



6^e rencontre obstétrico-pédiatrique de l'EVDG

URGENCES PRE-HOSPITALIERES OBSTETRICO-PEDIATRIQUES

Ecole du VAL DE GRACE - 1 place Alphonse Laveran 75230 Paris cedex 05

Mardi 25 Septembre 2018

Service de santé
des armées

ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

Dr S. DEPRET-MOSSER - CHU de Lille



« ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE
AU SEUIL DE LA DYSTOCIE »

OU

« DYSTOCIQUE
AU SEUIL DE L'EUTOICIE » ?

DEMELIN

MATERNITÉ JEANNE DE FLANDRE

Niveau 3

2010- 2016

1350 Sièges

Césarienne :	52%
PES/GES	32%
Normal :	15%

FRÉQUENCE = 4% (après VME: 2%)



Expérience BSPP

Naissances inopinées extra-hospitalières
(Dép^{ts} 75,92,93,94) - 2014-2016
N = 858

Nombre de NIS
N = 15

NIS guidées par téléphone
N = 9

Naissance à domicile
N = 6

Naissance lieu public
N = 3

ETIOLOGIES

- **PRIMITIVES (imposées)**

- **Physiologie: pas de version spontanée 7 mois $\frac{1}{2}$ (BSPP: 31SA)**

- **Pathologie:**

- **Causes maternelles : chambre de l'œuf anormale**

- ❖ Utérus étriqué
 - ❖ Utérus déformé

- **Causes fœtales:**

- ❖ Prématurité
 - ❖ Malformations
 - ❖ Hyper extension de la tête primitive ou secondaire

- **Causes annexielles**

- ❖ Insertion basse du placenta
 - ❖ Cordon court

- **SECONDAIRES (accidentelles = utérus trop vaste)**

- **Grandes multipares**

- **Hydramnios**

PRÉSENTATION DU SIÈGE

VARIÉTÉ DE LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

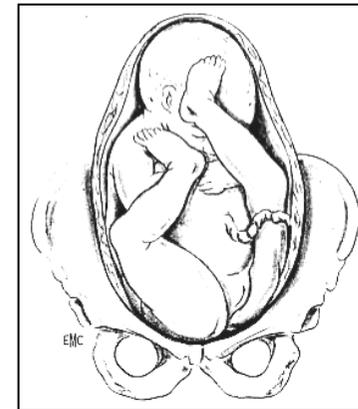
1 Siège complet (30% - Multipares):

- ❖ Diamètre d'engagement: Sacro-prétibial = 12 cm
- ❖ Aire d'engagement: Sacro-prétibial = 12 cm
Bitrochantérien = 9 – 9,5 cm



2 Siège décomplété (70% - Primipares):

- ❖ Diamètre d'engagement: Sacro-pubien = 9 cm
- ❖ Aire d'engagement: Sacro-pubien = 9 cm
Bitrochantérien = 9 – 9,5 cm



3 Transformation: Siège complet ➔ Siège décomplété (travail)

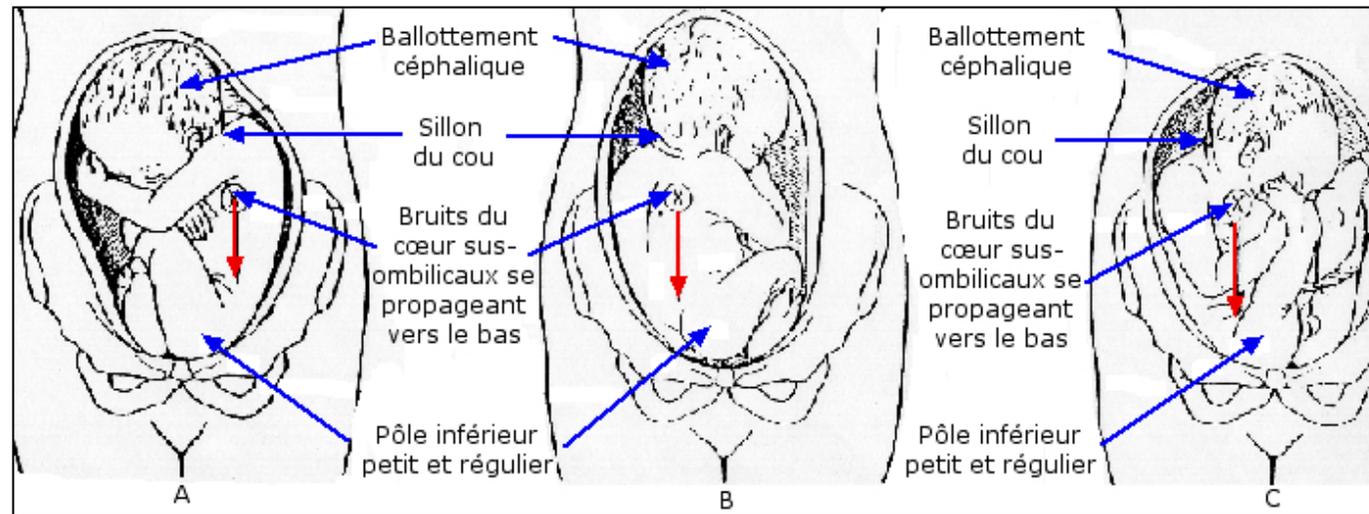
4 «footling breech» mode des genoux ou des pieds

CLINIQUE

Palpation: présentation longitudinale

- Pôle inférieur de l'utérus**
- Siège complet: → masse irrég., vol., molle / pas de sillon épaule
 - Siège décompleté: → masse + ronde, - volumineuse, + ferme

- Fond utérin**
- Tête: lisse, dure, régulière, arrondie
 - Moignon de l'épaule



Toucher vaginal:

- Orifice anal
 - O.G.E., pieds, talons
 - Coccyx
- ↪ **Siège complet** ■ surface irrégulière
- ↪ **Siège décomp** ■ sacrum plan dur/ sillon inter fessier

Quelle C.A.T. ?

Recommandations pour la pratique clinique - 2000

En l'absence de contre indication: Proposition de version par manœuvre externe

Les critères communément retenus d'acceptabilité de la voie basse sont:

- une radio-pelvimétrie normale,
- une flexion de la tête fœtale,
- une estimation pondérale foetale de 2 500 à 3 800 grammes,
- acceptation de la patiente.

Travail / Accouchement

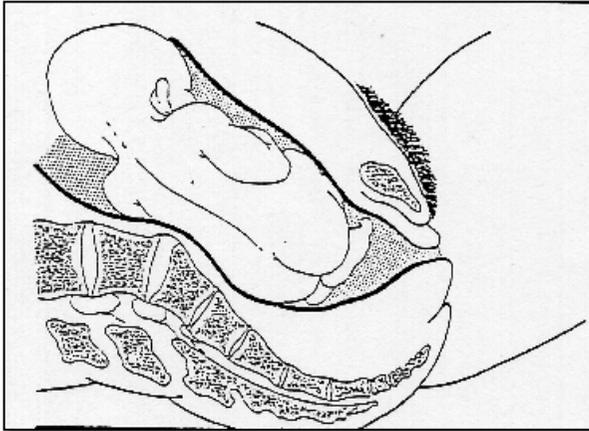
REGLES GENERALES

Accord voie basse noté signé, confrontation récente favorable

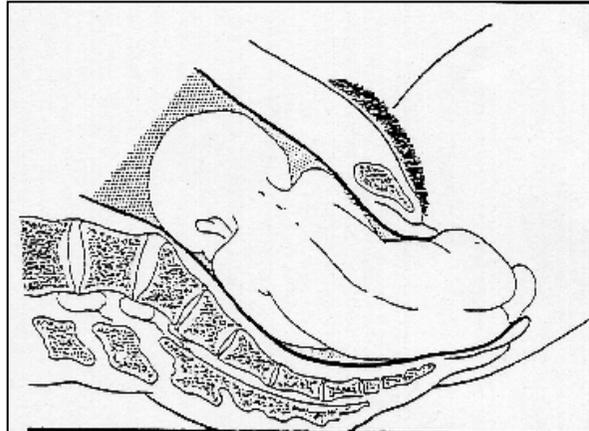
- **2 voies veineuses**
- **Péridurale souhaitable**
- **RCF en continu, pas de pH**
- **Respect de la PDE**
- **Anti-spasmodiques possibles**
- **Ocytociques +/- capteur de pression interne si anomalies du moteur**
- **Accouchement:**
 - **Forceps prêt, sur table**
 - **Pédiatre, anesthésiste et obstétricien sur place**
 - **Efforts expulsifs débutés siège engagé, max 20 à 30mn**
 - **Episiotomie facile (anus, pieds)**
 - **Anse au cordon**

MECANIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

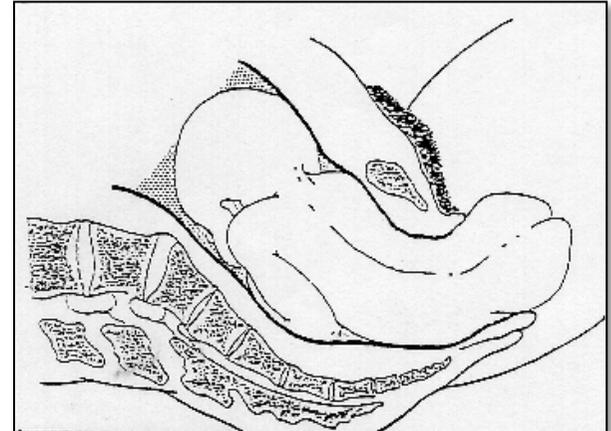
Engagement en oblique



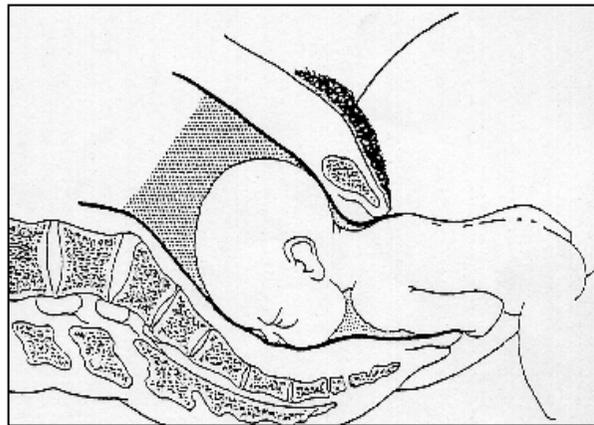
Descente et rotation
Bitrochantrien: axe vertical



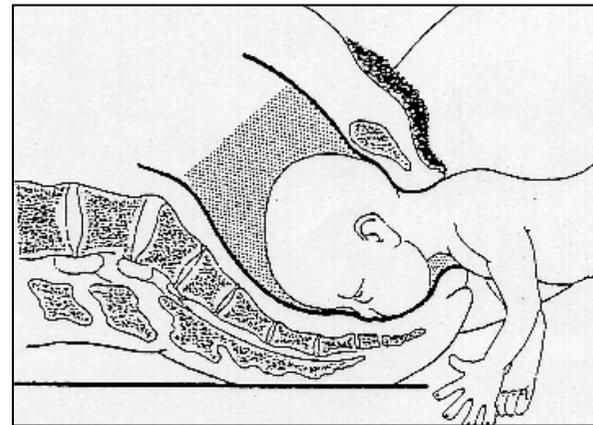
Dégagement hanche ou pied ant.
Engagement des épaules

