

## 1. OBJET

Conduite à tenir face à une suspicion de macrosomie au 9<sup>ème</sup> mois et en salle de naissance.

## 2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

**Domaine d'application :** le pôle Femme-Enfant

**Personnel concerné :** les médecins et les sages-femmes

## 3. RESPONSABILITES

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

## 4. DESCRIPTION DE L'OBJET

- Le risque de **dystocie des épaules** augmente avec le poids de naissance, d'autant plus qu'il est supérieur à 4000g (**définition de la macrosomie**) et qu'il existe un diabète maternel. Néanmoins, plus de 50 % des dystocies des épaules surviennent chez des nouveau-nés de poids inférieur à 4000g.
- La prédiction prénatale clinique ou échographique du poids de naissance est imparfaite. Cette imprécision augmente avec le poids de naissance.
- La **suspicion de macrosomie fœtale** au 9<sup>ème</sup> mois obtenue par la **mesure de la hauteur utérine (HU)** est aussi fiable que celle obtenue par échographie (EPF ou PA > 95<sup>ème</sup> percentile).

### A- Suspicion de macrosomie au 9<sup>ème</sup> mois (36-37SA) :

Réalisation d'une **échographie de croissance en consultation programmée d'échographie,**

**entre 37 et 38 SA** en cas de :

**EPF ou mesure du PA > 95<sup>ème</sup> percentile à l'échographie T3**

**Ou mesure de la HU ≥ 36 cm à la consultation de 36-37 SA**

**Intérêt :** préciser la suspicion de macrosomie et aider aux prises de décisions obstétricales

### 1. Indications de déclenchement : EVALUATION MEDICALE AU COS

- **Intérêt :** limiter la prise de poids fœtal excessive, les complications obstétricales et les risques de complications traumatiques néonatales associées, sans augmenter le risque de césarienne.
- **Absence de diabète** (préexistant ou gestationnel) :
  - **Terme : entre 39 et 40 SA (au plus tard)**
  - **Si EPF > 95<sup>ème</sup> percentile (36 SA : EPF>3500g ; 37 SA : EPF>3700g ; 38 SA : EPF>3900g) : pas de contrôle de la croissance à 39 SA**
  - **Quel que soit le score de BISHOP**

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-028
	<b>MACROSOMIE SUSPECTEE : CONDUITE A TENIR A L'ACCOUCHEMENT</b>	
	Version 05 du 27 févr. 2023	
page 2/4		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		

- Déclenchement à **PROPOSER** uniquement en expliquant à la patiente les **bénéfices/risques** du déclenchement dans cette indication, en prenant en compte la qualité de l'échographie dans la fiabilité de l'EPF (échogénicité, position fœtale,...), le score de BISHOP dans le pronostic de succès du déclenchement et les comorbidités

- **Présence d'un diabète :**

- Terme :
  - o Entre 39 et 40 SA Si EPF > 90<sup>ème</sup> percentile (OMS) et EPF <4500 g
  - o Entre 38 et 39 SA si EPF > 95<sup>ème</sup> percentile (OMS) (critères DAME : 3500 g à 36 SA, 3700 g à 37 SA, 3900 g à 38 SA) et EPF < 4500g
- A moduler en fonction du type de PEC du diabète, de l'équilibre, des comorbidités... (cf protocole « Diabète gestationnel : Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement »)

## 2. Indications de césarienne :

- **Intérêt** : prévenir les risques de complications liés à la dystocie des épaules.
- **Terme** : à partir de **39 SA**, y compris en cas de diabète (sauf situation particulière)
- **Présence d'un diabète** (gestationnel ou préexistant) **et EPF ≥ 4500g**
  - Discuter la césarienne (staff) en cas de **diabète pré existant et EPF ≥ 4250 gr**
- **Absence de diabète et EPF ≥ 5000g**
- **Utérus cicatriciel et EPF > 4500g** chez une patiente n'ayant jamais accouché par voie basse (si patiente ayant déjà accouché par voie basse et demandeuse d'une tentative de voie basse : staff du dossier)
- **Antécédent de dystocie des épaules associée à des complications néonatales ou maternelles sévères**, y compris en l'absence de suspicion de macrosomie.

## B- Suspicion de macrosomie en salle de naissance :

La suspicion de macrosomie fœtale, définie par un **poids de naissance supérieur à 4000g**, implique le respect de **bonnes pratiques obstétricales en salle de naissance** :

### 1. Dès le début du travail :

- Prévenir l'interne de garde de la suspicion de macrosomie fœtale = mesure de la **HU ≥ 36 cm ou EPF ≥ 95<sup>ème</sup> percentile**.
- Ce dernier préviendra le sénior de garde qui décidera des modalités d'accouchement et de la nécessité d'une EPF en salle de naissance si non faite au 9<sup>ème</sup> mois.
- Vérifier l'existence d'une consultation pré-anesthésique et d'un dépistage du diabète au cours de la grossesse.

