

Dégagement des épaules

Une fois la tête saisie de façon symétrique, après avoir amené le menton sous la symphyse pubienne (hyper-restitution), tu fais une **traction douce vers le bas** dans l'axe ombilico-coccygien (la traction que tu dois exercer peut être relativement importante, tu tires toujours de manière continue : pas de traction par à coup) en demandant à la patiente de reprendre ses efforts expulsifs. Ta position à ce moment, consiste à mettre un genou à terre et ta tête est au niveau de l'anus de la patiente pour que ta traction se fasse vers le bas dans l'axe ombilico-coccygien. Tu vois apparaître l'épaule antérieure à la vulve sous la symphyse pubienne (figures 32, 33). Le mouvement est un abaissement de la tête fœtale vers le bas (le sol) dans l'axe ombilico-coccygien.

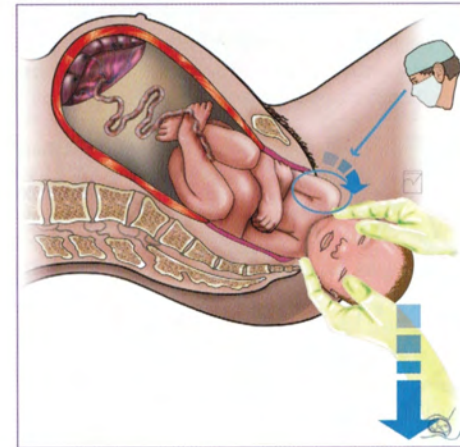


Figure 32 : Dégagement de l'épaule antérieure. Tu es tranquille quand le moignon de l'épaule antérieure apparaît sous la symphyse.



Figure 33 : Dégagement de l'épaule antérieure. La tête est abaissée dans l'axe ombilico-coccygien.



Attention tu ne dois pas, pour l'épaule antérieure, tirer sur **la tête vers toi (horizontalement)**, c'est dangereux et cela comporte 2 risques :

- Défaut d'engagement de l'épaule antérieure qui se bloque derrière la symphyse pubienne = fausse dystocie des épaules (iatrogène !) (figure 34).
- Lésion du plexus brachial.

Tu ne dois pas non plus (**surtout pas**) tirer la tête vers le haut avant que le moignon de l'épaule antérieure soit fixé sous la symphyse pubienne maternelle, pour tenter d'extraire l'épaule postérieure. Ce geste bloquerait l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne rendant la fin de l'accouchement impossible. Si l'épaule antérieure tarde à apparaître, ne perds pas patience et tu t'appliques à refaire (ou à faire) l'hyper-rotation et à amener la tête fœtale vers le bas, avant de faire les gestes curatifs d'une vraie dystocie des épaules (voir chapitre 6).

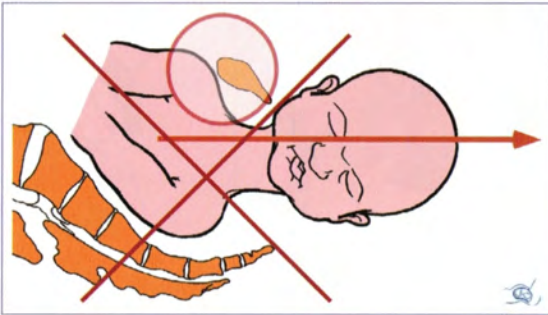


Figure 34 : Fausse dystocie des épaules. Attention : une traction horizontale pour extraire l'épaule antérieure aboutit au blocage de cette épaule au-dessus de la symphyse pubienne et crée une dystocie iatrogène des épaules (tu dois penser qu'il faut orienter la tête du fœtus vers le bas dans l'axe ombilico-coccygien pour que ses épaules s'engagent dans le bassin).



Nous en reparlerons plus tard, mais saches que la délivrance dirigée, soit 5 UI de Syntocinon® injecté en IVD par un aide, doit être faite à ce moment là (fin du dégagement de l'épaule antérieure) pour diminuer le risque d'hémorragie de la délivrance (figures 35).



Figure 35 : Délivrance dirigée. Injection IVD de 5 UI de Syntocinon * par un aide au moment de la fin du dégagement de l'épaule antérieure.

Une fois l'épaule antérieure à la vulve, tu demandes à la patiente d'arrêter ses efforts expulsifs et de souffler calmement et lentement. Soit tu te relèves (en gardant un œil sur le périnée postérieur), soit tu gardes un genou à terre et tu amènes **progressivement et doucement** l'axe de traction vers le haut (plafond) pour dégager l'épaule postérieure (figures 36, 37). Les anciens disaient : « c'est la tête fœtale qui fragilise le périnée, mais c'est l'épaule postérieure qui le déchire ». Un bon éclairage te permettra de repérer les zones de faiblesse. Tu pourras ainsi surveiller et contrôler ce dégagement en orientant doucement la sortie du bras, de l'avant-bras et de la main postérieures pour minimiser le traumatisme sur le périnée postérieur.

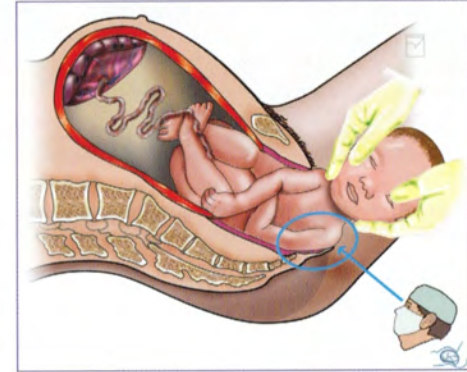


Figure 36 : Dégagement de l'épaule postérieure, il faut surveiller attentivement le périnée postérieur et faire des mouvements très doux.



Figure 37 : Dégagement de l'épaule postérieure, la tête est remontée doucement.