

Expulsion des présentations céphaliques

Sommaire

- [1 - Définition](#)
- [2 - Mécanique](#)
- [3 - Physiologie](#)
- [4 - Clinique](#)
- [5 - Conduite à tenir](#)
- [6 - Particularités](#)

1 - Définition

Expulsion du latin “expulsare” = chasser avec violence.

C'est le 3ème temps de l'accouchement qui suit l'engagement, la descente et la rotation de la présentation.

C'est le temps mécanique du dégagement.

Pour MERGER, c'est la 2ème période du travail.

L'expulsion commence après dilatation complète pour se terminer après la naissance de l'enfant.

Pour se faire, les conditions nécessaires sont :

- effacement et dilatation du col terminés,
- poche des eaux rompue,
- présentation céphalique engagée,
- et même présente au détroit inférieur en ayant effectué sa rotation.

2 - Mécanique

Comme référence de cette étude, nous prendrons la variété occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA).

Le dégagement en variété occipito-pubienne (OP) représente 98 % des présentations.

Le dégagement se caractérise essentiellement par :

- un changement de direction dans la progression de la tête,
- un changement d'attitude de la tête,
- une ampliation du périnée.

Changement de direction

Pour sortir du bassin, le fœtus, qui s'est engagé dans un diamètre oblique gauche du détroit supérieur (DS), tête hyperfléchie, occiput en regard de l'éminence ilio-pectinée gauche, après une descente suivant l'axe ombilico-coccygien (en bas, en arrière) oriente sa tête dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur (DI).

L'axe de progression de la tête devient alors horizontal puis vertical en haut, en avant, la fente vulvaire devenant antérieure, horizontale.

En fin de descente, le front butte sur le sacrum, entraînant un complément de flexion et un complément de descente de la tête.

Changement d'attitude de la tête

Ainsi, le sous-occiput se fixe sous la symphyse pubienne, point de pivot autour duquel se fera la déflexion de la tête permettant le dégagement.

Le front balaie la concavité sacrée, le périnée postérieur, l'anus, le périnée antérieur, avec apparition à la vulve progressivement de l'occiput, des bosses pariétales, du front, du nez, de la bouche, du menton.

Ce mouvement de déflexion provoque la désolidarisation tête-tronc qui était nécessaire à une bonne descente et rotation.

La tête se dégage, les épaules, après orientation et amoindrissement par tassement (le diamètre bisacromial passant de 12 cm à 9,5 cm), s'engagent dans le diamètre oblique droit, perpendiculaire à celui emprunté par le sous-occipito-bregmatique.

La descente des épaules, toujours dans l'axe ombilico-coccygien, se termine par une rotation provoquant un mouvement de restitution de la tête, l'épaule antérieure se fixant sous la symphyse pubienne, point de pivot pendant que l'épaule postérieure balaie la concavité sacrée, le périnée postérieur, l'anus, le périnée antérieur.

L'épaule antérieure glisse sous la symphyse, puis l'épaule postérieure se dégage. Les épaules se dégagent, le siège s'engage, descend et tourne, de façon identique, sans difficulté, le diamètre bi-trochantérien étant de 9,5 cm, et se dégage sans particularité.

Ampliation du périnée

La tête doit vaincre la résistance du releveur par poussées successives ; le périnée va céder, le raphé ano-coccygien s'allonge, l'anus s'entrouvre, le périnée antérieur bombe, et dans le même temps, le coccyx est rétropulsé, transformant le diamètre coccyx sous-pubien de 9,5 cm à 11 cm.

3 - Physiologie

Phénomènes dynamiques

Le fœtus va être propulsé en dehors de l'utérus et obligé de vaincre les obstacles rencontrés : les parties molles et le périnée. Pour se faire, différents mécanismes entrent en jeu : des contractions utérines, des pressions, des efforts expulsifs volontaires et dirigés.

L'envie de pousser est déterminée par la prise de contact de la présentation avec le plancher pelvi-périnéal, à la partie moyenne de l'excavation.