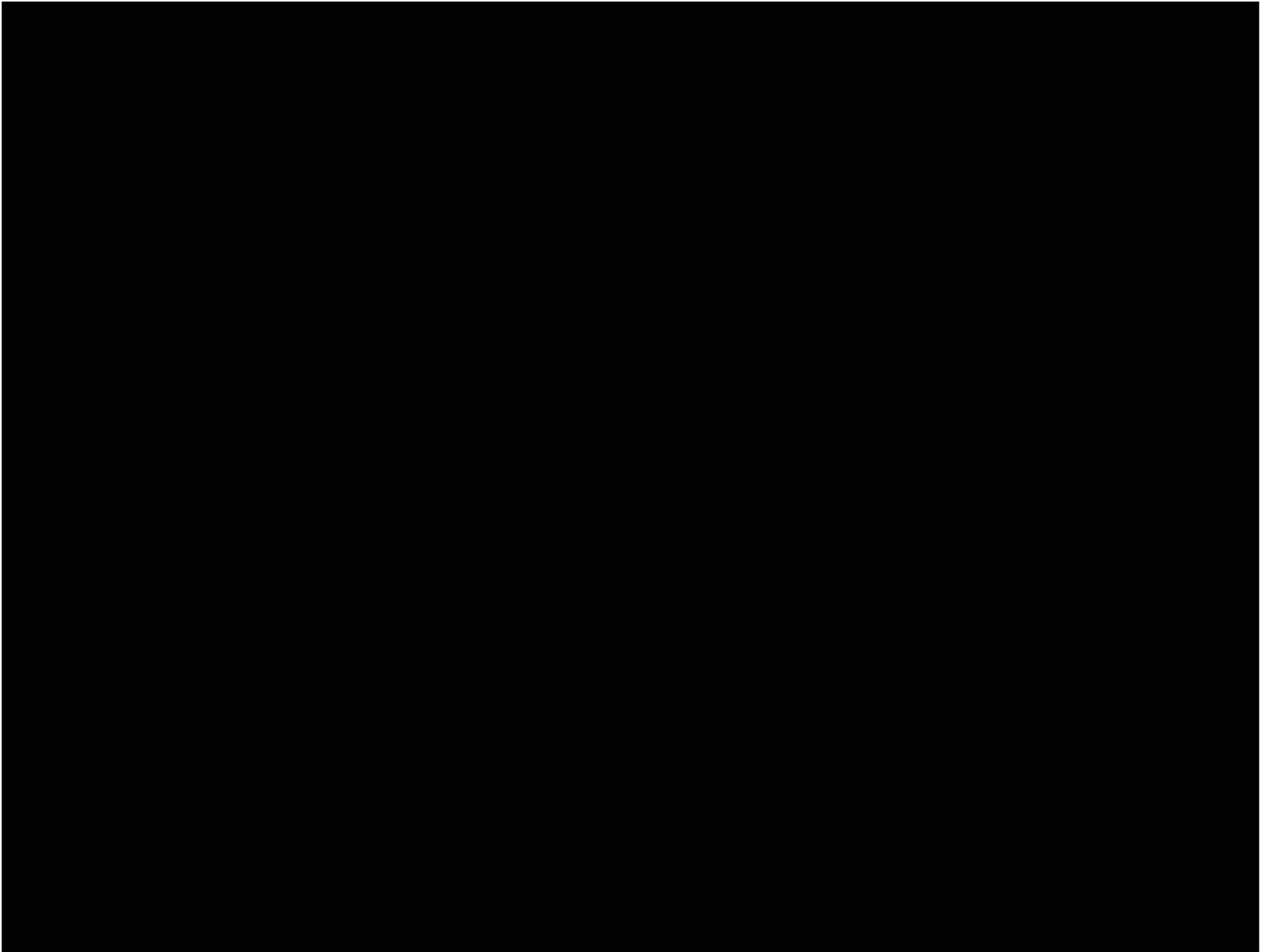


Rotation dos en avant +++



Dégagement de la tête en OP



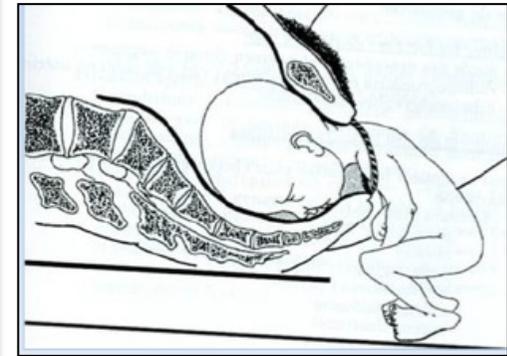
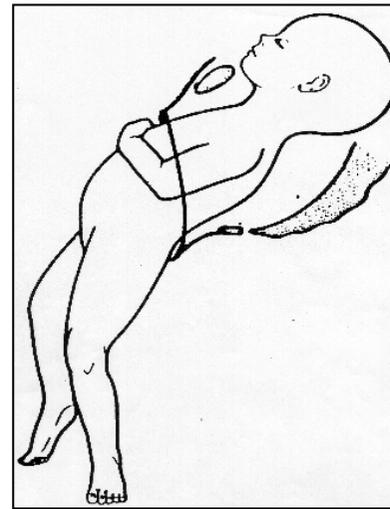
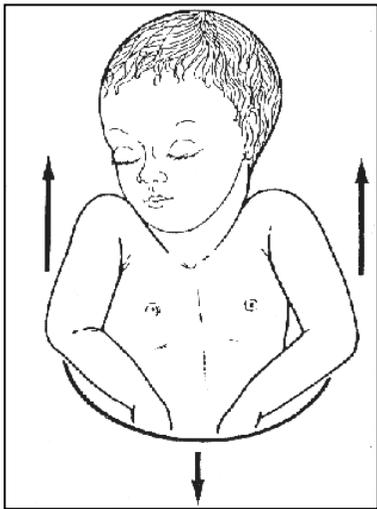


PRINCIPES

Bloc homogène (+++) / processus continu



- Petite extrémité première
- Progression à "rebrousse poils"
- Difficultés croissantes
- Risques d'accrochage: pieds, bras, menton



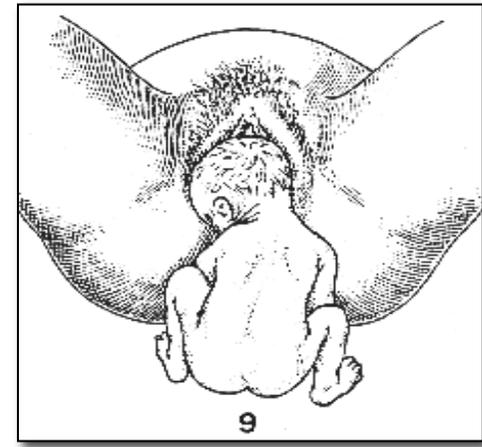
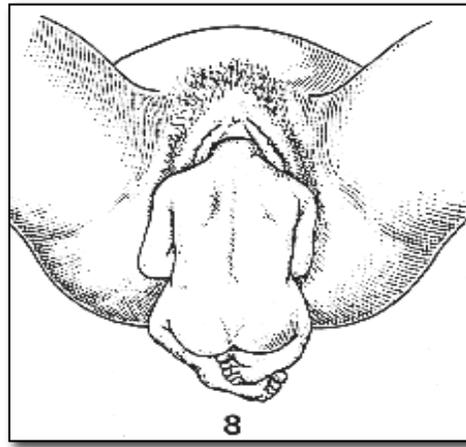
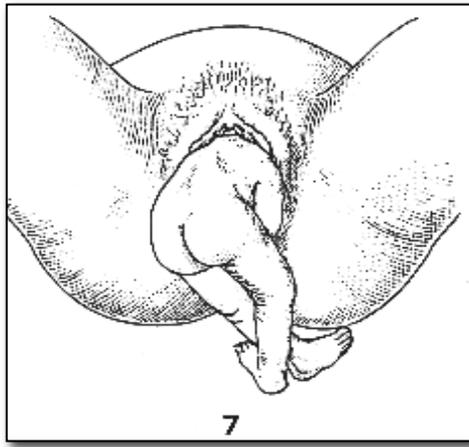
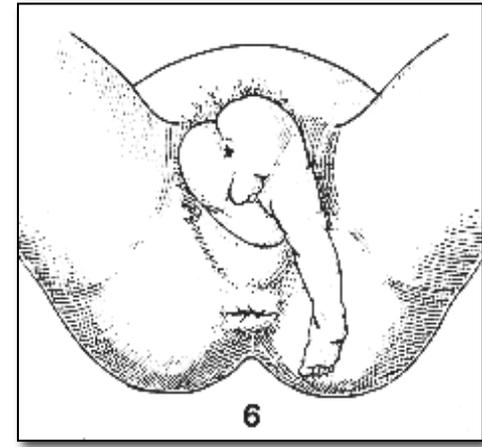
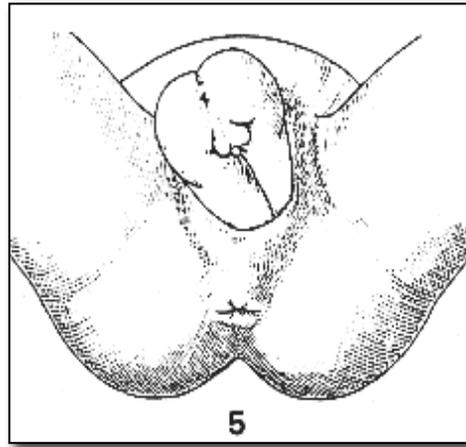
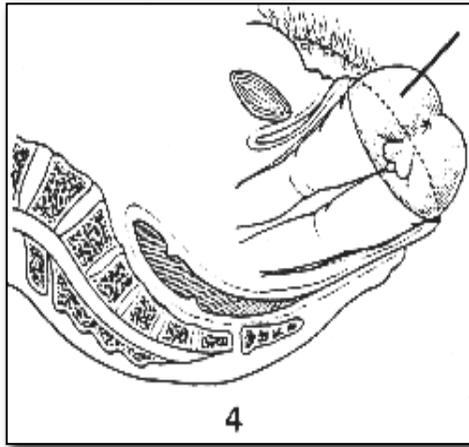
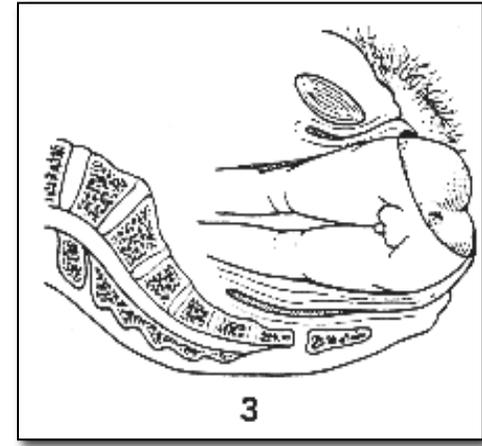
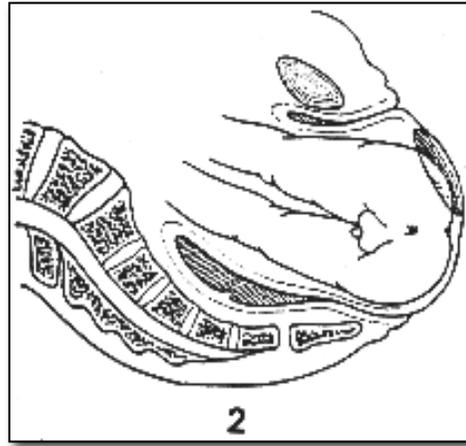
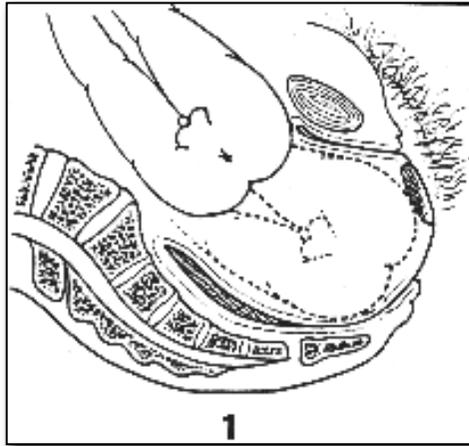
ACCOUCHEMENT

