Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 105 (2007)

Heft: 1

Artikel: Risque de dystocie des épaules : faut-il déclencher le travail en cas de macrosomie?

Autor: Othenin-Girard, Véronique / Boulvain, Michel

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949980

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

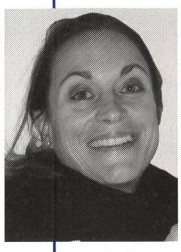
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

C'est un éternel débat! Lorsqu'un bébé semble présenter un poids supérieur à la moyenne, faut-il provoquer ou attendre? Si les deux attitudes ont leurs adeptes et leurs détracteurs, aucune ne repose sur une étude éprouvée. A partir d'un exemple, les auteurs posent le problème ainsi que l'intérêt d'un essai randomisé multicentrique à grande échelle effectué sur ce thème. On sait que la prédiction du poids est faible et que les remèdes peuvent être pires que le mal. On connaît aussi les risques encourus, le principal étant la dystocie des épaules. Et quelle sage-femme n'a pas craint, en présence d'un gros bébé, une telle complication? Saura-t-on réagir et agir? Car si elle ne concerne qu'un nombre peu élevé de naissances, elle n'en représente pas moins une urgence. D'où l'importance d'un plan d'action bien précis, qui nous est rappelé fort à propos.



Le second thème de ce numéro fait également débat. En effet, face à la douleur d'un accouchement, faut-il soulager en augmentant la médicalisation ou respecter la physiologie et accepter la douleur? Des professionnels de tous horizons se sont penchés sur cette délicate question. Accoucher est un événement personnel, chaque femme perçoit la douleur qui l'accompagne selon ses croyances et son histoire. Qu'est-ce qu'alors un «bon» accouchement? Autant de valeurs, autant de réponses et autant de façons de le vivre... mais si ce choix reste individuel, il se doit d'être éclairé et non pas parasité par des idéologies ou des principes imposés par notre société. Il est donc capital de communiquer et d'informer afin de permettre l'anticipation ou prendre conscience pour mieux choisir. En cela, le plan de naissance ou la préparation à la naissance sont bénéfiques.

Ainsi, à l'heure où la césarienne de confort gagne du terrain, il serait peut-être temps que les femmes puissent retrouver un sens à l'accouchement et à la douleur qu'il génère, pour mieux l'accepter et mieux la gérer...

Elvire Sheikh-Enderli

Risque de dystocie des épaules

Faut-il déclencher le cas de macrosomie?

Devant un bébé plus gros que la moyenne pour l'âge gestationnel à terme, faut-il attendre ou provoquer? A partir d'un exemple, les auteurs posent le problème dans ses moindres détails et font comprendre l'intérêt d'un essai randomisé multicentrique (Suisse, France, Belgique) de grande taille d'échantillon qui a débuté en 2003 et auquel ils participent.

VOUS adressez à la maternité une parturiente à 38 semaines d'aménorrhée avec un bébé dont le poids est estimé dans les grands percentiles. Une échographie confirme un poids fœtal supérieur au percentile 95. Vous apprenez au lendemain de sa consultation que:

1. son gynécologue lui a proposé une provocation (ou peut-être une césarienne?) dans les jours qui suivent...
2. un médecin lui a proposé la prise en charge habituelle à la maternité X: attendre que le travail commence spontanément même si le terme est dépassé de quelques jours...
3. un autre médecin, à la maternité Y, lui a proposé la prise en charge habituelle dans son centre: provoquer l'accouchement dans la 38e semaine de grossesse...
4. à la maternité de Genève, on lui a proposé de participer à un essai clinique randomisé concernant la prise en charge de la macrosomie estimée de son bébé. Si elle accepte, elle sera randomisée dans l'un des 2 groupes suivants: *déclenchement du travail* dans les 3 jours qui suivent son inclusion ou *attendre* le début spontané du travail, sans pouvoir choisir ce qu'elle préfère...

