du Cabinet
BRANCHET



1) 25 rapports d'expertise

2) 21 experts gynécologues obstétriciens
différents

18 experts pédiatriques, neuropédiatres ou
orthopédistes différents



Ce que rapprochent les parents :

1. L'absence de césarienne
2. L'absence d'information et de considération après l'accident



Ce que cherchent à démontrer les experts :

- En fait l'absence d'indication de césarienne prophylactique
- La légitimité de l'accouchement par les voies naturelles
- L'absence de faute de l'obstétricien
- Le caractère imprévisible et inévitable de la dystocie en en faisant par le fait un ALEA



Ce que regardent les experts :

- La qualité de suivi de grossesse
- L'existence dans le dossier d'un examen clinique complet
- La mesure de la hauteur utérine
- La recherche du diabète gestationnel
- La réalisation des 3 échographies obligatoires
- La présence de l'obstétricien lors de la phase d'expulsion
- La rapidité du diagnostic de la dystocie
- La chronologie des manœuvres
- La durée de la phase d'expulsion
- L'examen pédiatrique initial avec le coté atteint par le plexus
- La rapidité de la prise en charge de l'enfant (kinésithérapie, avis d'un orthopédiste ou d'un neurochirurgien référent)




Ce que l'expert ne discute pas trop :

- La hauteur utérine élevée > 36 cm quand elle est notée (la mesure est en effet souvent difficilement interprétable en raison de l'obésité de la patiente)
- Les chiffres de la glycémie ou la recherche du diabète quand il n'y pas de facteurs de risques évident
- Les ATCD d'accouchement de gros enfants même difficiles (Forceps – Ventouses)
- La durée du travail




Ce que l'expert ne discute pas :

- La présence d'un compte rendu détaillé d'accouchement notamment la description détaillée des manœuvres effectuées
- La présence du pédiatre
- La réalisation de la recherche du diabète entre 24 et 28 SA
- La réalisation d'une échographie supplémentaire même quant le biométrie est > 90% percentile à 32SA
- La pelvimétrie
- La réalisation d'une épisiotomie



RETOUR D'ANALYSE DE LA BASE REX
GYNERISQ ENTRE 2009 ET DECEMBRE 2012
CONCERNANT LES DECLARATIONS SUR LES
DYSTOCIES DES EPAULES

- DR Ph. MIRONNEAU
- ORLY 2 FEVRIER 2013

- 
- 109 DECLARATIONS SUR 12000 soit 0,9% des déclarations concernent un problème de dystocie des épaules



- **1) AGE DES PATIENTES :**

- - Entre 16 et 41 ans
- Moyenne 32 ans


- **2) PARITE :**

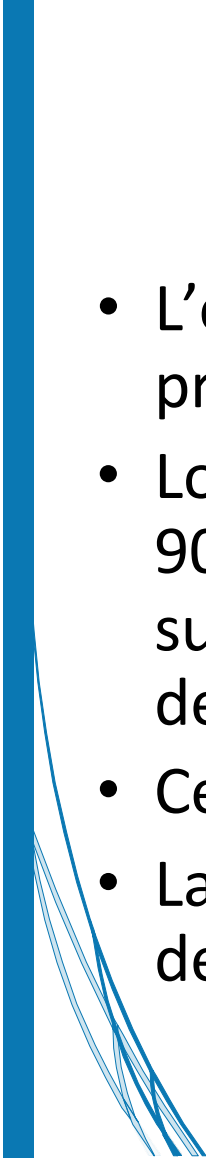
- **47** I Pare
- **31** II Pare
- **15** III Pare
- **5** IV Pare
- **6** V Pare
- **1** VI pare

- -> ATCD Familiaux de diabète
 - 2 diabètes de type II
- -> ATCD Personnel de diabète
 - 3 diabètes insulino-dépendant
- - Poids moyen 82,2 kg (55 à 127 h)
 - Prise de poids pendant la grossesse quant disponible : 23kg (jusqu'à 35 kg) BMI = 27,6



Toutes les femmes ayant accouchées d'un enfant de poids normal avec un plexus avaient eu une prise de poids d supérieure à 25kg (défaut de progression par propulsion entravée par la masse graisseuse)

- 
- La glycémie à jeun n'est retrouvée que dans 12% des dossiers
 - La recherche du diabète gestationnel par le test O'SULLIVAN ou l'HGPO n'est présent que dans 48% des dossiers