Accouchement spontané ou VERMELIN

- Expulsion sous effets de la CU et des efforts expulsifs
- Recueil du siège sur champ stérile / table
- Rotation spontanée du dos en avant, dégagement des épaules en transverse
- Fœtus assis sur le champ
- Dégagement de la tête par flexion
- Rôle de l'obstétricien: "Manchot empereur" = observateur attentif

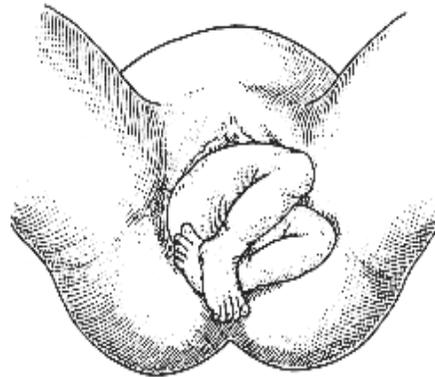


V
E
R
M
E
L
L
I
N

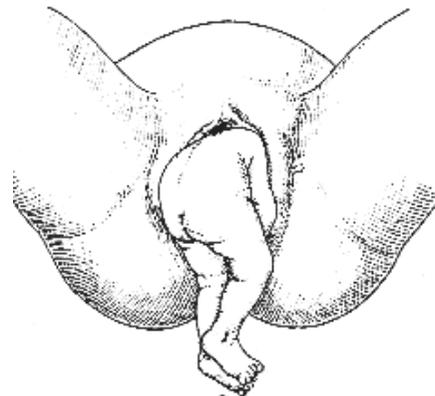




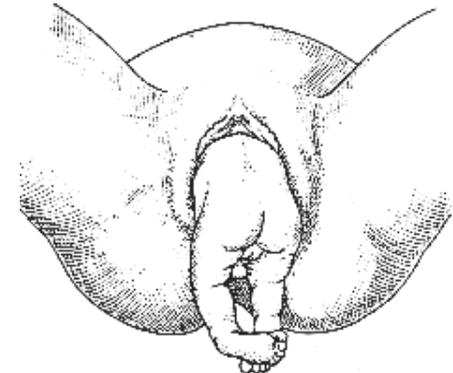
1



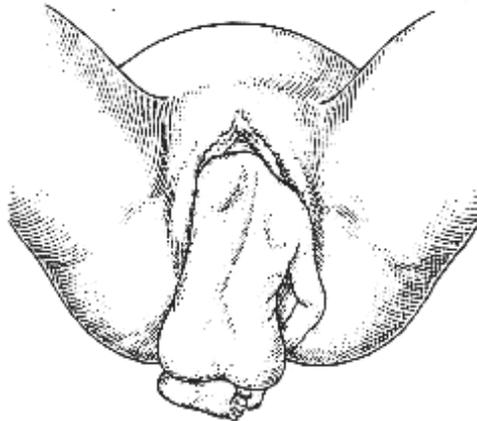
2



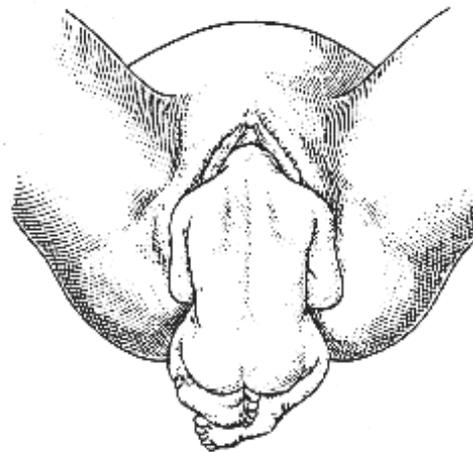
3



4



5



6



7

VERMELIN / SIEGE COMPLET

AIDE A L'EXPULSION DU FŒTUS: Arrêt aux omoplates

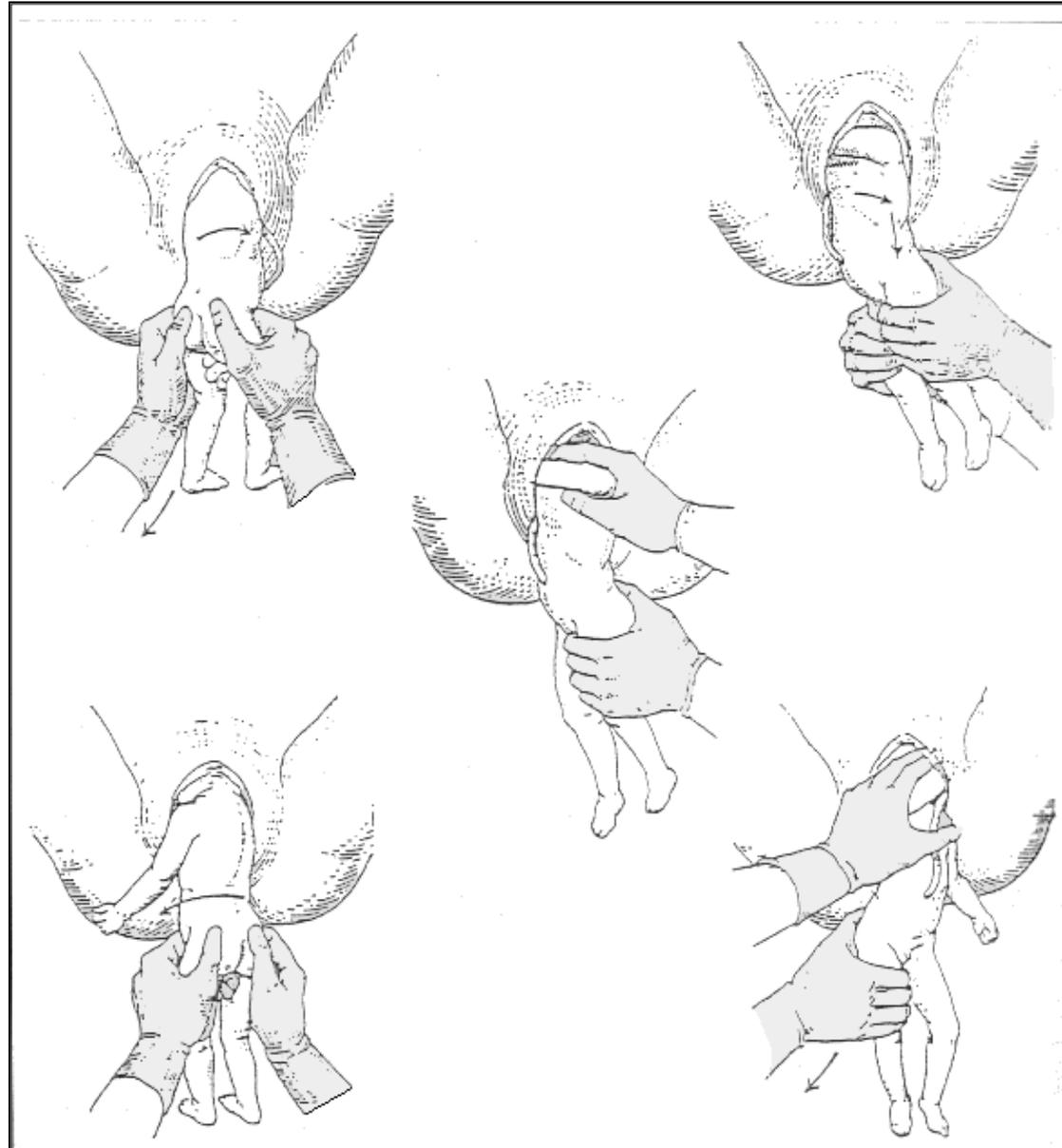
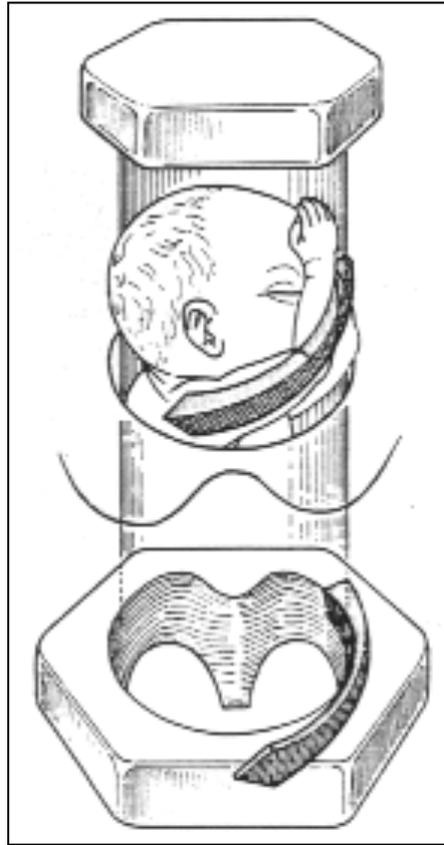
Correspond à l'arrêt du moteur en plein effort