La contraction utérine, renforcée par les contractions volontaires des muscles striés, va modifier la valeur des pressions ordinaires et même les doubler, les chiffres pouvant atteindre 100 à 130 mm d'Hg. En effet, 10 minutes d'efforts expulsifs font subir au fœtus les mêmes pressions que 20 à 25 minutes de contractions utérines simples.

Alors que la contraction utérine physiologique n'altère pas l'hémo-dynamique utéro-placentaire, au cours de l'expulsion, il y aura interruption de la circulation artérielle utérine et de la circulation intervillose, entraînant une diminution d'O₂ et de glucose, une augmentation de CO₂ et de lactates.

Chez la mère, des efforts expulsifs longs et prolongés, avec alternance d'apnées et d'hyperventilation, modifient le rythme respiratoire, avec acidose respiratoire par une hausse de la PCO₂. Sur le plan métabolique, le travail musculaire plus intense, augmente la production des lactates qui s'accumulent.

Cela crée une acidose métabolique importante qui, bien sûr, est variable en fonction de la parité et de la durée de l'expulsion.

Cette acidose transmise au fœtus entraîne une acidose fœtale.

La douleur, l'anxiété, font augmenter le cortisol et le taux de catécholamines dont l'action touche les vaisseaux utérins par effet alpha-sympathique vaso-constricteur. Il est donc important de supprimer la douleur, de calmer l'anxiété afin d'éviter une cause supplémentaire d'anoxie fœtale.

Réaction du fœtus à l'agression

L'incidence agressive de la contraction a au moins 3 actions :

- une réduction de la circulation placentaire mettant le fœtus en anoxie,
- une compression de la surface du fœtus par l'utérus, une contraction utérine de 35 à 50 mm d'Hg pouvant atteindre en fin de dilatation 40 à 60 mm d'Hg jusqu'à 130 mm d'Hg à l'expulsion (plus de 5,2 à 8 kg Pa) et une compression possible également du cordon,
- une compression du crâne par les forces mécaniques exercées et le contact sur des tissus résistants, entraînant une diminution du débit carotidien fœtal.

Cette agression va se traduire par :

- une réponse du fœtus avec acidose métabolique, hypoxie, hypercapnie.

Rappelons que les apports essentiels énergétiques du fœtus permettant le bon fonctionnement des cellules sont le sucre et l'oxygène. En schématisant, en cas d'hypoxie, le glycogène hépatique est transformé en énergie et pyruvate. Ce dernier, en milieu anaérobie, donne du lactate et du CO₂, traduisant une acidose métabolique concrétisée par la chute du pH (la valeur normale du pH est de 7,30 ; il est considéré en pré-acidose entre 7,25 et 7,20) (tableau 1).

Tableau 1 : Les éléments d'appréciation de l'équilibre métabolique du fœtus au cours de l'accouchement

	Dilatation	Expulsion	Naissance
pH	7,35	7,30	7,25
PO ₂ (mm Hg)	25	15	10
PCO ₂ (mm Hg)	35	40	45
Déficit basique (mEq)	- 4	- 5	- 7
Bicarbonate (mEq)	43	40	37

- une réponse cardio-vasculaire du fœtus.

Chez le fœtus en hypoxie, on observe :

- l'apparition d'une hypertension artérielle attribuée à l'effet vaso-constricteur de la réponse adrénnergique,
- une redistribution des flux loco-régionaux avec : augmentation des flux placentaire, coronaire, cérébral, surrénal, diminution des flux pulmonaire, cutanés, splénique, intestinaux (d'où émission de méconium), afin de protéger le cœur et le cerveau. Cependant, hypercapnie plus hypoxie entraînent une vasodilatation cérébrale et un œdème aggravant l'ischémie cérébrale avec syndrome hémorragique (par libération de thromboplastine),
- une diminution du rythme cardiaque fœtal proportionnelle à l'hypoxie (normal entre 120 et 160 battements par minute).

Pendant l'expulsion, les ralentissements surviennent dans 1/3 des cas.