Si le concept de la randomisation est difficile à transmettre, à accepter, et peut même parfois choquer, ne pensez-vous pas que le hasard qui conduira votre patiente plutôt en clinique, à Genève ou à Lausanne n'est pas tout aussi déroutant? N'est-il pas temps d'évaluer quelle est la meilleure attitude en cas de macrosomie: attendre ou provoquer? Une enquête conduite il y a quelques années via le site Gyneweb a montré que le déclenchement du travail en cas de suspicion de macrosomie n'était pas une méthode très populaire parmi les gynécologues français. En effet, seulement 7% des répondants proposent cette attitude systématiquement, mais 55% pourraient la proposer en cas de conditions locales favorables. Par contre, 87% des répondants réalisent une échographie pour estimer le poids fœtal en fin de grossesse, soit systématiquement (30%), soit en cas de suspicion de macrosomie fœtale (57%).

Si on réalise cette échographie, que proposer à la femme? Elle est en fin de grossesse, impatiente et anxieuse d'accoucher, et on lui a annoncé que son bébé est plus gros que la moyenne. Elle a vite fait de comprendre qu'accoucher un gros bébé est plus difficile qu'accoucher un bébé de poids moyen. Elle vous demande donc quels sont les risques et que faire pour les éviter. Le risque de césarienne, d'accouchement instrumenté, de dystocie des épaules, de fracture de clavicule et d'élongation du plexus brachial sont augmentés en cas de macrosomie fœtale. Reste donc à tenter de la rassurer en lui disant que ces évènements sont rares, que notre prédiction du poids fœtal est peu fiable et que les remèdes à disposition sont peut-être pires que le mal. Mais les risques sont-ils si faibles que ça? Notre prédiction est-elle aussi mauvaise qu'on le dit? Quelles sont les interventions possibles dans cette situation? Nous allons examiner ces différents aspects, pour conclure que l'équation est trop complexe pour être résolue simplement. Il est donc nécessaire d'évaluer globalement les deux alternatives, déclencher ou non, dans le cadre d'un essai randomisé multicen-

Véronique Othenin-Girard: sage-femme à la Maternité, Hôpitaux Universitaires de Genève.

Michel Boulvain: médecin à la Maternité, Hôpitaux Universitaires de Genève.

travail en

trique de grande taille d'échantillon si on veut obtenir une réponse valable à la question.

Risques maternels et périnataux associés à l'accouchement d'un enfant macrosome

Notre patiente sait probablement que, quand le bébé est plus gros, il y a plus de risques de césarienne. Chaque femme enceinte a entendu des récits d'amies ayant donné naissance à des enfants de plus de 4000 g, soit par voie basse avec difficulté, soit par césarienne réalisée en urgence.

L'augmentation du risque de césarienne en fonction du poids de naissance a été rapportée par de nombreux auteurs. [1–3] Parallèlement et de manière similaire, le risque d'accouchement instrumenté est plus élevé en cas de macrosomie. Le risque de déchirure du sphincter anal est une préoccupation assez récente, qui peut être la cause d'une demande de césarienne élective pour certaines femmes, même en l'absence de macrosomie. [4, 5] Des méthodes de prévention secondaires des séquelles périnéales de l'accouchement ont été proposées, mais ont un impact limité sur le risque d'incontinence fécale à distance de l'accouchement. [6, 7] Il semble logique de penser que tous ces risques pourraient diminuer si on parvenait à réduire le poids du fœtus au moment de la naissance, par exemple en déclenchant l'accouchement.

Le risque principal en cas de macrosomie fœtale est la dystocie des épaules. La revue de la littérature est limitée par la difficulté de définir cette entité et par le fait que cette complication est relativement peu fréquente. Le risque est estimé entre 0,5% et 4%, suivant la définition utilisée par les auteurs des études [8]. Ce risque augmente avec le poids fœtal: 5 fois si le poids est compris entre 4000 et 4500 g et 10 fois si il est supérieur à 4500 g, comparé aux nouveau-nés de moins de 4000 g. Ce risque est plus que doublé, à poids égal, en cas de grossesse compliquée par un diabète gestationnel. [8]

Dans le dossier de ce mois-ci, c'est Louise Vesco (Vernier, GE) qui présente ses sculptures de femmes et de mères.

Photos: JBS

Les risques de césarienne, d'accouchement instrumenté, de dystocie des épaules, de fracture de clavicule et d'élongation du plexus brachial sont augmentés en cas de macrosomie fœtale.