- 
- L'échographie du 3^{ème} trimestre est toujours présente
 - Lorsque les mensurations sont supérieures au 90^e percentile, une échographie supplémentaire n'est prescrite que dans 28% des cas
 - Celle-ci est généralement effectuée à 36 SA
 - La pelvimétrie n'est disponible que dans 12% des dossiers

DEROULEMENT DU TRAVAIL

- Seuls 31% des dossiers sont réellement exploitables (mais il y a encore peu d'EPR disposant d'un questionnaire ciblé complet)
- Terme : entre 35 et 42 SA
- En moyenne 39 SA + 3
- Déclenchement spontané 84% des cas
- Dans la moitié des cas l'indication du déclenchement est pour RPM, dans 15% pour gros bébé, dans 10% pour convenance
- 97% de péridurale
- Durée moyenne de 2^{ème} phase de travail entre 8 cm et l'expulsion : 3H20 multipare
4H00 Primipare

POIDS FACTEUR

- 1) De 3030g à 5670g

35 enfants inférieurs ou égal à 4000g

60 enfants supérieurs à 4000g

=> Tous les enfants ayant un plexus et pesant moins de 4000g ont une mère présentant un excès pondéral et une prise de poids excessive



MANŒUVRES OBSTETRIQUES UTILISEES

- 1) En première intention
 - Mac ROBERTS

73 cas mais dans 49 cas on note un échec de cette technique
- 2) 6 manœuvres de WOOD
- 3) 4 manœuvres de LETELLIER
- 4) 51 cas de manœuvre de JACQUENIER



EXTRACTIONS INSTRUMENTALES

- 12 Forceps
- 26 Ventouses
- 9 Spatules
- 1 Césarienne

LESIONS FOETALES

- 35 cas de plexus dont 20 auraient régressés au bout d'un mois. Pas de note de procédure en cours
- 7 Fractures d'humérus
- 18 Fractures de clavicule
- 1 paralysie faciale
- 1 MFIU
- 2 décès dont 1 intra partum et 1 à J2 de vie
- 1 paralysie laryngée
- 10 enfants transférés, intubés, ventilés en néonatalogie
- 2 ont des séquelles neurologiques (ayant entraîné une demande rapide de dossier)
- Certaines enfants cumuleraient plusieurs lésions




LESIONS MATERNELLES

- 1) 4 Endométrites
- 2) 4 Périnéés complets
- 3) 4 périnéés complets compliqués
- 4) 1 césarienne : MFIU 5670g
Echec voie basse
ZAVANELLI puis césarienne

Etape de prévention



- **Rechercher les risques de Macrosomie**
 - 1) ATCD familiaux du diabète
 - 2) ATCD personnel du diabète
 - 3) Poids maternel (Dans la base REX toutes les paralysies du plexus d'enfant de poids normal sont issus de mère ayant un BMI >27 !!)
 - 4) ACTD d'accouchement de macrosomes ou d'accouchement difficile
 - 5) Terme dépassé
 - 6) Echographie de croissance entre 30 et 32 SA retrouvant des mesures > 90° percentile (périmètre abdominal, mesure la plus pertinente)



7) Mesure de la hauteur utérine

8) Dépister les diabètes de la grossesse

- Glycémie à jeun au premier trimestre

* Diagnostic du diabète de type II si glycémie sup ou égal 1,26

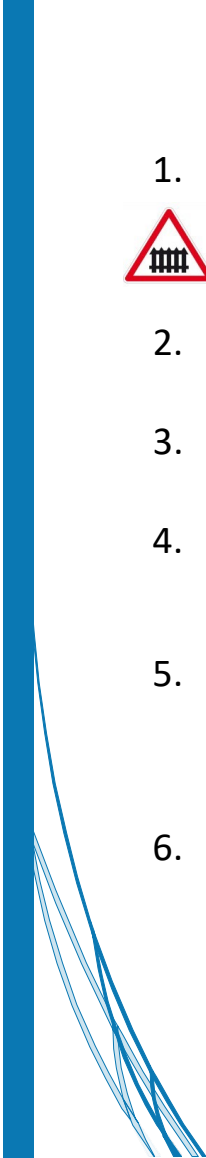

* Diagnostic de diabète gestationnel si glycémie sup ou égal 0,92

- Recherche du diabète gestationnel entre 24 et 28 SA HGPO
75g / 2 heures

* diabète gestationnel si glycémie sup ou égal 0,92 à jeun

sup ou égal 1,80 à 1h

sup ou égal 1,53 à 2h

- 
1. Noter clairement sur le dossier de la patiente ces éléments en notant le risque de gros bébé et de dystocie de façon à pouvoir organiser au mieux l'accouchement

