

GYNERISQ'Attitude

LA DYSTOCIE DES EPAULES

Validée le 2 février 2013

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 déviances. 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 apparaitre 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/reco2clics_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.