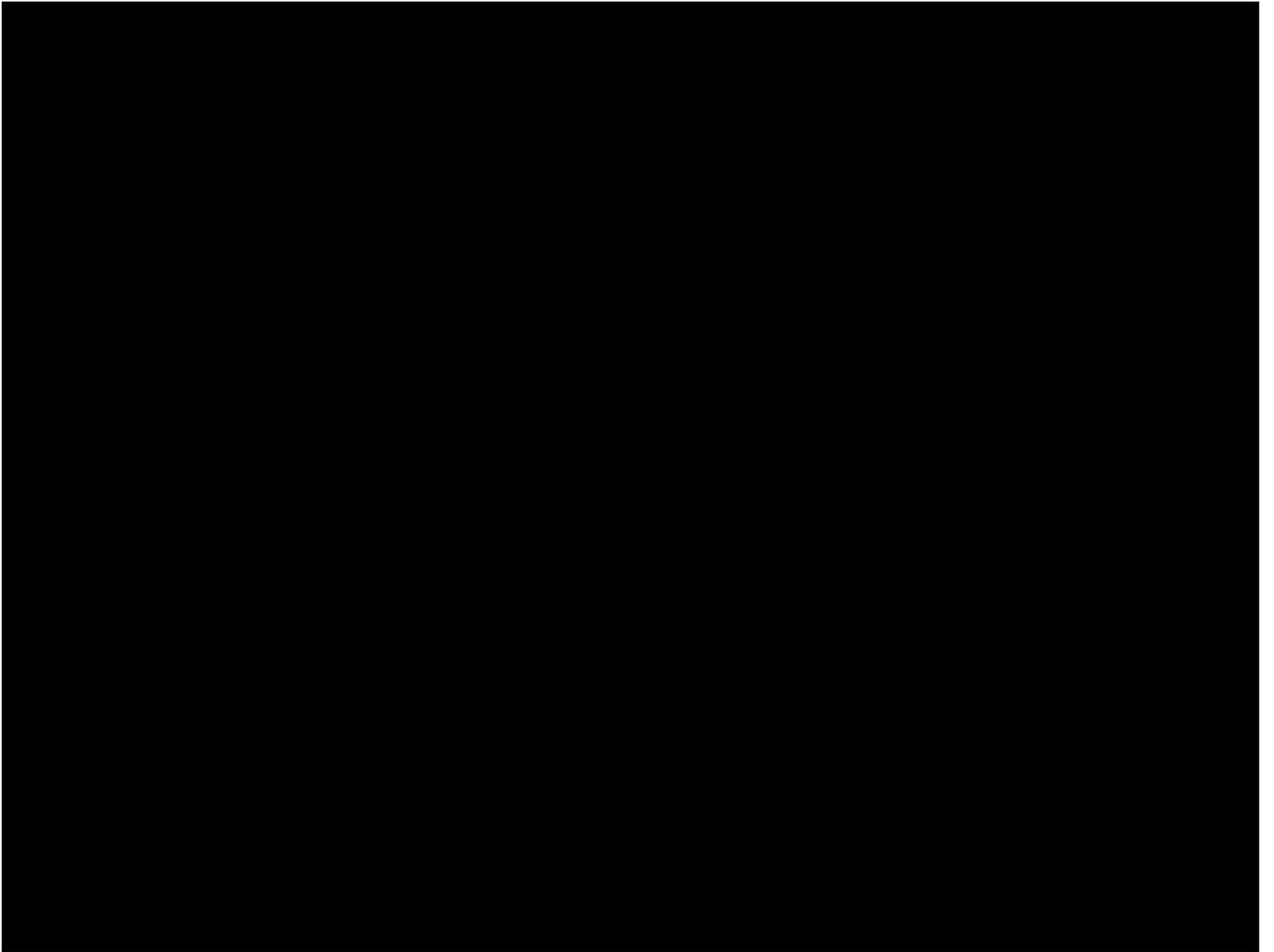
Pointe des omoplates visible

MANŒUVRE DE LOVSET (Assisted Breech Delivery)

- **Dégagement spontané du fœtus jusqu'aux pointes des omoplates**
- **Champ sur le bassin, pouces sur les fesses**
- **Pas de traction**
- **Exemple de rotation gauche:**
 - **Première rotation à gauche: enroulement de l'épaule droite post sous le promontoire.**
 - **Rotation en sens inverse: l'épaule suit la courbe du détroit supérieur = vrille le bras se fléchit de plus en plus.**
 - **Dès que le dos est complètement à droite: le bras tombe devant le thorax.**
 - **si le deuxième bras est relevé: poursuite de la rotation**
 - **parfois demi LOVSET**