 2. Prévenir l'accoucheur de garde dès l'entrée de la patiente
 3. Exiger sa présence en salle d'accouchement au moment de l'expulsion
 4. Être sûr d'être au moins 2 en plus de l'accoucheur au moment de l'expulsion pour la réalisation des manœuvres obstétricales
 5. Prise en charge correcte des diabètes gestationnels et surtout des diabètes insulinodépendants (L'équilibre du diabète ne garantissant pas un poids normal à la naissance)
 6. Demander une échographie supplémentaire si les mensurations et poids estimé supérieur au 90^e percentile lors de l'échographie de 32 SA aux alentours de 38 SA tout en sachant que l'échographie reste un élément peu pertinent pour l'estimation précise du poids fœtal à la naissance

Mais



- On conseil alors de faire une césarienne si :
 - » Poids foetal > 4500g pour une patiente porteuse d'un DID
 - » Poids foetal > 5000g pour les autres cas

Cette attitude augmentera le taux de césariennes, tout en sachant qu'il faut 1000 césariennes inutiles pour éviter une paralysie du plexus brachial



Suspecter la macrosomie au début et au cours du travail

- ❖ Revoir les éléments du dossier
- ❖ Mesurer la hauteur utérine au début du travail
- ❖ Evaluer les conditions locales à l'entrée de la patiente
- ❖ Surveillance de la progression de la dilatation sur le partogramme
- ❖ Se méfier d'une 2^{ème} phase de travail long
 - > 4h pour un multipare
 - > 5h pour une nullipare



- Prévenir l'accoucheur en début de travail pour ré-estimer la pertinence de l'accouchement par voie basse



- Demander la présence de l'accoucheur dès le début de l'expulsion

Etape de reconnaissance

- Diagnostiquer rapidement la dystocie



1) Dégagement relativement facile de la tête foetale

Les lésions d'anoxie peuvent survenir en moins de 3 minutes

2) Tête foetale reste collée à la vulve, voir est aspirée

- Notion de macrosomie

- Travail très rapide ou travail long surtout en 2^{ème} partie (à partir de 8cm)



- 1) Appeler l'obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre et s'assurer de la disponibilité d'au moins 2 autres personnes pour effectuer les manœuvres obstétricales
(une fois sur deux la dystocie était un effet imprévisible)
- 2) Avoir mis en place une procédure d'appel type Code Rouge comme pour les césariennes en urgences (les lésions d'anoxie peuvent être rapides)
- 3) Confier les patientes à risque à une sage femme expérimentée
- 4) Préparer l'échographe pour vérifier le côté du dos
- 5) Gants de délivrance prêt avec lubrifiant pour effectuer les manœuvres

Phase de récupération

1. Réalisation d'une manœuvre de MAC ROBERTS : Hyper flexion abduction des membres inférieurs de la patiente et pression sus pubienne avec le poing en se tenant pour l'aide du côté du dos du fœtus



Etre capable de justifier de la présence de 2 aides pour la réalisation du MAC ROBERTS



2. Si l'épaule est bloquée dans l'excavation pelvienne :
Réalisation des manœuvres de

- WOOD Inversée
- LETELLIER

3. En cas d'échec ou si épaule non engagée : manœuvre de JACQUENIER



- Ne jamais tirer ou effectuer des manœuvres de rotation de la tête fœtale



- Importance d'un tiers (conjoint) présent lors de l'accouchement pouvant attester qu'il n'y a pas eu de traction excessive sur la tête



- Etre formé à la réalisation des manœuvres obstétricales soit par lecture de DVD soit par des formations sur mannequin (formation GYNERISQ)



- Identifier le bras qui a été saisi au cours des manœuvres. Si les lésions traumatiques osseuses sont souvent sur les membres supérieurs saisis par des manœuvres, les lésions du plexus sont souvent controlatérales

Cela permet de confirmer que la manœuvre n'a pas entraîné le plexus sur le bras incriminé et conforte la théorie de la propulsion entravée

En cas d'accouchement compliqué et d'une suspicion de lésions traumatiques osseuses neurologique périphérique (plexus) ou anoxique

Examen pédiatrique et neurologique complet en salle de naissance



* Effectuer gaz du sang/ pH et ou lactate au sang du cordon

* Noter la présence d'éventuels hématomes notamment sur les joues, leurs absences attestant de l'absence de traction ou de rotation exagérée de la tête fœtale