La parturiente est en fin de grossesse, impatiente et anxieuse d'accoucher, et on lui a annoncé que son bébé est plus gros que la moyenne. Elle vous demande donc quels sont les risques et que faire pour les éviter.

Néanmoins, plus de 50% des dystocies des épaules surviennent lors de l'accouchement de fœtus de poids normal, ce qui rend cette complication particulièrement redoutable car elle est peu prévisible.

La raison pour laquelle on craint la dystocie des épaules est le fait qu'elle peut entraîner des paralysies du plexus brachial permanentes, une asphyxie sévère, voire le décès. Comme les paralysies du plexus brachial entraînant un déficit permanent sont extrêmement rares (0,8% chez les enfants de plus de 4500 g et 2,9% si le poids dépasse 5000 g), il a été calculé qu'il faudrait réaliser plusieurs milliers de césariennes électives pour poids estimé à plus de 4500 g pour éviter un cas. [9, 10] Si on réalisait le même calcul pour éviter un cas d'asphyxie sévère ou de mortalité, il faudrait faire encore plus de césariennes, étant donné l'incidence heureusement encore plus faible.

Prédiction du poids de naissance

La prédiction du poids de naissance est imprécise et il est particulièrement frustrant d'intervenir pour une suspicion de macrosomie si l'enfant a un poids de naissance normal. La prédiction par la mesure de la hauteur utérine ou par la palpation de l'utérus (manœuvres de Léopold) [11] permettent de sélectionner un sous-groupe à risque, chez qui on pourra confirmer le poids élevé pour l'âge gestationnel par l'échographie.

Une étude a montré que, chez des multipares, l'estimation par la mère est aussi précise, voire plus, que l'estimation clinique réalisée par un professionnel et qu'elle est nettement supérieure à l'échographie. [12] Cette constatation est évidemment limitée par le fait que ce moyen ne peut pas être utilisé chez les primipares et que c'est surtout chez elles qu'on souhaiterait une estimation des risques.

Les estimations cliniques et échographiques ont une prédiction assez similaire. [13] Une méta-analyse des études évaluant la prédiction de la macrosomie par l'échographie a montré que sa sensibilité avoisinait les 50% (on identifie correctement 1 enfant macrosome sur 2), avec une valeur prédictive positive (VPP, pourcentage d'enfants réellement macrosomes parmi ceux qui sont suspectés) qui varie de 20 à 80%. [14–16]

La littérature souligne les limites de l'échographie pour estimer le poids fœtal. Il est néanmoins assez rare d'aboutir à une erreur grossière, qui fait regretter un changement d'attitude obstétricale suite à l'examen.

Interventions pour diminuer le risque lié à la macrosomie lors de la tentative d'accouchement par voie basse

Dans l'introduction, nous avons vu qu'une attitude expectative pouvait, chez certaines femmes, être vécue comme anxiogène. Ceci est particulièrement le cas dans notre milieu (Genève), où de nombreux gynécologues établis en privé recommandent un déclenchement du travail pour cette indication.

Il a été estimé qu'une politique de césarienne élective si le poids estimé au moment de l'accouchement dépasse 4000 g ou 4500 g nécessiterait 2345 et 3695 césariennes, respectivement, pour éviter un cas de paralysie permanente. [10] La situation est différente chez les femmes présentant un diabète gestationnel, chez qui approximativement 400 césariennes sont nécessaires pour éviter un cas de paralysie. Ces estimations ont servi de base à la formulation des recommandations de l'American College of Obstetricians and Gynecologists, qui restreignent l'indication de césarienne élective aux poids estimés supérieurs à 5000 g (4500 g chez les diabétiques). [17]

