

MACROSOMIE FŒTALE : DIAGNOSTIC ET CONDUITE A TENIR

Introduction

A – Définition

On considère que le fœtus à terme est trop gros lorsque son poids est supérieur à 4000g (3900g pour un fœtus de sexe féminin). L'excès de volume porte sur la totalité du corps.

B – Intérêt

- il faut rechercher un diabète quelque soit sa forme.
- l'accouchement du gros enfant est à risque à cause de la possibilité de survenue d'une dystocie des épaules+++ : accident rare (1/1000 Nces) et imprévisible (90%).

I. Diagnostic

A – Diagnostic positif

1. clinique

-Interrogatoire : révèle une symptomatologie évocatrice

- Sensation de pesanteur, dyspnée
- Fatigabilité
- Augmentation anormale du volume utérin
- Prise pondérale importante

Il précise également l'âge, la parité, les antécédents d'accouchement laborieux et de gros enfants, un diabète ou une obésité.

-Signes physiques :

- Augmentation du poids, œdèmes des membres inférieurs
- Surdistension utérine avec une hauteur utérine souvent supérieure à 38 cm et un périmètre ombilical supérieur à 105 cm
- Tension de l'utérus, sensation « d'utérus plein de fœtus ».
- Présentation céphalique volumineuse avec siège volumineux
- Perception d'un seul foyer de BDCF
- Col entrouvert, membranes tendues et présentation élevée

2. paraclinique

-échographie : elle objective un fœtus unique avec un BIP \geq 100 mm, un DAT \geq 100 mm et une LF \geq 77 mm. Le placenta est gros et mature. Il existe parfois un excès de liquide amniotique.

-radiographie du contenu utérin : montre un squelette fœtal unique.

-Biologie : glycémie, glycosurie, protéinurie des 24H...)

B – Diagnostic différentiel

C'est celui des surdistensions utérines et c'est essentiellement l'échographie qui aide au diagnostic :

- Grossesses multiples, hydramnios
- Excès de volume localisé du fœtus
- Tumeurs abdominales et grossesse, ascites de grande abondance

C – Diagnostic étiologique

- Facteurs de risque
- ✓ Age (> 35 ans), multiparité (dystocie progressive), antécédents de macrosomie,
- ✓ Sexe du fœtus (masculin dans 70% des cas), taille des parents, hérédité, sédentarité
 - Facteurs pathologiques
- ✓ Diabète
- ✓ Obésité, gain pondéral excessif au cours de la grossesse, grossesse prolongée

II. Pronostic

A – Éléments du pronostic

- Poids du fœtus
- Age gestationnel
- Capacité du bassin
- Existence d'une tare maternelle

B – Pronostic proprement dit

L'évolution peut être normale avec un accouchement par voie basse si le poids est inférieur à 4500g et le bassin normal. Certains éléments sont de mauvais pronostic tels qu'un poids supérieur à 4500g, un âge gestationnel de plus de 42 SA, un bassin limite ou asymétrique et l'existence d'un diabète. La possibilité de survenue de complications fœtales et/ou maternelles en fait un accouchement à haut risque.

1 - Complications fœtales

➤ La dystocie des épaules (10%)

C'est une complication majeure, imprévisible parfois irréductible pouvant entraîner la mort du fœtus. Il s'agit d'une urgence obstétricale.

La tête est arrêtée dans sa progression par le blocage des saillies acromiales sur le pourtour du détroit supérieur. La tête est comme « aspirée » par la vulve, collée à celle-ci comme un bouchon de champagne et ne peut pas effectuer son mouvement de restitution.

Elle commence à se cyanoser, devient violacée et le décès de l'enfant survient rapidement si rien n'est fait.

➤ Les fractures

Elles peuvent survenir au cours des manœuvres d'extraction par voie basse. Elles peuvent intéresser la clavicule, l'humérus ou le fémur.

➤ La paralysie du plexus brachial

➤ Une hémorragie cérébro-méningée

➤ La souffrance fœtale

➤ Les complications métaboliques : hypoglycémie, hypocalcémie et c'est pourquoi le macrosome est considéré comme un « colosse aux pieds d'argile ».

2 - Complications maternelles

➤ Dystocie dynamique avec anomalies de la dilatation

➤ Défauts de progression

➤ Lésions traumatiques (vulve, vagin, périnée, col, segment inférieur, vessie...)

➤ Hémorragie du post-partum

➤ Décompensation de tare maternelle

➤ Complication per et post-opératoires

III. Conduite à tenir

A – Buts

- Prévenir la macrosomie
- Éviter la dystocie des épaules et ses complications
- Prévenir et prendre en charge les complications materno-fœtales

B – Prévention

- Contrôler un diabète préexistant ou gestationnel
- Dépister une macrosomie (clinique et échographie)

C – Pendant la grossesse

a- indications de césarienne prophylactique

- anomalie du bassin
- siège
- primipare âgée
- tare maternelle associée (diabète...)
- antécédents accouchements dystociques

b- indications du déclenchement artificiel du travail

- antécédents gros fœtus

- HTA, diabète....

