

LE GROS ENFANT

I-DEFINITION

- Le GE de définit par un Pds > 4000 g
- 5–6% des enfants présentent plus de 4 kg → Acct sans Pb en général.
- 2 % d'enfants présente > 4 kg 500 g ; se sont eux qui présentent des difficultés au cours de l'accouchement.
- L'intérêt est de dépister le GE afin d'éviter les complications : DPF (bassin normal) Dystocie des épaule et ces conséquences.

II) FACTEURS FAVORISANTS :

- Constitutionnel : la grande taille des parents
- Parturientes âgée.
- Atct de G.E
- L'obésité
- Diabète non ou mal équilibrée
- Hu > 36 cm Cpo > 105 cm.
- Terme de grossesse \geq 42 SA.

III) DEPISTAGE DES FEMMES A RISQUE DE G.E :

2 types de critères :

Cliniques : estimation du terme :

D.D.R et écho précoce : un terme > 42 Sa ; 10 –20% GE.

Ex général :

Poids et surtout la prise de poids de la femme enceinte.

Pendant la grossesse (+ 12 kg à la fin de la grossesse signe d'alarme).

Ex. Examen obstétrical :

- ✓ Hu et Cpo à chaque examen prénatal avec comparaison de courbe correspondante au terme.

✓ Recherche de la glycosurie et/ou protéinurie/Labtix.

✓ **Echographie :**

- Echo précoce → déterminer le terme.
- Echo morphologie → 23-24 SA afin de dépister
Les malformations (diabète isomm)
- **Biométrie :** à 33 –34 SA
Permet une comparaison R/R aux
Normes à terme (courbe de référence)
BiP, DAT, LF
Nombre de fœtus, position, placenta.

✓ **Biologie :**

- Dépistage d'un diabète pré-existant ou diabète gestationnel.

IV) DIAGNOSTIC (+) DU G.E A TERME :

- **Clinique :** Etat général, TA, TT, T° poids taille

Inspection : utérus de forme normale mais gros.

Hu > 36 cm CPO > 105 cm.

- **Palpation :** présentation céphalique haute
D'abord sus symphysaire
Dos vaste étale
Gros siège

- **TV :** tête reste haute
Segment inférieur très épais.

- **Para-clinique:** glycosurie

- **Echographie :** macrosomie devant un
BiP > 100 m
DAT > 100 m
LF > 77 m

▪ **Rx pelvimétrie :**

✓ Suspicion de macrosomie sur U.C

✓ ATCT :

□ de séquelle (fracture de la clavicule, de l'humérus)

□ Dystocie des épaules

□ de forceps difficile

✓ Suspicion d'un bassin rétréci.

V) ACCT DU G.E :

a) Consultation préanesthésique.

b) Mode d'Acct. :

1. Césarienne prophylactique :

- Pathologie associée - Primigeste âgée

-Présentation de siège - Utérus cicatriciel.

- Grossesse prolongée - Bassin rétréci

- Macrosomie fœtale du travail.

2. Acct. Par voie basse :

Soit déclenchement spontané.