* Noter l'existence d'une amyotrophie présente dès la naissance attestant d'une paralysie du plexus antérieur à l'accouchement et consécutive à une malposition fœtale

=> Electromyogramme en urgence à exiger du pédiatre

* Radiographie si suspicion de fracture de l'humérus ou de la clavicule

– Prise en charge pédiatrique rapide



» Prescription de kinésithérapie durant le séjour à la maternité



» Prévoir consultation spécialisée auprès d'un neurochirurgien ou d'un orthopédiste référent

- Information des Parents

- Rencontrer et informer les parents sur le problème lors de l'accouchement même si l'accoucheur ne connaît pas la patiente . Grief Elément retenu pour l'expert et le juge



NOM PATIENTE :

Date accouchement :

PERSONNEL SOIGNANT : Sage Femme :

	Présent à naissance	Appelé à	Arrivé à
Obstétricien :			
Anesthésiste :			
Pédiatre :			
Autres (à préciser)			

MODALITES EXPULSION : H dégagt tête :

spontanée extract° instrumentale



H dégagt corps :

Instrument :

Indicat° :

Rotation manuelle Rotation instrumentale

Nbre tractions :

variété engagt :

dégagt :

traction tête :

rotation tête :

MANŒUVRES EFFECTUEES : bras sous symphyse après dégagt tête :

Droit

Gauche

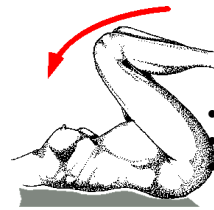
manoeuvre	ordre	opérateur
Mc Roberts	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Pression sus-pubienne	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
épisiotomie	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Wood	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Wood inversé	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Letellier	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Jacquemier	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Autres	1 2 3 4 5 6 7 8 9	

COMMENTAIRES :

CODE ROUGE

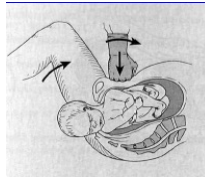
**RESTER
CALME**

**EPISIO SI
BESOIN**

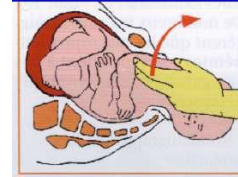


Mac Roberts

- Cuisses dégagées des étriers
- Ramenées au maximum sur l'abdomen
- Les genoux au contact du thorax



Poing sus-pubien

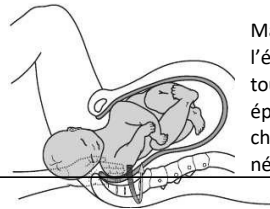


Manœuvre de Couder



Echec → Main et avant bras nus et savonnés sauf la paume ; droite si dos à gauche et gauche si dos à droite introduite en arrière → **Epaule post atteinte**

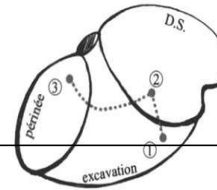
Wood inversé



Main se glisse en arrière de l'épaule post pour la faire tourner et la transformer en épaule antérieure avec changement de main si nécessaire

**ET
OU**

Letellier



Main repère l'épaule, crochète l'aisselle, la décolle du plan post en l'amenant en avant puis la tire en avant et en bas "en vrille"



Echec ou épaule post non atteinte
Changer de main et se mettre à genou jusqu'au bout



Jacquemier

Introduction en arrière de la tête du côté opposé au dos – trajet vers le sinus sacro-iliaque opposé au dos, en suivant l'axe ombilico-coccygien vers l'épaule post – suit le membre jusqu'à la main – extraction du membre supérieur, sans se relever, en le faisant passer en avant du thorax du fœtus pour amener l'épaule postérieure en avant

axe ombilico-coccygien de la mère

GYNERISQ'Attitude

LA DYSTOCIE DES EPAULES

Validée le 2 février 2013
En cours de révision, date de
validation prévue le 3 juin 2023

PREAMBULE

Le but des fiches « GYNERISQ » est de faire une mise au point pratique sur un sujet précis en termes de gestion des risques médicaux (GDRM) avec l'espoir d'en améliorer la prise en charge pour le bénéfice des patientes et des équipes soignantes. Ces risques médicaux sont volontiers doublés d'un risque médico-légal que l'on peut aussi espérer dans une certaine mesure prévenir.