Le déclenchement du travail est une intervention fréquente, variant selon les hôpitaux et au cours du temps. [18] Bien que le déclenchement du travail soit fréquent, très peu d'essais randomisés ont évalué les indications de cette intervention. Seules la grossesse post-terme et la rupture prématurée des membranes sont des indications ayant bénéficiés de larges essais contrôlés et dans lesquels le déclenchement du travail a montré son efficacité. Pour d'autres indications telles que la suspicion de fœtus gros pour l'âge gestationnel ou le diabète gestationnel, il n'y a pas d'information suf-

fisante permettant d'adopter une attitude basée sur des preuves valides. Nous avons conduit une revue systématique des essais randomisés en cas de macrosomie, qui est inclue dans la Cochrane Library. [19] Nous avons identifié seulement deux essais cliniques randomisés de faible taille d'échantillon sur cette prise en charge. Ces études n'ont pas permis de mettre en évidence un bénéfice au déclenchement du travail pour cette indication, ni d'effet défavorable, notamment en terme de pourcentage de césarienne (Tableau 1). Les femmes étaient incluses si le poids fœtal estimé dépassait 4000 g. De ce fait, l'âge gestationnel et le poids de naissance étaient similaires entre les groupes, ce qui limite fortement la possibilité de mettre en évidence un bénéfice du déclenchement du travail.

Les études d'observation ont montré un doublement du risque de césarienne en cas de déclenchement du travail. [20] Ces études peuvent être entachées de biais, par exemple si les grossesses avec un fœtus ayant un poids plus extrême et donc un risque plus élevé de dystocie, sont aussi préférentiellement déclenchées. Il faut noter que la majorité des études d'observation évaluant le déclenchement du travail, toutes indications confondues, suggèrent un risque double de césarienne associé à cette intervention. Par contre, l'ensemble des essais randomisés ne mettent pas en évidence d'augmentation du risque lors du déclenchement du travail, quelle que soit l'indication. [18, 21]

Pour répondre aux incertitudes, nous conduisons un essai randomisé multicentrique dans le cadre du GROG (Groupe de recherche en obstétrique et gynécologie). Notre objectif est de comparer le déclenchement du travail à une prise en charge expectative, pour réduire le risque de traumatisme néonatal (y compris la dystocie des épaules et ses conséquences) et de morbidité maternelle, sans augmenter celui de césarienne. Un total de 1600 femmes seront recrutées entre 36 et 38 semaines si la grossesse est unique, en présentation céphalique et le fœtus est estimé gros pour l'âge gestationnel (> p 90 cliniquement et > p 95 par échographie). Toute patiente consentante sera randomisée dans un des deux groupes suivants: (1) Déclenchement du travail entre 37 0/7 et 38 6/7 semaines et dans un délai de 3 jours après la randomisation. (2) Prise en charge expectative jusqu'au déclenchement spontané du travail. En cas de dépassement du terme (41–42 semaines) ou de survenue d'une indication autre que la macrosomie, le travail est bien sûr déclenché. Les mesures d'issue principales seront le traumatisme néonatal (dystocie des épaules, fracture osseuse, paralysie/parésie du plexus brachial ou hémorragie intra-cérébrale), l'asphyxie néonatale (pHa < 7,10 ou Apgar < 7 à 5 minutes), le traumatisme périnéal et la césarienne. Les séquelles à long terme pour la mère et son enfant seront évaluées.

L'essai a débuté en 2003 dans de nombreux hôpitaux en France, en Suisse et en Belgique. Nous espérons que cet essai clinique randomisé permettra de déterminer la meilleure option concernant la prise en charge de femmes dont le fœtus est suspecté gros pour l'âge gestationnel à terme et donc de répondre à la question que se posent de nombreux gynécologues et sages-femmes quand ils doivent prendre en charge une femme dont le bébé semble présenter un poids supérieur à la moyenne. ◀

	Déclenchement N=153	Expectative N=160	RR (IC95%)
Poids de naissance	4086 g	4149 g	
Césarienne	32 (21%)	38 (24%)	0,9 (0,6–1.3)
Accouchement instrumenté	17 (11%)	18 (11%)	1,0 (0,5–1,8)
Dystocie d'épaule	9 (6%)	9 (6%)	1,1 (0,4–2,6)
Paralysie brachiale	0	2 (1%)	0,2 (0,0–4,3)
Fracture clavicule	0	4 (3%)	0,1 (0,0–2,1)

Tableau 1: **Revue systématique des essais randomisés évaluant le déclenchement du travail pour suspicion de macrosomie fœtale: risques relatifs (RR) maternels et périnataux (intervalle de confiance à 95%, IC95%).**

Références

[1] *Berard J., Dufour P., Vinatier D., Subtil D., Vanderstichele S., Monnier J.C., et al. Fetal macrosomia:* risk factors and outcome. A study of the outcome concerning 100 cases > 4500 g. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 77:51–9.