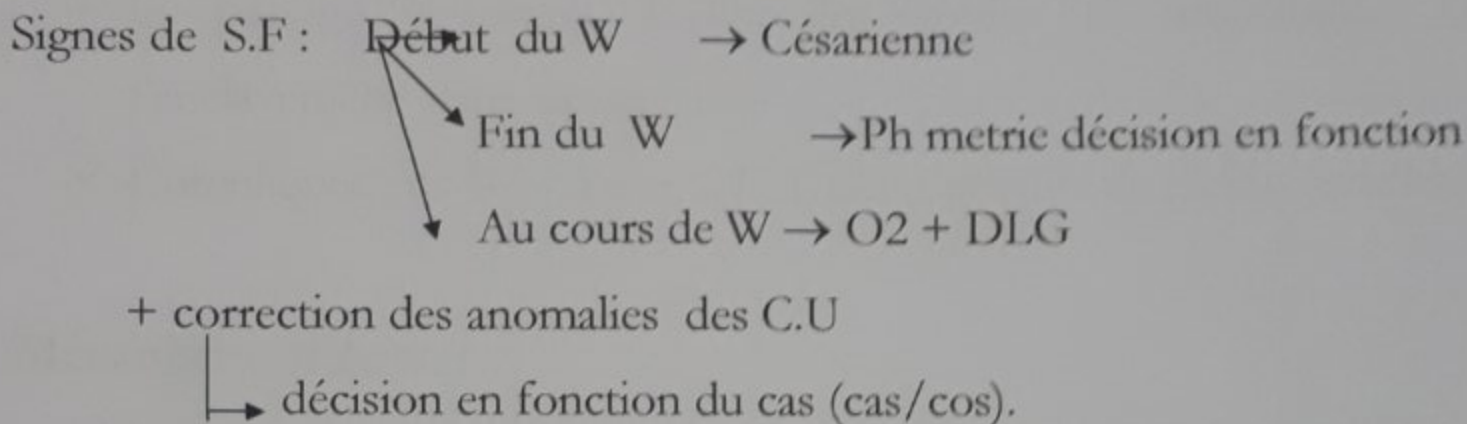
Ou déclenchement du artificielle (considéré comme épreuve du travail).

Conditions :

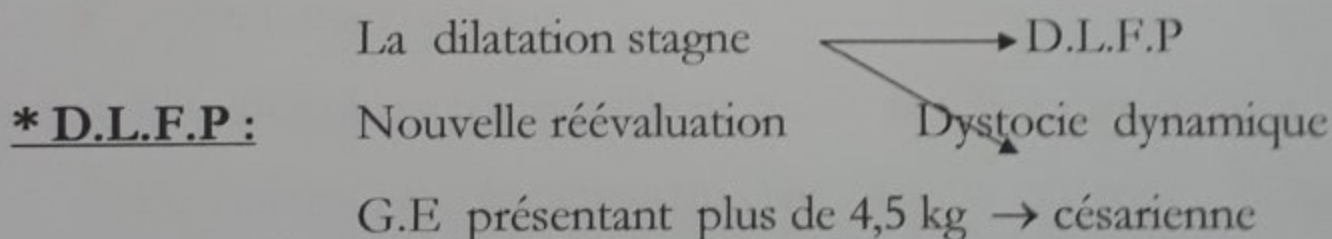
- L'acct. en présence d'une équipe obstétricale.
- 38 SA
- patiente ayant accouché
- bassin perméable
- bishop > 7
- Examen général et obstétrical en début de travail

- RCF + amnioscopie
- Etablir le parthogramme
- Direction du travail (syntocinon en perfusion)
- Surveillance stricte + direction des efforts expulsifs au moment des C.U.
- Délivrance dirigée sous utérotonique (risque d'hémorragie)

3. Anomalies sur cours de l'Acct. :

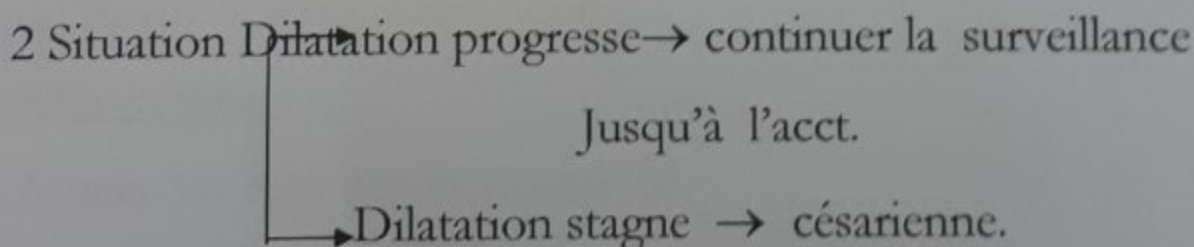


c) Anomalies de la dilatation :



* Dystocie dynamique :

Corriger l'hypocimésie ou l'hypercinesie.



d) Dystocie mécanique :

- Défaut d'engagement → césarienne
- Bosse SS + chevauchement biparietal → césarienne

- Présentation engagée au 1/3 moyen de l'excavation

Dilatation complète. absence de BBS

↳ Forceps → échec → césarienne.

e) Dystocie des épaules :

- ✓ C'est une urgence OBST
- ✓ Fréquence 1,5 %
- ✓ le passage à travers le D.S des épaules est impossible voire l'enclavement dans l'excavation.
- ✓ Complicquée : ds 10% d'une S.F.A, d'une atteinte du plexus brachial.