Il ne s'agit donc pas de recommandations telles que peuvent les élaborer les sociétés savantes à partir d'une étude exhaustive de la littérature, Il ne s'agit pas de redéfinir non plus les conduites à tenir et des protocoles déjà validés par la profession, Il s'agit plutôt d'utiliser un retour d'expérience à partir de base de données alimentés par les adhérents de GYNERISQ, dite « base REX ». L'accent est mis sur les problèmes de prise en charge rencontrés en les comparant, lorsque cela est possible, à la prise en charge qui est, au moment de l'étude, officiellement et consensuellement souhaitable, Dès lors, nous essayons de dégager des causes à ces difficultés et de réfléchir à des mesures qui, si elles sont appliquées, pourraient éviter ses déviations. Dans le Jargon de la GDRM ces mesures sont appelées « barrières ». Nous les regroupons donc dans ces fiches que nous appelons GYNERISQ Attitudes pour bien les démarquer des recommandations professionnelles classiques.

Dans le cadre de la dystocie des épaules, 3^{ème} sujet choisi, la méthodologie a été la suivante :

1. Utilisation du retour d'expérience de la base REX de GYNERISQ - avec l'analyse des **109 déclarations** concernant des dystocies des épaules déclarées entre 2009 et 2012
2. Retour de **25 analyses d'expertise judiciaire** fournies par le cabinet d'assurance BRANCHET depuis 2002
3. Référentiel officiel sur la prise en charge du diabète au cours de la grossesse (CNGOF 2010)
4. Validation par le groupe des « experts » Gynérisq

Ces fiches « GYNERISQ' Attitudes » sont amenées à être adaptées en fonction bien sûr de l'évolution des techniques mais aussi en fonction des témoignages et commentaires des adhérents de GYNERISQ concernant notamment leur pertinence, fiabilité et efficacité.

Selon une présentation classique en GDRM, cette fiche énumère les barrières proposées aux **trois étapes théoriques de l'évènement** :

- Avant l'évènement : c'est l'étape de prévention
- Au moment du diagnostic de l'évènement : c'est l'étape de reconnaissance
- Au moment de la gestion de ces conséquences : c'est l'étape de récupération

ETAPE DE PRÉVENTION



La macrosomie ou excès de volume fœtal est reconnue comme le principal facteur de risque de la dystocie des épaules même si la moitié des enfants ont un poids normal <4000 g



Rechercher les situations potentiellement à risque de macrosomie et de dystocie des épaules

1. ATCD familiaux du diabète et ATCD personnel du diabète
2. Petite taille de la patiente < 1,50 m
3. Poids maternel (dans la base REX toutes les paralysies du plexus d'enfant de poids normal sont issues de mères ayant un BMI >27) - En cas de prise de poids importante pendant la grossesse, il est conseillé d'informer la patiente que c'est un risque de dystocie
4. ACTD d'accouchement de macrosome ou d'accouchement difficile
5. Terme dépassé
6. Echographie entre 30 et 32 SA retrouvant des biométries > 97,5° percentile (le périmètre abdominal étant considéré comme la mesure la plus pertinente)
7. Mesure de la hauteur utérine (en prenant en compte une mesure > 36cm)
8. Dépister les diabètes de la grossesse dès le début de la grossesse si BMI >25 - Voir les recommandations CNGOF 2010 disponibles sur le lien suivant
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf



BARRIERES :

1. Il est conseillé de **faire apparaître ces éléments dans le dossier de la patiente** en notant le "risque de gros bébé et de dystocie" de façon à pouvoir organiser au mieux l'accouchement
2. **Prévenir l'accoucheur de garde** dès l'entrée de la patiente
3. Exiger sa **présence en salle d'accouchement au moment de l'expulsion**
4. **Prise en charge correcte des diabètes** gestationnels et surtout des diabètes insulino dépendants (l'équilibre du diabète ne garantissant pas toutefois un poids normal à la naissance) (CNGOF 2010)
5. Prévoir une **échographie supplémentaire aux alentours de 38 SA**, si les mensurations et poids estimé supérieurs au 97,5° percentile lors de l'échographie de 32 SA, tout en sachant que l'échographie reste un élément peu pertinent pour l'estimation précise du poids fœtal à la naissance



On conseille alors de faire une césarienne si :

- Poids fœtal estimé > 4500g et diabète maternel
- Poids fœtal estimé > 5000g pour les autres cas

(Recommandations HAS 2012 sur "l'indication de la césarienne programmée à terme", disponibles sur le lien suivant http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2 clics_indications-cesarienne.pdf)