Le déclenchement sera effectué 15 à 21 jours avant le terme prévu.

D – Pendant le travail

La prise en charge sera pluridisciplinaire impliquant la présence de l'obstétricien

a- si évolution favorable

- mettre la patiente en position obstétricale,
- placer une bonne voie veineuse,
- faire un bon partogramme,
- au moment de l'expulsion préconiser une épisiotomie large et des expressions sus-pubiennes
- délivrance artificielle puis révision utérine
- administration d'utérotoniques, massage utérin, sac de sable et surveillance
- bonne réanimation néonatale puis mise en observation du nouveau-né pendant 24 à 48 heures.

b- devant une dystocie

- Défaut d'engagement : césarienne
 - Arrêt de progression dans l'excavation : forceps
 - Dystocie dynamique : césarienne
 - SFA : césarienne ou forceps en fonction du niveau de la présentation
- dystocie des épaules : c'est une urgence extrême qui survient dans environ 0,5 à 1% des accouchements et 10% des cas de macrosomie fœtale. Il faut agir rapidement (délai accident et décès fœtal de 3 à 10 min) mais avec calme et sans précipitation. Il faut éviter les « P » des anglo-saxons (Pulling, Pivoting, Pushing). La parturiente est placée sur un plan dur, les fesses débordant de la table, vessie et rectum vides et si possible sous anesthésie générale.

On procède par pallier après avoir effectué une large épisiotomie:

- **La manœuvre de Mac Roberts** qui consiste à faire une hyperflexion des cuisses, ce qui permet de réduire rapidement une fausse dystocie des épaules. Cette manœuvre permet de diminuer l'angle costo-lombaire et fait remonter la symphyse pubienne (SP) vers le haut permettant ainsi à l'épaule antérieure bloquée au dessus de la SP de se dégager vers la bas.
- **Les expressions sus-pubiennes** <=> manœuvre de Resnik

Elles se font avec un aide qui effectue avec son poing droit fermé une compression supra-pubienne de l'épaule antérieure, ce qui permet de réduire le diamètre bi acromial et d'entraîner le glissement de l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne. L'accoucheur effectue simultanément des

mouvements d'abaissement de la tête fœtale vers le bas et une rotation de 90° pour dégager l'épaule antérieure puis une traction vers le haut pour dégager l'épaule postérieure. Le principal risque de cette manœuvre est d'entraîner une élongation du plexus brachial.

- **La manœuvre de Mahon** : consiste à engager l'épaule postérieure en introduisant la main dont la paume regarde le dos de l'enfant.
- **La manœuvre de Couder** : après avoir engagé l'épaule antérieure par des tractions vers le bas, on abaisse le bras antérieur en le dirigeant de 2 doigts placés en attelle. On réduit ainsi le diamètre biacromial en diamètre acromio-thoracique. Le principal risque de cette manœuvre est d'entraîner une fracture de l'humérus.
- **La manœuvre de Jacquemier** : l'accoucheur se place à genoux devant la parturiente. La main lubrifiée est introduite dans la concavité sacrée jusqu'au dessus du détroit supérieur. La main qui doit être introduite est du même nom que le côté du dos fœtal par rapport à la mère. La main postérieure est amenée à la vulve en suivant le plan ventral du fœtus. On abaisse ensuite le bras antérieur soit aussitôt soit après l'avoir transformé en bras postérieur par une rotation de 180° en se servant du bras déjà extrait. Cette manœuvre a pour effet de remplacer le diamètre biacromial trop grand par le diamètre biaxillaire beaucoup plus étroit.
- **Le tournemain de Bernard Letellier** (abaissement de l'épaule postérieure)
- **La cleidectomie** qui consiste à fracturer la clavicule avec le pouce ou avec les ciseaux de Dubois.
- **La manœuvre de Zavanelli** qui consiste à réintégrer la tête fœtale dans les voies génitales maternelles pour ensuite extraire l'enfant par césarienne.
- **La symphyséotomie de Zarate** : incision des 2/3 antérieurs de la symphyse pubienne.
- **L'embryotomie** en cas de mort fœtale.

Effectuer systématiquement une révision utérine et un examen sous valves après toutes ces manœuvres.

E – Dans les suites de couches

- Antibiotiques, ocytociques, bonne surveillance et prendre en charge les éventuelles complications maternelles (HDD, rupture utérine, déchirures col)
- Guetter les complications chez enfant (décès, paralysies, séquelles neurologiques)
- Contraception et prise en charge de l'étiologie de la macrosomie.