Les [travaux de MELCHIOR](#) et collaborateurs décrivent d'ailleurs différents types de tracés :

- type 0 : rythme non modifié (2,1 % des cas),
- type 1 : ralentissements au cours des efforts expulsifs avec rythme cardiaque fœtal normal entre les poussées (43,3 %),
- type 2 : bradycardie permanente d'apparition précoce (42,8 %),
- type 3 : bradycardie permanente avec accélérations au moment des contractions utérines,
- type 4 : rythme cardiaque fœtal normal puis bradycardie secondaire.

les types 0 et 1 étant les seuls normaux, le type 4 de pronostic le plus défavorable.

En conclusion, il faudra éviter une expulsion trop longue et trop pénible entraînant une anoxie irréversible.

N'oublions pas de dire que le passage du fœtus dans la filière génitale, s'il est un moment d'agression, est aussi positif pour l'essorage des voies respiratoires permettant au fœtus d'éliminer le LA et les sécrétions diverses dégluties.

Les formations musculaires

Rappel anatomique

Le *diaphragme pelvien* est constitué par :

- les muscles releveurs de l'anus,
- les ischio-coccygiens.

Leur ensemble, périnée commun de FARABEUF, est composé de nombreux faisceaux musculaires qui forment un entonnoir dont la paroi antérieure est percée par la fente des releveurs, médiane, à grand axe antéro-postérieur, livrant passage, d'avant en arrière, à l'urètre, au vagin et au rectum. Les muscles du périnée situés au dessous du diaphragme pelvien, forment le périnée antérieur, le périnée postérieur, réunis entre le vagin et le rectum, au niveau du noyau central du périnée.

Le *périnée antérieur* est constitué de 2 étages musculaires :

- un étage supérieur ou profond :
 - * muscle transverse profond,
 - * constricteurs du vagin et de l'urètre,
 - * muscle recto-vaginal.
- un étage inférieur ou superficiel :
 - * muscles transverses superficiels,
 - * muscle ischio-caverneux,
 - * muscle bulbo-caverneux.

Le périnée postérieur

Du point de vue anatomique, il est constitué par l'ensemble des parties molles situées autour du canal anal, entre la peau et le releveur de l'anus.

Du point de vue obstétrical, il est constitué par :

- le sphincter externe de l'anus,
- le raphé ano-coccygien,
- la pédale coccygienne.

Le noyau central du périnée

Il unit le périnée antérieur au périnée postérieur, noyau fibro-musculaire dense et résistant constitué d'un enchevêtrement de tissu fibreux et musculaire. Dans leur ensemble, les muscles du périnée se répartissent autour du noyau central ; ils forment une sorte de plancher, situé au dessous du diaphragme pelvien.

La présentation, sous l'influence des forces utérines et abdominales, va progressivement modifier l'architecture des formations musculo-aponévrotiques qui ferment en bas l'excavation pelvienne.

Au cours de l'expulsion, la tête fœtale va successivement provoquer l'ampliation vaginale, écarter les lèvres de la fente des releveurs, modifier le périnée et enfin, distendre l'orifice vulvaire ; cette filière ainsi développée en longueur et en largeur est dénommée.

[l'infundibulum périnéo-vulvaire de FARABEUF](#)

L'ampliation du vagin est maximum, les parois vaginales sont plaquées contre la paroi pelvienne, la souplesse normale du vagin étant encore facilitée par l'imbibition gravidique.

La résistance du releveur au pilonnage de la présentation est le premier fait physiologique fondamental de l'expulsion.

Le contact de la présentation avec le plancher pelvi-périnéal déclenche l'envie de pousser à chaque contraction utérine.

Si la présentation céphalique n'a pas effectué sa rotation, de telle façon que le sous-occipito-bregmatique se trouve dans l'axe antéro-postérieur du détroit inférieur, dès qu'elle touche le releveur (qui a une direction en bas, en dedans, en avant), elle devra s'orienter. C'est le deuxième fait physiologique de l'expulsion (expérience de Paul DUBOIS).

Pour l'occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA), la tête tourne de 45° en avant, et nous assistons à un dégagement en variété occipito-pubienne (OP).

Nous verrons les autres cas dans les particularités.

La tête, par son mouvement de butoir sur le périnée postérieur, provoque la rétro-pulsion du coccyx avec mise en tension du raphé ano-coccygien, peu extensible ; celui-ci tire fortement sur la commissure postérieure de l'anus, avec ouverture de l'orifice anal, découvrant la partie antérieure du canal anal.