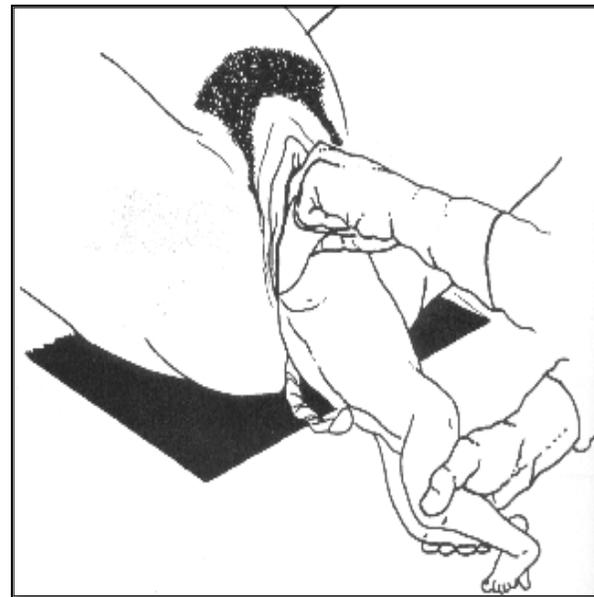
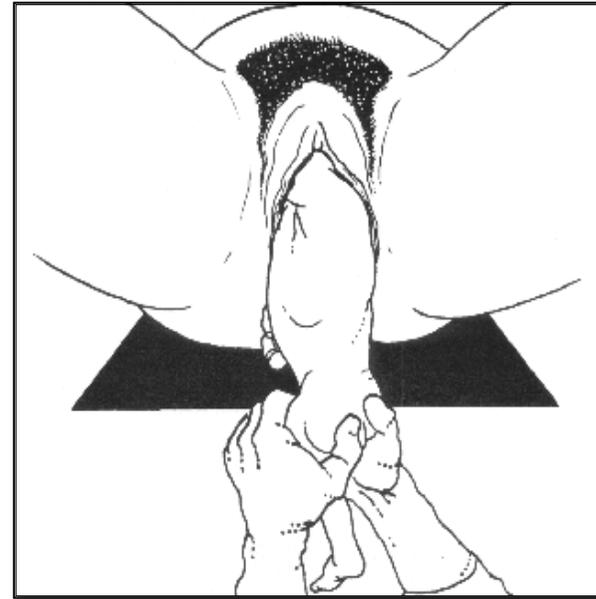
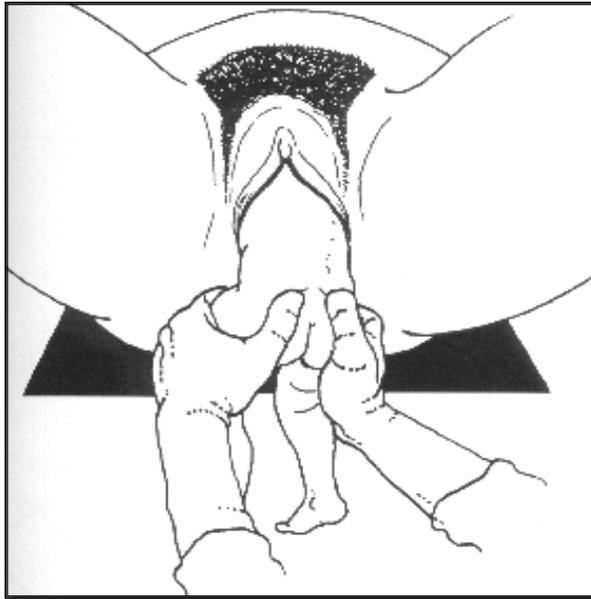
Manœuvre de LOVSET





AIDE A L'EXPULSION DU FŒTUS: Arrêt à l'ombilic

- **Traction vers le bas dans l'axe ombilico-coccygien jusqu'au dégagement des omoplates**
- **Puis LOVSET**
- **Puis BRACHT +/- MAURICEAU**

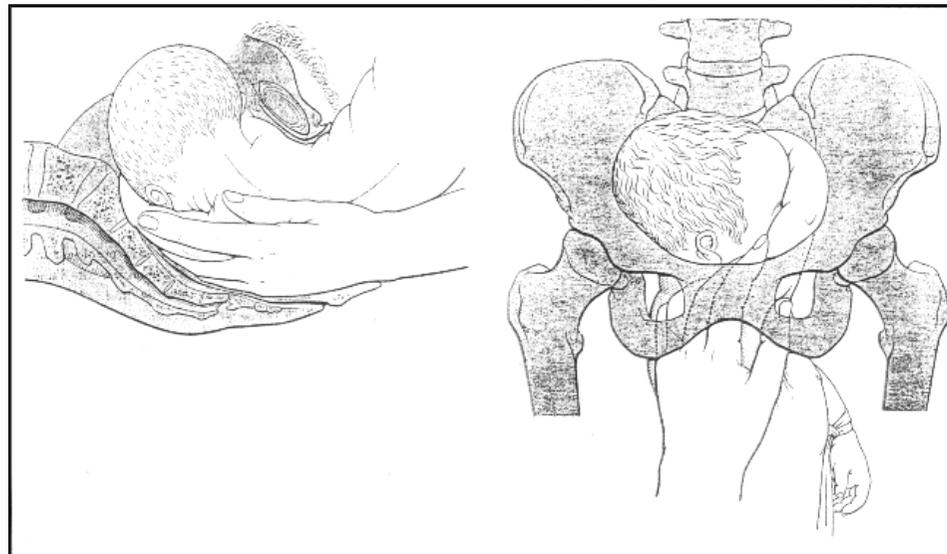


AIDE A L' EXPULSION DU FŒTUS: Relèvement des bras

Surtout manœuvres intempestives faites trop tôt

Abaissement du bras postérieur

- **Abaissement du bras postérieur: introduire une main dans le vagin en arrière dans la concavité sacrée en relevant le corps vers le haut**
- **La main passe derrière le dos du fœtus pour aller chercher son humérus**
- **On abaisse alors le bras qui balaye la face du fœtus comme pour le moucher**
- **Même manœuvre avec le bras antérieur**
- **Rotation du bras ant en post puis abaissement**
- **Il y a désolidarisation du mobile fœtal et la rétention de tête dernière est à craindre**

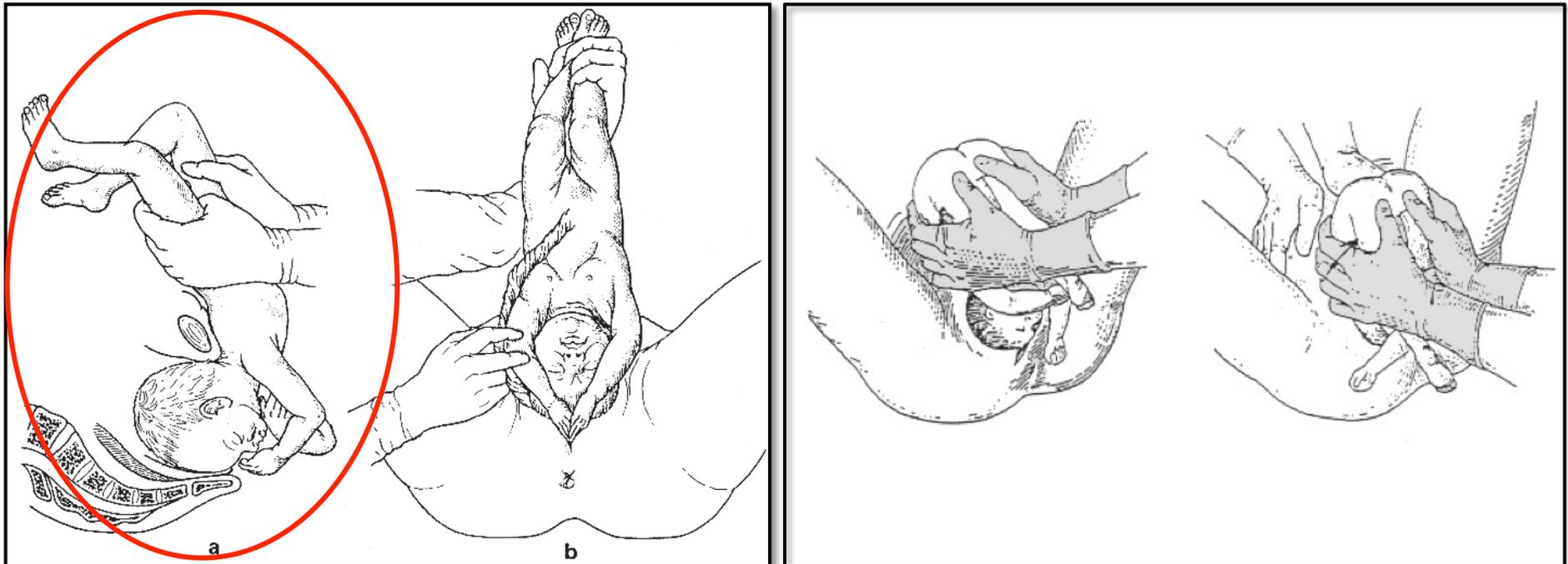


AIDE A L'EXPULSION DE LA TETE

MANŒUVRE DE BRACHT (1938)

