



**2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES**  
**D \_ G \_ O \_ R \_ H**

**Professeur P. POULAIN**  
○○○○

CREATION	PROTOCOLE SALLE DE TRAVAIL	MISE A JOUR
2/2/98	<b>Dystocie des épaules</b> (2 pages)	Août 2012

Relativement imprévisible, **y penser en cas de:**

femme > 40 ans, atcd macrosomie, atcd dyst épaules, obésité, prise de poids > 20, diabète vrai ou gestationnel, petite taille, bassin anormal, macrosomie (enfants de mère diabétique si poids  $\geq$  75ème percentile), terme dépassé, anomalies du travail (?).

**Prophylaxie?**

pas de déclenchement à 38-39 SA (inutile, augmente les césariennes), sauf diabète

césarienne systématique si EP > 4500 (4250 si diabétique)

césarienne si macrosomie et travail long

pas de forceps en cas de macrosomie.

**CAT en cas de risque et en cas de dystocie des épaules:**

- pelvimétrie lors de la visite du 9ème mois,
- PREVOIR la présence de l'anesthésiste et de l'obstétricien senior

- PAS DE TRACTION SUR LA TETE FŒTALE;

- placer la femme fesses au bord de la table + large épisiotomie; péridurale ou AG.

- EXAMINER calmement pour voir si le diamètre biacromial est engagé mais bloqué dans l'excavation (difficulté aux épaules) et faire immédiatement:

\* **la manœuvre de Mac Roberts** (hyperflexion EXTREME des cuisses de la mère sur le bassin) + **pression suspubienne** (les deux = ttt de 90% des cas).

\* éventuellement, compléter par la **manœuvre de Couderc**: blocage persistant de l'épaule postérieure, le moignon de l'épaule antérieure apparaissant au sous-pubis: dégagement du bras antérieur.

- l'examen montre une **VRAIE DYSTOCIE DES EPAULES**:

\* manœuvre de Mc Roberts qui facilite la pratique de la manœuvre de **JACQUEMIER**: abaissement du bras post (cf dessin).

- **NB** après toute manœuvre difficile, une RU s'impose.

**Ref:** PUECH : CONTRACEPT FERTIL SEX 1997, 25: 894-900.

TREISSER : Réalités en Gynécologie-Obstétrique, 1997, 26: 19-27.

BERTHET: Mécanique et techniques obstétricales: 389-402 (disponible dans le service).



**2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

### **Rappel de la manœuvre de JACQUEMIER**

= dégager le bras postérieur à partir de la main fœtale.

choix de la main +++: dos à gauche, main postérieure = main gauche, prendre la main gauche pour attraper la main gauche (et postérieure) du fœtus. (inverse si dos à droite)

se mettre à genou, en position d'adoubement,  
à bras nu, bien lubrifié (bétadine mousseuse sur l'avant bras, coude, bras),  
remonter très haut, vers le sinus sacro-iliaque opposé au dos fœtal (ici sinus droit),  
la face palmaire des doigts rencontre le moignon de l'épaule post. contre le promontoire,  
suivre le bras jusqu'à la main,  
saisir le poignet fermement et se retirer des voies génitales dans l'axe ombilico-coccygien,

**2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale**

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

l'abaissement du bras postérieur entraîne la rotation du fœtus: la main devient antérieure. l'accouchement se termine spontanément (dessin ci-dessous).



Dans la manœuvre de COUDERC, l'opérateur utilise la même main: l'index et le majeur sont introduits sous la symphyse pubienne puis cheminent le long de l'humérus du bras fœtal antérieur, placés dans le pli du coude de l'enfant, ils repoussent ce dernier derrière son dos ce qui a pour effet de faire rapidement apparaître la main fœtale derrière la symphyse et de dégager le bras antérieur.