Le périnée postérieur bombe fortement, la tête qui ne peut plus progresser dans l'axe ombilico-coccygien, change d'axe.

La tête butte sur les muscles du périnée antérieur et lamine le noyau central du périnée. Le périnée antérieur s'amplie progressivement, la distance ano-vulvaire s'allonge, donnant à la vulve une direction en haut, en avant. L'orifice vulvaire se déplisse, se distend de plus en plus, s'amincit laissant apparaître petit à petit la tête fœtale.

Phénomènes plastiques

En ce qui concerne, l'OIGA, ils sont modestes. Ils incombent plutôt au modelage d'accommodation de l'engagement.

Pour une variété antérieure bien fléchie, le diamètre syncipito-mentonnier est augmenté, les autres diminués, surtout le sous-occipito-bregmatique.

4 - Clinique

La clinique se superpose à la physiologie. La patiente, souvent, manifeste son envie de pousser à chaque contraction, la tête enfonce le périnée, le périnée postérieur se tend ; puis, la contraction finie, la tête remonte, le périnée cesse de bomber. C'est aussi un jeu de va et vient jusqu'à ce que le sous-occiput se fixe sous la symphyse et que les bosses frontales aient franchi la pointe du coccyx. L'orifice anal est devenu béant, avec parfois exonération involontaire.

Le périnée antérieur est distendu au maximum, la longueur ano-vulvaire s'allonge de 3-4 cm jusqu'à 10 cm et même plus, la peau s'amincit.

Chez la primipare, le passage de l'anneau vulvaire se traduit par l'émission d'un filet de sang annonçant la rupture des vestiges hyméniaux.

L'expulsion va se terminer par un dégagement progressif, la tête se défléchissant, l'opérateur va pouvoir aider et contrôler le mouvement. La patiente ne doit plus pousser.

Il faut se méfier de l'accouchement en "*boulet de canon*" des multipares aboutissant à un sphincter déchiré.

Le dégagement doit être doux, minutieux ; ne pas oublier de vérifier la présence d'un circulaire lâche ou serré.

Nous l'avons vu, la tête se dégage, les épaules s'engagent.

En effet, l'accouchement des épaules suit celui de la tête, d'autant mieux que la solidarisation est meilleure.

Lorsque la tête se dégage, il y a désolidarisation tête-tronc, mouvement de restitution de la tête correspondant à la rotation des épaules dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

Lorsque l'épaule antérieure est fixée sous la symphyse, il faut respecter le sens des tractions correspondant à l'axe de dégagement vers le bas, horizontal, puis vers le haut. L'épaule postérieure arrive à la fourchette, l'épaule antérieure se dégage, puis la postérieure.

Le siège suit l'accouchement du tronc sans particularité.

Dans les variétés antérieures, la durée de l'expulsion est en moyenne de 30 minutes pour la primipare, 15 minutes pour la multipare.

5 - Conduite à tenir

Chaque patiente doit avoir un dossier administratif et médical avec une prise d'observations claire, précise, complète.

L'examen d'entrée doit être systématique avec examen général, examen obstétrical, enregistrement des bruits du cœur, des contractions, des mouvements. Chaque examen de la surveillance du travail, chaque médication sont notés sur le partogramme avec la date, l'heure, le nom de l'exécutant.

La surveillance des bruits du cœur et des contractions est maintenue au moment de l'expulsion et la mise en place d'un scalp-électrode peut être envisagée en fin de travail.

L'opérateur (sage-femme, obstétricien, interne, élève sage-femme) doit être soucieux de son hygiène vestimentaire (blouse, calot) et ne pas oublier l'importance du lavage des mains.

Préparation du matériel

Une salle d'accouchement doit être équipée d'arrivée d'O2, de prise de vide, de table de réanimation avec à portée de main le nécessaire pour perfuser et les médications courantes.