Mécanisme d'Acct. :

- ✓ Enfant de poids NI → le ϕ biacromial de 120 mm se réduit → 95mm

↳ Epaules franchissent le DS et la filière pelvienne.

- ✓ Enfant macrosome :

Le mouvement transversale ne réduit le ϕ Biacromiale qu'à 120 mm .

Le épaules ne franchissent pas le DS ou reste bloquées dans l'excavation.

- ✓ La traction sur la tête entraîne une fracture de la clavicule traumatisme du flexus brachial Elongation du .

4) Le Diagnostic :

Aspect en bouchon de champagne.

- ↳ Tête reste bloquée hors de la Vulve.
- ↳ Epaules ne se dégagent pas

Eviter toute traction de la tête ou expression Abd.

CAT :

- ✓ Présence d'obligatoire d'un opérateur entraîné
 - Anesthésiste
 - Un pédiatre
- ✓ Patiente en décubitus dorsal
- ✓ Episiotomie large
- ✓ Aspiration du nouveau né afin d'éviter l'asphyxie fœtale.
- ✓ Les manœuvres qu'on peut pratiquer :
 - Mac Roberts
 - Pression sus pubienne
 - Manœuvre de Jacquemier
 - Manœuvre de Wood
 - Manœuvre de Rubin
 - Manœuvre de Couder

Sur le plan pratique :

- Position de Mac Roberts
- Poursuivre les efforts expulsifs
- Expression sus Pubienne ± utérine douce.
- Echec → manœuvre de Jacquemier voire Zannelli.

Manœuvre de Jacquier :

Abaissement de l'épaule post

- ✓ Après avoir ganter et lubrifier la main.
- ✓ Introduction de la main en arrière de la tête fœtale, suit la concavité sacrée jusqu'au sinus sacro-iliaque.
- ✓ La main franchit le DS pour atteindre l'humérus puis l'avant bras post.

- ✓ Extraction de l'avant bras doucement hors de la vulve le faire passer devant le thorax on dit « Mouché le fœtus ».
- ✓ Cet avant bras va servir de tracteur pour dégager l'épaule.
- ✓ Si l'épaule ne se dégage → faire une rotation de 180° → transformer cette épaule en épaule post et on effectue la même manœuvre d'abaissement pour l'épaule post.

Manœuvre de Jacquemier :

❖ Pronostic :

Maternel :

- Travail prolongé.
- Lésion traumatique au cours de l'Acct. Du clitoris, du vagin, déchirure du périnée à différent degrés.
- Segment inférieur
- Les organes voisins : vessie surtout fistule
- Hémorragie de la délivrance, infection
- Inertie utérine.

❖ Fœtal :

- Traumatisme du flexus brachial (élongation ou rupture)
 - Fracture de la clavicule
 - Fracture de l'humérus, parfois fémur si siège.

- ❖ L'anoxie : est dû à la dystocie des épaules, acct. Long, fragilité d'un enfant de mère diabétique. Retard d'extraction.

Conclusion

- L'accouchement du gros enfant exposé aux complications grave dont le Dystocie des épaules est une complication rare, mais dont les conséquences peuvent être grave pour le fœtus.
- Impossible de prévenir et très difficile de prévoir avec certitude.
- La morbidité et la mortalité reste élevée.

Pour justifier une césarienne (sauf cas particulier) :

- Les facteurs favorisants doivent être connus.
- Une bonne confrontation Echo-pelvienne.
- Connaissance parfaite des manœuvres.
- Présence d'une équipe pluridisciplinaire.