Dégagement imminent, menton en regard de la commissure vulvaire

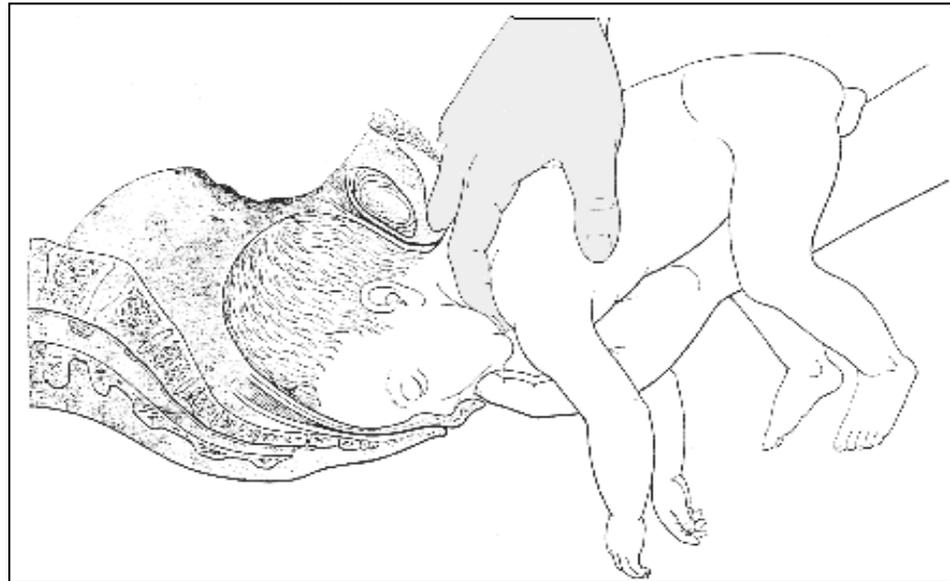
- On saisit le siège à pleines mains en appliquant les pouces à la face post/ant des cuisses et les autres doigts sur les fesses
- Renversement progressif du dos sur le ventre SANS traction
- Tête → expression pubienne (après dégagement des bras)
→ 2 doigts dans la bouche pour aider la flexion = Manœuvre de Wiegand Martin

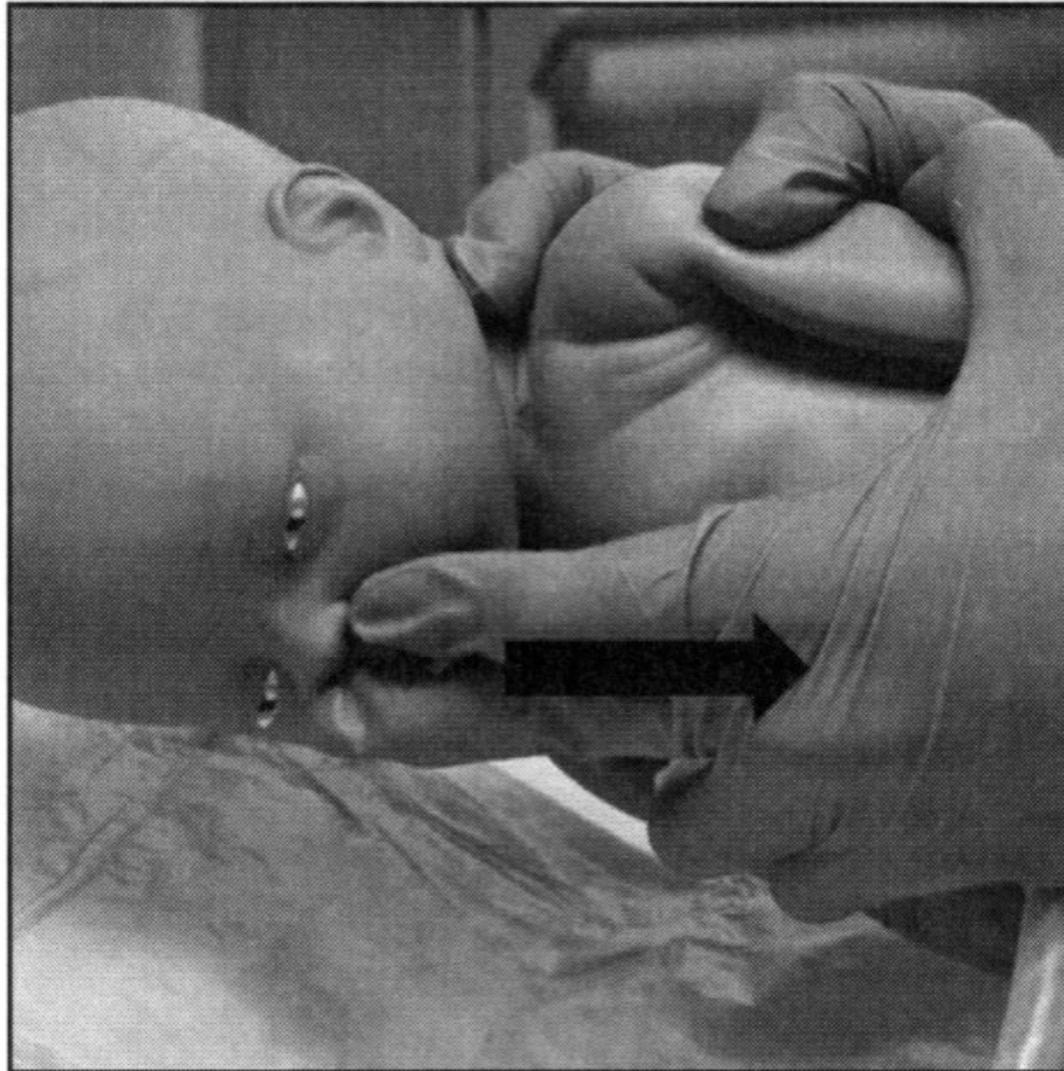


MANŒUVRE DE MAURICEAU – PINARD

Dégagement imminent, menton en regard de la commissure

- Expression sus pubienne
- Abdomen à cheval sur l'avant-bras
- Index et médus dans la bouche
- Autre main: doigts en fourche de chaque côté du cou ou en bretelle
→ Maintenir la flexion de la tête (menton → sternum)
- Relèvement progressif
- Manœuvre dangereuse si trop rapide, trop précoce, non maîtrisée





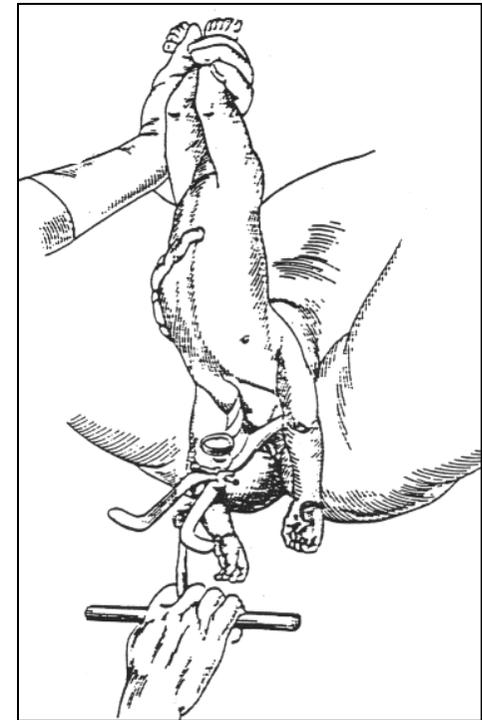
**Prehospital breech delivery with fetal head
Entrapment - A case report and review**