Pour la mère

Une table roulante avec un sachet stérile contenant :

- un plateau avec :
 - une paire de ciseaux à épisiotomie,
 - une paire de ciseaux droits,
 - deux pinces Kocher,
 - un paquet de 10 compresses,
 - deux couches.
- un plateau pour le recueil du placenta,
- un perce membranes sous sachet stérile individuel,
- une cupule contenant un antiseptique pour la désinfection de la vulve,
- un scialytique,
- une blouse, un calot, des sabots,
- des gants stériles,
- si la patiente est de Rhésus négatif (2 déterminations), préparer les tubes pour faire les prélèvements au cordon de groupe Rhésus Coombs (bilirubinémie si incompatibilité Rhésus),
- ne pas oublier de vérifier le matériel pour une ventouse,
- rassembler les papiers administratifs nécessaires à la déclaration de naissance, livret de famille, carnet de maternité.

Pour l'enfant

Pour une réanimation efficace, il faut :

- allumer la lampe chauffante,
- brancher la sonde à désobstruer à usage unique, sur la prise de vide,
- vérifier le débit d'oxygène, le masque à oxygénation et les valves.

Préparer :

- le chronomètre,
- le nécessaire pour la prise des constantes : poids, température, taille, périmètre crânien, bipariétal, périmètre thoracique,
- le nécessaire pour les premiers soins :

* pour le cordon :

- coton ombilical,
- clamp de Barr,
- filet Multipan,
- une paire de ciseaux stériles,
- alcool pour désinfecter la tranche de cordon,
- on vérifie la présence de 2 artères et d'une veine.

* pour les yeux :

- nitrate d'argent en dose individuelle,
- compresses stériles.
- les vêtements : essuyer efficacement le nouveau-né pour éviter l'hypothermie classique ; petite chemise, couche, babygros, brassière en laine,
- les bracelets d'identité qui doivent être mis à la naissance devant la mère.

Installation de la patiente

La patiente est rasée au niveau des grandes lèvres et du périnée. Cela permet d'une part, de mieux contrôler le dégagement, d'autre part, de réaliser une épisiotomie s'avérant nécessaire dans de bonnes conditions.

La vessie doit être vide.

Enlever le soutien-gorge et mettre une chemise pour le confort de la patiente.

Le matériel étant préparé, lorsque l'expulsion est imminente, on installe la patiente :

- les repose-jambes sont montés,

- on glisse un absorbex sous les fesses qui doivent être au ras de la table ; en effet, cela a son importance afin d'effectuer un dégagement aisément sans être gêné par le plan du lit ;
- on pose les cuisses sur les repose-jambes ; on règle leur écartement ; on remonte la tête de la patiente,
- la table est cassée en position gynécologique,
- on approche la table roulante avec le plateau d'accouchement, la cupule,
- on allume le scialytique,
- on désinfecte la vulve.

L'expulsion peut se dérouler dans des conditions optimum afin d'éviter des déchirures périnéales graves, un accouchement trop long pouvant entraîner une anoxie dommageable. L'épisiotomie systématique sera bannie.

Technique de poussée

La sage-femme doit évaluer à quel moment installer la patiente et la faire pousser afin d'éviter une expulsion trop laborieuse chez la primipare, ou trop brutale chez la multipare. Actuellement, beaucoup de patientes sont préparées en cours de psycho-prophylaxie obstétricale. Il est bon de leur rappeler les différents éléments.

Les efforts expulsifs volontaires doivent être concomitants aux contractions utérines pour assurer une bonne descente du mobile fœtal. La patiente doit inspirer, souffler, puis inspirer, bloquer sa respiration, menton en avant et pousser efficacement vers le bas pendant toute la durée de la contraction ; le bassin basculé pour une bonne pression latérale avec les abdominaux. L'utérus se trouve ainsi pris dans un étau entre les abdominaux, le diaphragme et le sacrum en arrière, tout le plancher périnéal étant complètement relâché.

Lorsque l'opérateur peut intervenir, la patiente ne pousse plus pour éviter une expulsion trop brusque avec déchirures, mais effectue une respiration haletante ou lente.

Rappelons que les efforts expulsifs ne doivent pas excéder 30 minutes.

Technique du dégagement

Lorsque le sous-occiput est bien fixé sous la symphyse, la tête commence son mouvement de déflexion. L'opérateur va pouvoir contrôler l'expulsion, le périnée bombe. Le diamètre de dégagement en occipito-pubien étant le sous-occipito-bregmatique de 9,5 cm.

