



Hôpitaux Civils  
de Colmar  
PFME Pasteur 2  
Protocoles Obstétricaux

## ACCOUCHEMENT DU MACROSOME

Protocole 17c  
Creation : 2014  
Revisions  
1/2019 Dr Mahgoub, Dr Kutnahorsky  
06/2025 Dr Marescaux

### GENERALITES

- ✚ La macrosomie foetale est un facteur de risque majeur de DE (dystocie des épaules) qui elle-même est un facteur de risque majeur d'EPB (élongation du plexus brachial) (NP3).
- ✚ Le but de la césarienne programmée en cas de suspicion de macrosomie foetale est principalement d'éviter la DE (et ses conséquences) ainsi que la césarienne pendant le travail (et ses conséquences).
- ✚ Cependant, la reconnaissance de la macrosomie foetale est très imprécise même à l'aide de l'échographie (NP3). La prédiction du risque de complications (DE et EPB) liées à la macrosomie est également très médiocre (NP3).
- ✚ Les décisions de tentative de voie basse doivent être prudentes en cas de mère diabétique et de suspicion de macrosomie importante où les risques de DE et d'EPB sont très élevés (NP3).
- ✚ En cas d'antécédent de DE, la probabilité d'une nouvelle DE reste modérée (5 à 10 %) mais le risque est multiplié par 17 par rapport à une autre multipare sans antécédent (NP3). Il paraît légitime en cas d'antécédent de DE associé à une complication grave (EPB, décès néonatal) de pratiquer une césarienne prophylactique même si cette stratégie n'a pas été évaluée (NP5).

### RECONNAISSANCE DE LA MACROSOMIE

- ✚ Si l'estimation de poids est échographique (si besoin en salle d'accouchement), un enfant de poids estimé  $\geq 4$  kg (croissance  $> 97^{\text{ème}}$  perc et PA  $> 360$  mm) est considéré comme macrosome.
- ✚ Avec la mesure de la hauteur utérine (aussi fiable que l'échographie à terme), est considéré comme macrosome un fœtus lorsque la HU  $> 37$  cm.
- ✚ L'épreuve du travail sur macrosomie impose un bassin cliniquement normal.
- ✚ Le déclenchement d'un macrosome sans diabète n'est pas recommandé de façon systématique mais peut être discuté si les critères DAME sont présents :
  - **EPF  $\geq 3500$  g à 36 SA**
  - **EPF  $\geq 3700$  g à 37 SA**
  - **EPF  $\geq 3900$  g à 38 SA**

### CONTRE-INDICATION A LA VOIE BASSE

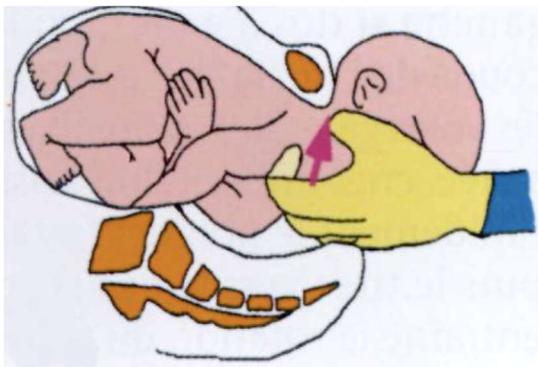
- ✚ Macrosomie  $> 5000$ g
- ✚ Macrosomie de mère diabétique  $> 4500$  g (à 4500 g, le risque de DE est de 50%). Discussion si macrosomie entre 4250g et 4500 g avec DG
- ✚ Macrosomie et bassin rétréci

## ACCOUCHEMENT DU MACROSOME

### ACCOUCHEMENT

40 à 50% des DE ne surviennent pas chez des macrosomes et 30 à 50% des EPB surviennent en l'absence de DE identifiée ou chez des nouveaux-nés non macrosomes. Compte tenu de ce caractère imprévisible, la seule solution est la prévention des complications de la DE (EPB ou fractures) par une prise en charge adaptée au moment de l'accouchement.