JF Robertson Prehospital Emergency Care 2015



FORCEPS SUR TETE DERNIERE

- Tête engagée, difficultés aux parties molles
 - Anesthésie générale ou péridurale
 - Forceps à branches // +++ ou croisées
 - Un aide maintient les pieds en l'air
 - Extraction reconnue comme aisée
 - Traction vers le bas puis vers le haut
- Le mobile fœtal suit le forceps



RETENTION DE TETE DERNIERE NON ENGAGEE

- **Manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES:**

La main est introduite dans l'utérus et fléchit la tête à l'aide de deux doigts introduits dans la bouche du fœtus

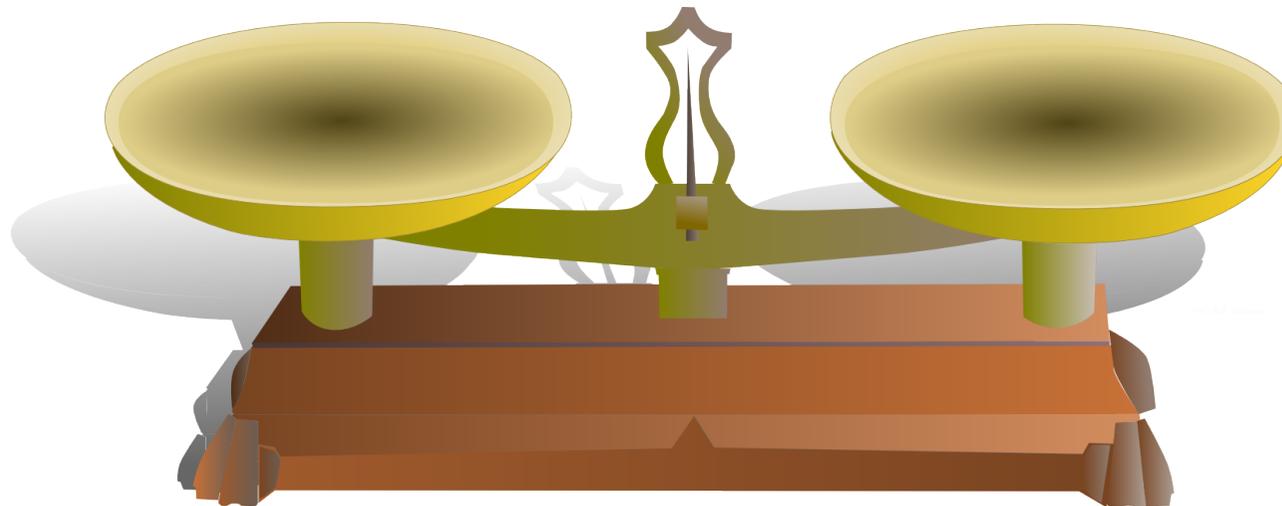
La tête est ensuite orientée dans un diamètre oblique, engagée, tournée en OP et extraite

- **Manœuvre de ZAVANELLI**

Quel pronostic?

RISQUES

BENEFICES



Césarienne / Voie basse

Etude HANNAH Lancet 2000; 356 : 1375 - 83

- Term Breech Trial Collaboration Group
- Essai randomisé multicentrique
- 26 pays, 121 centres

**→ MORTALITE NEONATALE OU MORBIDITE NEONATALE SEVERE
5 % voie basse versus 1,6 % césarienne**

→ CESARIENNE systématique préférable si siège

- Remarques:**
- ❖ Fracture clavicule et os longs = critères de morbidité sévère
 - ❖ 9,8% de RPM
 - ❖ 68% vérification flexion de tête par écho
 - ❖ 14% de patientes déclenchées (termes dépassés)
 - ❖ BDC toutes les 15 mn
 - ❖ 50% ont reçu des ocytociques
 - ❖ vitesse de dilatation minimum = 0,5 cm/h
 - ❖ efforts expulsifs autorisés jusqu'à 1 heure

**Comparaison avec
les résultats de Hannah et al.**

	Tentative de voie basse	Césarienne programmée	RR [IC 95 %]
HANNA (Lancet - 2000)	5,0	1,6	3,0 [1,8 - 5,3]
PREMODA	1,2	0,8	1,5 [0,9 - 2,3]

Tentative d'accouchement par voie basse: Pronostics néonataux comparés des présentations podaliques et céphaliques

Dr Sonia ADJAUD

- ❖ **Etude de cohorte rétrospective /Jeanne de Flandre - CHRU Lille**
- ❖ **2001- 2012**
- ❖ **43595 Céphaliques VB / 665 Sièges VB**

- **Risque d'acidose sévère X 4**
- **Sans augmentation du risque d'asphyxie ni de transfert en USIN**

Acct par VB fœtus en siège: impact d'une politique incitative

L.HEJL Gyn Obst Fertil et Senol 2017 /CHU Nancy

- Etude comparant deux périodes: 126 accts 2006 et 105 accts 2014
- Césarienne programmée: 61,1% / 44,8% ($p < 0,05$)
- Taux de réussite tentative acct VB: 32,7 / 63% (S)
- Acct VB: 12% / 35% (S)
- Pas de différence concernant l'état néonatal (pH, Apgar, réa néonat...)
- Règles de sécurité, protocole

Césarienne systématique non justifiée

Respect des RPC

Prise en charge en SDN rigoureuse et sécurisée

Cas clinique

T0 Appel des secours - 07h00

- Informations recueillies
Femme de 22 ans, G3P2
Contractions utérines rapprochées
Césarienne programmée dans 4 jours

T+10 min Arrivée SLL des 1^{ers} secours



- Informations supplémentaires
Envie de pousser
1 pied du mobile fœtal à la vulve

Demande d'un renfort médicalisé

T+15 min

Progression du mobile fœtal
puis

T+23 min

Tête « coincée »

Check du pouls ombilical
perçu
de + en + faible

T+35 min

Arrivée SLL du moyen médicalisé



T+43 min

Dégagement de la tête fœtale

Absence de pouls ombilical
perçu

T+58 min

Arrivée SLL du moyen médicalisé pédiatrique



Réanimation spécialisée
du NN
↓
Reprise d'une activité cardiaque



Urgences
2017

#9498
P247



Accouchement inopiné par le siège en pré-
hospitalier en présence des secours et guidage
téléphonique par le médecin régulateur.

Étude observationnelle rétrospective

S. Lemoine¹, F. Briche¹, C. Monod-Broca², G. Burlaton¹, M. Franchin¹,
D. Jost¹, M. Bignand¹, JP. Tourtier¹

¹Service Médical d'Urgence, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris - France

² Ecole du Val de Grace, Service de Santé des Armées, Paris - France



- 858 Naissances extra-hospitalières / Depts 75, 92, 93, 94 / 2014-2016
- 15 NIS (2%)
- Dont 9 guidées
- Terme médian 31 SA (27 - 36)
- Délai expulsion: 43mn (34 - 50)
- Délai dégagement tête : 2mn (1- 5)
- APGAR < 7 à 5 mn: n = 7
- MCE - intubation: n = 2 (1DCD à 20 mn de vie)
- Poids: 1460 gr (1064 - 2210)

CONCLUSION

Take Home Message

- **Accouchement à haut risque**
- **Transport Maternité si possible (sauf envie de pousser, siège à la vulve)**
- **Régulation Médicale / Médecin / SMUR pédiatrique**
- **Installation +++ : axe ombilico-coccigien**
- **Poussée sur contraction**
- **Naissance spontanée si tout va bien**
- **Rotation dos en avant**
- **Arrêt de progression du fœtus:**
 - ➔ **Ne pas tirer**
 - ➔ **Attendre la prochaine contraction**
 - ➔ **Pression fond utérin**
 - ➔ **Si échec: manœuvres**
- **Maîtrise du Lovset (arrêt aux omoplates)**
- **Rétention de tête dernière: relèvement du fœtus**