Une main sera posée à plat sur le sommet pour éviter une sortie brutale, puis dégagera doucement les bosses pariétales, puis frontales ; la déflexion progressive permettra à l'autre main la recherche du menton, en arrière de l'anus (protégé par une compresse). Le contrôle est alors maximum.

Le dégagement se fera doucement, millimètre par millimètre, en faisant glisser l'anneau vulvaire sur chaque bosse pariétale pour faire apparaître les yeux, le nez, la bouche, le menton.

La tête est sortie.

Vérifier la présence d'un circulaire, soit lâche, qu'on fait glisser, soit serré, que l'on coupe après la pose de deux pinces Kocher.

Le mouvement de restitution spontané est complété de l'opérateur qui saisit la tête et accompagne le mouvement jusqu'en gauche antérieure (GA) et même gauche transverse (GT). Ce mouvement permettant aux épaules (après un engagement dans le diamètre oblique droit du DS pour les OIGA, puis une descente dans l'axe ombilico-coccygien) de se retrouver dans un diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

Tirer doucement vers le bas dans l'axe ombilico-coccygien ; lorsque l'épaule antérieure est fixée, l'axe devient horizontal, l'épaule postérieure arrive à la fourchette vulvaire, l'épaule antérieure se dégage, puis l'épaule postérieure ; on remonte l'enfant verticalement et antérieurement en surveillant le périnée.

L'expulsion du siège et des membres suit sans difficulté.

L'enfant est posé sur le ventre de sa mère.

Déclencher le chronomètre.

Noter l'heure de l'accouchement.

S'il n'y avait pas de circulaire, couper le cordon. Il reste à effectuer la désobstruction et les premiers soins du nouveau-né, la délivrance et la surveillance de la mère.

Pendant toute cette expulsion, surveiller la vitalité de l'enfant, la modification du rythme cardiaque fœtal traduisant éventuellement une souffrance fœtale.

Les moyens d'action pendant l'expulsion

La perfusion de glucosé n'est pas systématique pendant le travail et même à dilatation complète. En fin de travail, on peut être confronté à une hypokinésie qui en général ne s'arrange pas spontanément, aussi l'administration d'ocytociques en perfusion ou par pompe électrique sera nécessaire.

Les efforts expulsifs inefficaces, la fatigue maternelle, l'inertie utérine et une possible souffrance fœtale peuvent être l'indication d'une aide à l'expulsion pour une extraction rapide. Les attitudes sont différentes suivant les écoles quant au choix de la ventouse ou du forceps, le choix devant être guidé par la connaissance et la pratique de celui qui fera le geste. L'épissiotomie ne sera pas évoquée puisque traitée dans un autre chapitre.

Un dernier mot sur les médications de l'expulsion pour citer la possibilité de la délivrance dirigée dont les indications sont réservées aux antécédents d'hémorragie de la délivrance. Elle est réalisée soit par le Syntocinon® (perfusion ou pompe électrique prolongées), soit par l'injection de 2 ampoules de Methergin® IV au passage des épaules (en respectant les contre-indications telles hypertension, affections cardiaques). Elle nécessite la surveillance de la patiente, une main sur le ventre, pour éviter un enchattement fréquent du placenta entraînant une délivrance artificielle.

6 - Particularités

Dégagement en occipito-sacrée (OS)

Il représente 2,9 % des variétés postérieures. C'est un mouvement difficile qui entraîne souvent des déchirures, qui nécessite de la force car c'est une progression en masse du fœtus et non seulement de la tête.

La tête, déjà fléchie, doit se fléchir au maximum.

“Le cou et le tronc se fléchissent eux aussi, afin de s'enrouler en quelque sorte autour de la symphyse” (LACOMME).

Le front sera le point de pivot sous-symphysaire autour duquel se continuera l'hyperflexion laissant apparaître à la vulve le front, les pariétaux, l'occiput (qui se dégage souvent brutalement) ; le sous-occiput arrivé à la fourchette vulvaire sera le deuxième point de pivot permettant la déflexion de la tête dégageant alors la face. Le mouvement de restitution des épaules se fera d'arrière en avant.