Tout en sachant qu'il faut un nombre élevé de césariennes pour prévenir la survenue d'une seule paralysie du plexus brachial (voir p 135 de l'argumentaire des RPC HAS 2012 sus-citées, disponible sur le lien suivant http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme?xtmc=&xtcr=6)



Rechercher les situations potentiellement à risque au début et en cours de travail



Il est conseillé

- **à l'admission de la patiente de**
 - revoir les éléments du dossier
 - mesurer la hauteur utérine et de prendre en compte une mesure >36cm
 - évaluer les conditions obstétricales locales
 - prévenir l'accoucheur pour ré-estimer, en cas de doute, la pertinence de l'accouchement par voie basse
- **pendant le travail de**
 - surveiller la progression de la dilatation sur le partogramme, en prenant en compte une vitesse de dilatation cervicale < 1cm/heure au-delà de 7cm
 - de demander, dans ces conditions, la présence de l'accoucheur, dès le début de l'expulsion,
 - d'être particulièrement méfiant avant de poser une indication d'extraction instrumentale dans ces cas de ralentissement de la dilatation en fin de travail



Nous rappelons ici, qu'un accord professionnel déconseille, sans les interdire, les extractions instrumentales "à la partie haute" (voir page 581 du texte des RCP sur le sujet, publiées par le CNGOF en 2008 et disponibles sur le lien suivant (http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081204RPC_extractions.pdf)

ETAPE DE RECONNAISSANCE



Diagnostiquer rapidement la dystocie



BARRIERES :

1. Le **diagnostic** est posé devant une tête fœtale qui reste collée à la vulve, voire aspirée
2. Cela **survient** après un dégagement plus ou moins facile, une restitution qui s'est mal effectuée ou n'a pas eu lieu. Cela aura parfois été redouté en cas de suspicion de macrosomie fœtale, de travail long surtout en 2^{ème} partie (à partir de 7cm) ou à l'inverse trop rapide.

ETAPE DE RECUPERATION

Il faut agir rapidement car des lésions anoxiques sont possibles en quelques minutes, mais sans précipitation et de façon systématique



Il est **déconseillé** de pratiquer des tractions intempestives et des manœuvres de rotation qui peuvent aggraver la situation

Il est **conseillé de réaliser dans l'ordre, des gestes codifiés** en allant du plus simple au plus compliqué suivant l'évolution de la situation et selon un protocole qui doit être connu de tous.



BARRIERES :

1. Appeler
 - l'obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre (une fois sur deux la dystocie était en effet imprévisible)
 - il est donc souhaitable d'avoir mis en place une procédure d'appel type "**code rouge**" comme pour les césariennes en urgence
2. Réaliser une manœuvre de Mac Roberts
3. Si le problème persiste et que l'épaule postérieure est bloquée dans l'excavation pelvienne : Réalisation des manœuvres de Wood inversée ou Letellier
4. En cas d'échec ou si l'épaule postérieure n'est pas dans l'excavation : Réalisation d'une manœuvre de Jacquemier

BARRIERES :



Etre formé à la réalisation de ces manœuvres obstétricales (documentation et les équipes peuvent s'inspirer de la fiche "*Gynerisq contrôle : manœuvres dystocie des épaules*" ci-jointe en annexe, lecture de DVD, formations sur mannequin dont l'intérêt est maintenant bien documenté)



Il est important de faire le plus rapidement possible un compte rendu détaillé de l'événement et des gestes effectués. Il est souhaitable que ce compte rendu soit validé et signé par l'obstétricien et la sage femme. Les équipes peuvent s'inspirer du modèle ci-joint en annexe (*fiche Gynerisq Contrôle : doc d'une dystocie des épaules*)

Il est conseillé de préciser le côté de l'épaule antérieure et postérieure.

En cas de manœuvres internes, il est important de préciser le bras qui a été saisi. Si les lésions traumatiques osseuses sont souvent sur les membres supérieurs saisis par des manœuvres, les lésions du plexus sont souvent controlatérales. Cela permet de confirmer que la manœuvre n'a pas entraînée le plexus sur le bras incriminé et conforte la théorie de la propulsion entravée.