[2] *Feinstein U., Sheiner E., Levy A., Hallak M., Mazor M.:* Risk factors for arrest of descent during the second stage of labor. Int J Gynaecol Obstet 2002; 77:7–14.

[3] *Batallan A., Goffinet F., Paris-Llado J., Fortin A., Breart G., Madelenat P., et al.:* [Fetal macrosomia: management, obstetrical and neonatal results. Multicenter case-control study in 15 maternity hospitals in Paris and the Ile de France area]. Gynecol Obstet Fertil 2002; 30:483–91.

[4] *Faltin D.L., Sangalli M.R., Curtin F., Morabia A., Weil A.:* Prevalence of anal incontinence and other anorectal symptoms in women. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001; 12:117–120.

[5] *Al-Mufti R., McCarthy A., Fisk N.M.:* Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 73:1–4.

[6] *Faltin D.L., Boulvain M., Irion O., Bretones S., Stan C., Weil A.:* Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. Obstet Gynecol 2000; 95:643–7.

[7] *Faltin D.L., Boulvain M., Floris L.A., Irion O.:* Diagnosis of anal sphincter tears to prevent fecal incontinence: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2005; 106:6–13.

[8] *Nesbitt T.S., Gilbert W.M., Herrchen B.:* Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. Am J Obstet Gynecol 1998; 179:476–80.

[9] *Raio L., Ghezzi F., Di Naro E., Buttarelli M., Franchi M., Durig P., et al.:* Perinatal outcome of fetuses with a birth weight greater than 4500 g: an analysis of 3356 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 109:160–5.

[10] *Rouse D.J., Owen J., Goldenberg R.L., Cliver S.P.:* The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. JAMA 1996; 276:1480–6.

[11] *Loeffler F.E.:* Clinical foetal weight prediction. J Obstet Gynaecol Br Commonw 1967; 74:675–7.

[12] *Chauhan S.P., Lutton P.M., Bailey K.J., Guerrieri J.P., Morrison J.C.:* Intrapartum clinical, sonographic, and parous patients' estimates of newborn birth weight. Obstet Gynecol 1992;79:956–8.

[13] *Noumi G., Collado-Khoury F., Bombard A., Julliard K., Weiner Z.:* Clinical and sonographic estimation of fetal weight performed during labor by residents. Am J Obstet Gynecol 2005;192:1407–9.

[14] *Chauhan S.P., Grobman W.A., Gherman R.A., Chauhan V.B., Chang G., Magann E.F., et al.:* Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. Am J Obstet Gynecol 2005; 193:332–46.

[15] *McLaren R.A., Puckett J.L., Chauhan S.P.:* Estimators of birth weight in pregnant women requiring insulin: a comparison of seven sonographic models. Obstetrics & Gynecology 1995; 85:565–9.

[16] *Chauhan S.P., West D.J., Scardo J.A., Boyd J.M., Joiner J., Hendrix N.W.:* Antepartum detection of macrosomic fetus: clinical versus sonographic, including soft-tissue measurements. Obstetrics & Gynecology 2000; 95:639–42.

[17] *Sokol R.J., Blackwell S.C.:* ACOG practice bulletin: Shoulder dystocia. Number 40, November 2002. (Replaces practice pattern number 7, October 1997). Int J Gynaecol Obstet 2003; 80:87–92.

[18] *Boulvain M., Marcoux S., Bureau M., Fortier M., Fraser W.:* Risks of induction of labour in uncomplicated term pregnancies. Paediatr Perinat Epidemiol 2001; 15:131–8.

[19] *Irion O., Boulvain M.:* Induction of labour for suspected fetal macrosomia. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2.

[20] *Sanchez-Ramos L., Bernstein S., Kaunitz A.M.:* Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: a systematic review. Obstet Gynecol 2002; 100:997–1002.

[21] *Hannah M.E., Hannah W.J., Hellmann J., Hewson S., Milner R., Willan A.:* Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. N Engl J Med 1992; 326:1587–92.