Chez la multipare, avec un périnée plus souple, le dégagement sera plus aisé que chez la primipare où l'on peut envisager une épisiotomie afin d'éviter une déchirure grave du sphincter et la dilacération du périnée (le diamètre de dégagement est le diamètre occipito-frontal de 12 cm).

L'enfant a le crâne déformé avec une bosse séro-sanguine, due essentiellement au modelage par accommodation au bassin maternel.

Dégagement en mento-pubien

1 pour 500 accouchements.

Il se fait après une rotation haute obligatoire en avant, de 45° pour les variétés mento-antérieures, de 135° pour les variétés mento-postérieures.

La désolidarisation tête-tronc va commander la continuation du mouvement nécessaire au dégagement, en effaçant le diamètre pré-stero-syncipital (13,5 à 15 cm) incompatible avec un engagement.

Ainsi nous assistons à :

- la fixation du sous-menton sous la symphyse, point de pivot autour duquel la tête va se fléchir,
- la flexion progressive permettant le dégagement de la tête, laissant apparaître à la vulve : la bouche, le nez, les yeux, le front et l'occiput,
- la déflexion de la tête lorsque le sous-occiput arrive à la fourchette vulvaire, avec extériorisation complète.

L'indication d'épisiotomie doit être large chez la primipar, car le diamètre de dégagement est le sous-mento-occipital de 11 cm, menacant le périnée.

L'enfant aura une tête très déformée, dolichocéphale, avec une face tuméfiée dûe à la bosse sérosanguine que se résorbe en 48 heures. Il peut conserver quelques jours une déflexion partielle de la tête avec parfois un cri éraillé dû à la compression du larynx.

Dystocie des épaules

La dystocie des épaules est une dystocie du gros enfant (5 à 6 % des enfants pèsent à la naissance plus de 4 000 g).

Elle varie de 0,5 à 1 % des accouchements. Il est indispensable de la reconnaître en temps utile et de la traiter correctement en évitant les tractions traumatisantes qui aggravent la dystocie. La dystocie consiste en l'accrochage des saillies acromio-claviculaires sur le pourtour du détroit supérieur car le diamètre bisacromial est alors supérieur à 14 cm.

“La tête extériorisée reste collée à la vulve comme un bouchon” (LACOMME).

Surtout, ne pas tirer plus fort et plus bas, les tractions ne pouvant que traumatiser l'enfant par élongation du cou et atteinte du bulbe, par atteinte des racines nerveuses cervicales avec paralysie du plexus brachial entraînant une infirmité.

L'anesthésiste doit être présent.

Il faut faire la manœuvre dite de JACQUEMIER après épisiotomie si possible, la technique consistant à abaisser le bras postérieur.

Sous anesthésie générale, on introduit la main lubrifiée dans la concavité sacrée, pour remonter jusqu'au détroit supérieur, on abaisse le bras postérieur, doucement afin de l'amener jusqu'à la vulve.

Quelque fois, seul ce geste permet de réduire le diamètre bisacromial et de terminer l'accouchement.

Sinon, il faut transformer le bras antérieur en bras postérieur en faisant faire 180° de rotation au fœtus, et de même que pour l'autre bras, abaisser le 2ème bras à la vulve. L'expulsion peut prendre fin.

Cette manœuvre, bien sûr, ne doit pas être improvisée, mais exécutée par une personne entraînée.

Lorsque le risque de dystocie par disproportion foeto-pelvienne a pu être envisagé, il est préférable d'avoir recours à la césarienne, les complications des dystocies des épaules s'élevant à 10 % des cas avec souffrance fœtale et atteinte du plexus brachial.

Citons [la manœuvre de ZAVANELLI](#) qui consiste en une reposition de la tête de l'enfant dans l'utérus avec extraction par opération césarienne.

En conclusion, l'expulsion se résume à quelques points bien précis :

- diriger les efforts expulsifs de la patiente,
- surveiller la vitalité du fœtus,
- contrôler le dégagement.

donc savoir poser les indications :

- d'une médication,
- d'une intervention instrumentale.