En cas d'accouchement compliqué et d'une suspicion de lésions traumatiques, osseuse, neurologique périphérique (plexus) ou anoxique, il est indispensable de disposer d'un examen pédiatrique et neurologique complet en salle de naissance



L'Apgar de référence est à 5 minutes - Effectuer une **gazométrie complète** sur les vaisseaux du cordon (artère et veine - cf Gynerisq' Attitude sur les situations à risque d'APP)

Noter la présence d'éventuels **hématomes** notamment sur les joues, leur absence est un élément qui plaide contre une traction et/ou rotation exagérées de la tête fœtale

Noter l'existence d'une **amyotrophie** présente dès la naissance attestant d'une paralysie du plexus antérieur à l'accouchement et consécutive à une malposition fœtale ⇒ **Electromyogramme** à réaliser rapidement, dans la 1^{ère} semaine de vie

Radiographie en cas de suspicion de fracture de l'humérus ou de la clavicule

En cas de problème ; prise en charge pédiatrique rapide

- Prescription de kinésithérapie durant le séjour à la maternité
- Prévoir une consultation spécialisée auprès d'un neurochirurgien ou d'un orthopédiste référent



Enfin l'information des Parents est comme toujours essentielle :

Il est conseillé de les rencontrer pour expliquer le problème survenu lors de l'accouchement, même si l'accoucheur ne connaît pas la patiente, instaurer un dialogue et expliquer le suivi, en s'appuyant sur l'avis des spécialistes impliqués.

Questionnaire de déclaration d'un EIAS Dystocie des épaules (A effectuer préalablement à la session présentielle sur le site de Gynerisq)

Dystocie des épaules

- Age maternel
- Poids avant la grossesse
- Poids après la grossesse

Antécédents

- **ATCD Familiaux**
 - Diabète Insulinodépendant
 - Diabète de type II
 - Diabète gestationnel
 - Enfant de poids >4000g
- **ATCD Personnel**
 - Diabète Insulinodépendant
 - Diabète de type II
 - Diabète gestationnel
- **ATCD Obstétricaux**
 - Parité 1
 - Voie Basse Episiotomie Forceps Spatule Ventouse
 - Césarienne
 - Poids fœtal
 - Parité 2
 - Voie Basse Episiotomie Forceps Spatule Ventouse
 - Césarienne
 - Poids fœtal
 - Parité 3
 - Voie Basse Episiotomie Forceps Spatule Ventouse
 - Césarienne
 - Poids fœtal
 - Parité 4
 - Voie Basse Episiotomie Forceps Spatule Ventouse
 - Césarienne
 - Poids fœtal
 - Parité 5
 - Voie Basse Episiotomie Forceps Spatule Ventouse
 - Césarienne
 - Poids fœtal

Grossesse actuelle

- Glycémie à jeun 1er trimestre Oui Non
 - Résultat (g/l)
- Diabète Oui Non
- Prise en charge
 - Régime
 - Régime + autosurveillance
 - Insuline
- HGPO (75g/2h) entre 24 et 28 SA Oui Non
 - Résultat à jeun (g/l)
 - Résultat à 1 heure (g/l)
 - Résultat à 2 heures (g/l)

Grille d'analyse de l'évènement :

Analyse des causes (grille d'analyse)

Causes	Oui	Non	Si oui : Précisions
Avez-vous identifié les causes immédiates de l'évènement ?			
Après analyse, quelles sont les autres causes qui ont contribué à la survenue de cet évènement			
<i>Causes liées aux patients</i>			
Antécédents			
Etat de santé (pathologies, co-morbidités)			
Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux			
Relations conflictuelles			
Traitements			
<i>Causes liées aux tâches à accomplir</i>			
Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)			
Définition des tâches			
Programmation, planification			
Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)			
Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)			
<i>Causes liées à l'individu (soignant)</i>			
Facteurs de stress physique ou psychologique			
Qualifications, compétences			
<i>Causes liées à l'équipe</i>			
Communication entre professionnels			
Communication vers le patient et son entourage			
Demande de soutien ou comportement face aux incidents			
Encadrement, supervision			
Informations écrites (dossier patient, etc.)			
Répartition des tâches			
Transmissions et alertes			
<i>Causes liées à l'environnement de travail</i>			
Administration			
Charge de travail, temps de travail			
Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites			
Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)			
Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)			
Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)			
Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)			
Retards, délais			
<i>Causes liées à l'organisation et au management</i>			
Gestion de la sous-traitance			
Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant			

Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement			
Politique d'achat			
Politique de formation continue			
Ressources financières			
Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)			
<i>Causes liées au contexte institutionnel</i>			
Politique de santé publique nationale			
Politique de santé publique régionale			
Système de signalement			



Nom :
Prénom :
Session :