- ✚ Présence d'un obstétricien
  - ✚ Etre certain de l'orientation du dos, au besoin vérifiée à l'échographie (pour les manœuvres éventuelles)
  - ✚ Eviter les extractions instrumentales sur présentations hautes, car elles sont de mauvais pronostic pour la suite de l'accouchement
  - ✚ Il n'existe pas d'argument dans la littérature pour recommander une épisiotomie systématique (*RPC épisiotomie 2005*)
  - ✚ Pour les épaules, pratiquer une **manoeuvre de Mac Roberts préventive avec pression sus pubienne** voire une **manoeuvre de Couder** (dégagement du bras antérieur si épaule antérieure dégagée)
  - ✚ S'il existe une difficulté aux épaules, c'est à dire des épaules engagées coincées dans l'excavation : **Manoeuvre de Wood inversé** (rotation et transformation de l'épaule postérieure en épaule antérieure)
  - ✚ S'il existe une dystocie des épaules vraie, c'est à dire des épaules non engagées : **Manoeuvre de Jacquemier** (dégagement de l'épaule postérieure)
- Ne jamais oublier que le pH chute de 0,2 unités toutes les 5 minutes et que durant l'extraction, le fœtus est bien plus exposé aux lésions traumatiques qu'à l'hypoxie.*



#### Manœuvre de Couder :

Pas adaptée en cas de dystocie des épaules puisqu'elle n'est faisable que si l'épaule antérieure est sortie.

Dégagement de l'épaule antérieure en passant deux doigts sous la symphyse pubienne le long du bras du fœtus en remontant jusqu'au pli du coude. Ensuite l'opérateur repousse le coude derrière le dos du fœtus en fléchissant l'avant-bras. La main fœtale se dégage alors sous la symphyse pubienne.



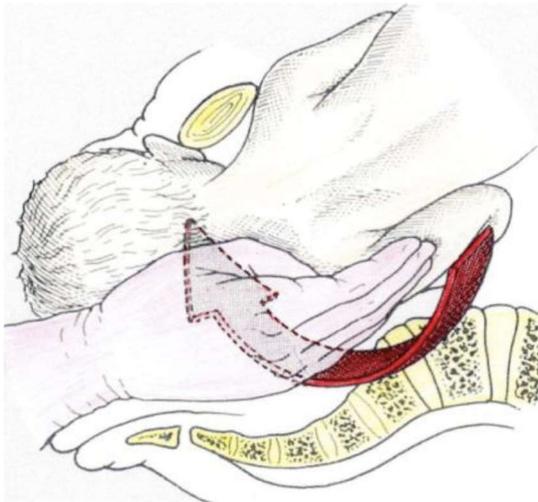
Hôpitaux Civiles  
de Colmar

PFME Pasteur 2  
Protocoles Obstétricaux

## ACCOUCHEMENT DU MACROSOME

Protocole 17c  
Creation : 2014  
Revisions

1/2019 Dr Mahgoub, Dr Kutnahorsky  
06/2025 Dr Marescaux



### Manœuvre de Wood inversée :

Le dos du fœtus est orienté à gauche, l'épaule gauche est donc postérieure dans l'excavation, la main droite de l'accoucheur rentre en contact avec cette épaule et applique une pression progressive permettant une rotation du mobile foetal dans le sens des aiguilles d'une montre (si dos à gauche) et l'épaule initialement postérieure devient antérieure se dégage sous la symphyse.  
(A l'inverse si le dos foetal est à droite)

### Manœuvre de Jacquemier :

Lorsque les deux épaules sont au dessus du détroit supérieur.

Possible à mains nues, opérateur à genoux, il utilise sa main gauche si le dos du fœtus est à gauche et sa main droite si le dos est à droite. Il monte sa main en direction du promontoire et va repérer l'épaule postérieure retenue au dessus de DS sans perte de contact il suit le bras postérieur puis l'avant bras et saisit la main foetale. Dès qu'il tient fermement la main au niveau du poignet, il retire lentement son bras dans l'axe ombilico-coccygien (axe du DS). Ainsi il abaisse la main foetale avec un mouvement d'écharpe à la face antérieure du thorax. Ceci entraîne une rotation de 180° du corps du fœtus et un dégagement du bras jadis postérieur sous la symphyse pubienne.