## 2. Surveillance du travail :

Une **progression anormale ou une stagnation de la dilatation en phase active inférieure à 1cm/heure** malgré une dynamique utérine satisfaisante doivent inciter à une grande prudence à l'accouchement (prévenir l'obstétricien).

## 3. Au moment de l'expulsion :

- **PREVENIR OBLIGATOIREMENT** toute l'équipe avant l'installation **si hauteur utérine  $\geq$  38 cm** (VPP 50 %, Spécificité > 90 % pour la prédiction de la macrosomie) **ou EPF  $\geq$  4000g**
- Position de la parturiente en **hyperflexion des cuisses sur le bassin**, siège dépassant de la table d'accouchement, vessie vide, table élevée à sa hauteur maximale et dégagée pour les anesthésistes,
- Être certain de l'orientation du dos, au besoin vérifié à l'échographie préalablement,
- Laisser descendre la présentation le plus longtemps possible avant d'envisager les efforts expulsifs.
- **Pas d'extraction instrumentale sur une présentation engagée partie haute, surtout en cas de non progression.**
- **Episiotomie médio-latérale NON systématique.**
- Respecter avec exagération les règles d'un **bon dégagement** : restitution puis **abaissement** de la tête jusqu'au dégagement complet de l'épaule antérieure (sans traction horizontale).
- Ne pas oublier l'**administration prophylactique d'oxytocine** lors du dégagement de l'épaule antérieure et ne pas arrêter l'éventuelle perfusion d'ocytociques.

## 4. En cas de « difficulté » au dégagement des épaules

- Dans la plupart des cas, liée à une traction inadaptée (trop horizontale) sur la tête fœtale (l'épaule postérieure est dans l'excavation pelvienne)
- Pas de panique, pas de manœuvre intempestive notamment sur la tête fœtale. **Toute traction est inutile et dangereuse** (Le fœtus est bien plus exposé aux lésions traumatiques qu'à l'hypoxie).
- **Manœuvre de Mac Roberts** (hyperflexion des cuisses et expression sus-pubienne) et/ou **manœuvre de Couder** (dégagement du bras antérieur sous la symphyse).
- **Si échec des manœuvres précédentes = cf. protocole conduite à tenir en cas de dystocie des épaules.**

## 5. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

1. Externes = Dystocie des épaules, RPC 2015 CNGOF. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2015.
2. Boulvain M, Senat M-V, Perrotin F, Winer N, Beucher G, Subtil D, et al. Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses: a randomised controlled trial. Lancet Lond Engl. 2015 Jun 27;385(9987):2600–5
3. Internes = Protocoles Prise en charge du diabète gestationnel et du diabète préalable ; Utérus cicatriciel ; Conduite à tenir en cas de dystocie des épaules 2015.

## 6. HISTORIQUE DU DOCUMENT

<i>Dernière version</i>	<i>Objet de la révision</i>
05 - 27 févr. 2023	26 jan 2023 - correction suspicion de macrosomie au 9eme mois et indications de déclenchement
<i>Historique des révisions</i>	
01 - 01 juil. 2008 - Création du document sous format électronique, 02 - 07 déc. 2015 - modifications selon les RPC 2015 du CNGOF dystocie des épaules, 03 - 12 juin 2019 - correction seuil EPF à 38 SA, 04 - 28 août 2019 - modification terme de réalisation de l'échographie en cas de suspicion de macrosomie	

## 7. DIFFUSION

<i>Destinataires (liste, fonction/service et/ou nom)</i>
Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique, Anesthésiste-réanimateur - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique, Cadre de santé - CHU\FORMATION CONTINUE INSTITUTS DE FORMATION\Ecole de sages-femmes, Cadre de santé - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique, Equipe Gynécologie Obstétrique, Sage-femme - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique

## 8. EVALUATION

NEANT

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
Justine HUET, Anne sophie LAFITTE Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique, Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 28 janv. 2023 22:16:13, 26 janv. 2023 17:32:17	Christine DENOVAL ZIAD Chef de Service - CHU 25 févr. 2023 17:48:00	Aurore BOUQUEREL (par Marie LEGLAIVE) Directeur - CHU\DIRECTION DE LA QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DES USAGERS 26 févr. 2023 20:00:41