Pré-Test / Post-Test : Dystocie des épaules et Manœuvres Obstétricales

1. Les facteurs de risque indépendants de la dystocie des épaules sont :
 - L'obésité et le diabète maternel
 - L'antécédent de dystocie des épaules et la macrosomie fœtale
 - Le diabète gestationnel et la macrosomie fœtale
 - L'obésité et la macrosomie fœtale
2. En fin de gestation, en cas de suspicion clinique de macrosomie :
 - L'échographie et la radiopelvimétrie sont indiquées
 - Il n'y a pas d'indication de radiopelvimétrie mais l'échographie est encouragée
 - La radiopelvimétrie est indiquée mais pas l'échographie
 - Ni l'échographie, ni la radiopelvimétrie n'ont d'intérêt
3. Une césarienne :
 - n'est jamais recommandée pour macrosomie
 - est recommandée pour un poids supérieur à 4000 gr
 - est recommandée pour un poids supérieur à 4250 gr
 - est recommandée pour un poids supérieur à 4500 gr en cas de diabète et 5 kg hors diabète
4. En cas de suspicion de macrosomie, le déclenchement
 - n'est jamais indiqué
 - est indiqué dans tous les cas dès 37 SA
 - est indiqué dans tous les cas dès 39 SA
 - est encouragé si les conditions locales sont favorables à partir de 39 SA
5. En cas de suspicion de macrosomie et de non progression :
 - les extractions instrumentales sont contre indiquées et une césarienne est recommandée
 - les extractions instrumentales sont privilégiées en partie moyenne et basse et la césarienne préférable en partie haute
 - les extractions instrumentales sont possibles quelle que soit la hauteur de la présentation
 - les extractions ne sont possibles qu'en partie basse

Plan d'action de gestion des risques :



<p><u>Nom :</u></p> <p><u>Prénom :</u></p>
--

Intitulé de la formation suivie : Gestion des risques en équipe de Gynécologie-Obstétrique
Axe : Dystocie des épaules et manœuvres obstétricales
Action de DPC, référence n° 24922200006, S_

Date de la formation :

Plan d'action Gestion des risques

Dans votre équipe les principales mesures d'amélioration concernant la dystocie des épaules vous semble être :

(Choix multiple en hiérarchisant 1-2*3*etc...)

- Améliorer le dépistage du diabète gestationnel
- Mieux dépister la macrosomie
- Améliorer la prise en charge des patientes présentant des facteurs de risque de macrosomie
- Revoir les critères de choix de prise en charge obstétricale (expectative, déclenchement, césarienne)
- Améliorer le dépistage le repérage des situations à risque de dystocie à l'entrée en salle de naissance
- Améliorer la connaissance de la prise en charge et des manœuvres à mettre en œuvre en cas de dystocie
- Améliorer la prise en charge pédiatrique des enfants après dystocie
- Améliorer la communication avec les patients
- Améliorer la communication en équipe
- Améliorer la qualité des documents dans le dossier médical

Quelles sont d'après vous les principaux freins à la mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité pour la prise en charge des dystocies des épaules dans votre équipe.

- Manque de prise de conscience de l'importance d'un tel programme
- Manque de soutien institutionnel
- Manque de temps et de disponibilité
- Absence de mannequins pour l'entraînement aux manœuvres

Quelles seraient d'après vous les mesures prioritaires à prendre au sein de votre équipe pour permettre une amélioration de la qualité (réponse libre)

.....

.....

.....

.....

Questionnaire d'évaluation de la formation



Nom :

Prénom :

Questionnaire d'évaluation de la formation

Afin de connaître votre avis, nous vous remercions de bien vouloir prendre un instant pour répondre à ce questionnaire :

Intitulé de la formation suivie :

Date de la formation :

	Tres satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Les objectifs de la formation				
Utilité du programme dans ma pratique				
Aide à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients				
L'organisation matérielle (date, déroulement, lieu ...)				
Contenu des supports pédagogiques				
Animation				
Attentes personnelles				

Recommanderiez-vous ce programme à vos collègues ? **Oui** **Non**

Quels enseignements tirez-vous de cette formation pour votre pratique professionnelle ?

.....

.....

.....

.....

Quels enseignements pensez-vous mettre en œuvre dans l'amélioration de votre pratique ?

Quels sont les thèmes de formations que vous aimeriez suivre à l'avenir ?

Quelle note globale donneriez-vous à la formation? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

[Commentaires :](#)