

PRESENTATION DU SIEGE

« Accouchement eutocique
au seuil de la dystocie »

DEMELIN

ou dystocique au seuil de l'eutocie ?



I • DEFINITION

☞ **Présentation longitudinale dans laquelle le fœtus présente au détroit supérieur son extrémité pelvienne**

☞ **Le repère de la présentation est le sacrum**

☞ **2 variétés principales: facteurs de pronostic**

- **Siège complet**
 - ◆ attitude en tailleur
 - ◆ diamètre sacro-pré tibial : 12→9 cm
 - ◆ diamètre bitrochantérien : 9 à 9,5 cm
 - ◆ peut se décompléter au cours du travail
 - ◆ 1/3 des cas - surtout multipares

- **Siège décomplété**
 - ◆ membres en extension [attelle rigide]
 - ◆ diamètre sacro pelvien 9 cm
 - ◆ diamètre bitrochantérien
 - aire d'engagement

- « footling breech » = « mode des genoux ou des pieds »

II • FREQUENCE

☞ 3 à 4 %

☞ Variable selon le terme

Age gestationnel	Nombre de sièges
26 semaines	271
32 semaines	145
33 semaines	128
34 semaines	90
35 semaines	70
36 semaines	55
37 semaines	39
> 37 semaines	14

Dellenbach 1979 - 1000 grossesses

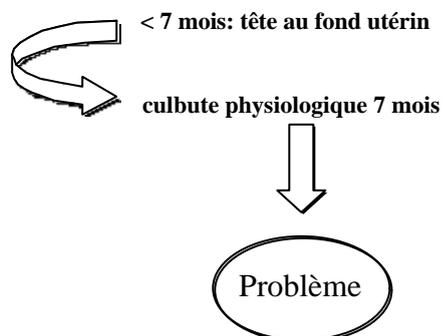
Semaines	Multipares sans antécédents	Multipares avec antécédents	Primipares
32	78%	32%	46%
37	28%	7%	8%

WESTGREN 1985

III • ETIOLOGIES

☞ Ovoïde à grosse extrémité supérieure

☞ Extrémité la plus volumineuse au fond [loi d'accommodation de Bonnaire]



☞ Dans la majorité des cas, pas de causes précises

A – CAUSES UTERINES

- Hypoplasie avec cavité cylindrique [50 % de siège chez les primipares]
- Utérus malformé: 5 % des cas
- Utérus multipare hypotonique, vaste
- Fibrome utérin

B – CAUSES OVULAIRES

- Insuffisance ou excès de liquide amniotique
- Brièveté du cordon, primitive ou secondaire [circulaire, bretelles]

C – CAUSES PELVIENNES

- Tumeur praevia [kystes, fibromes]
- Rétrécissement pelvien [possible ?]

A – CAUSES FOETALES

- **Malformations** ♦ hydrocéphalie, tumeurs...
[f x 2] ♦ spina bifida, arthrogrypose, T13 et T 18

Conception de fœtus de « moindre qualité »

- ♦ Séquelles mineures chez enfants nés par siège quel que soit l'Acct
- ♦ poids < 12 % / céphalique
- ♦ siège : facteur prédictif de lésions neurologiques antenatales
- ♦ déficit en GH idiopathique ⊕ f si siège

→ Hyper extension de tête

- 4 à 5 % des sièges
- déflexion dépassant la « military attitude »
- Primaire ou secondaire à une pathologie

IV • DIAGNOSTIC

1 – Pendant la grossesse

☞ **Intérêt +++**

☞ **Interrogatoire**

- ♦ douleur/gêne sous costale
- ♦ ATCD d'accouchement par le siège

☞ **Inspection : axe longitudinal / malformation**

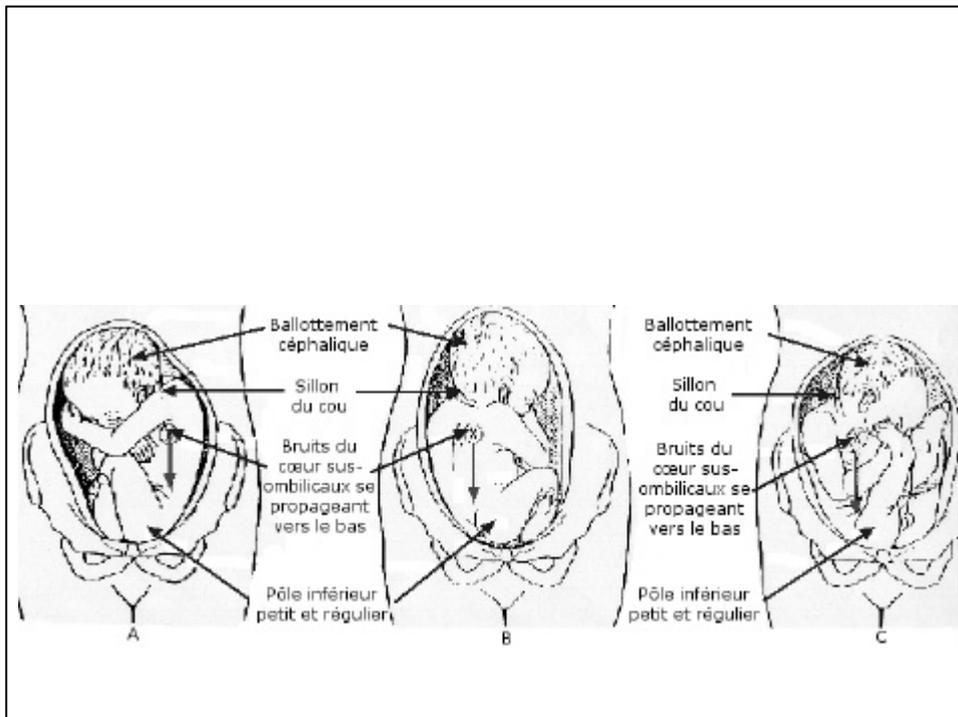
☞ **Palpation**

- ♦ sus pubien, au dessus détroit supérieur
 - pôle irrégulier, volumineux si siège complet
 - plus ferme et régulier si décomplété
- ♦ fond utérin: pôle dur régulier, arrondi qui ballotte
- ♦ dos / sillon du cou +++
signe du double dos si décomplété

☞ **Auscultation : BDC hauts**

☞ **TV**

- ♦ excavation souvent vide / segment inférieur épais
- ♦ siège complet: présentation irrégulière, molle
- ♦ siège décomplété: erreur plus fréquente



↳ Intérêt +++ > 34 SA

- Echographie : ♦ biométries
- ♦ Liquide amniotique
 - ♦ Type de siège
 - ♦ Déflexion de tête
 - ♦ Placenta

→ RPM :

↳ Acupuncture – pont passif ou indien

→ VME +++ 36 SA

2 – Pendant le travail

TV +++

a – Avant rupture

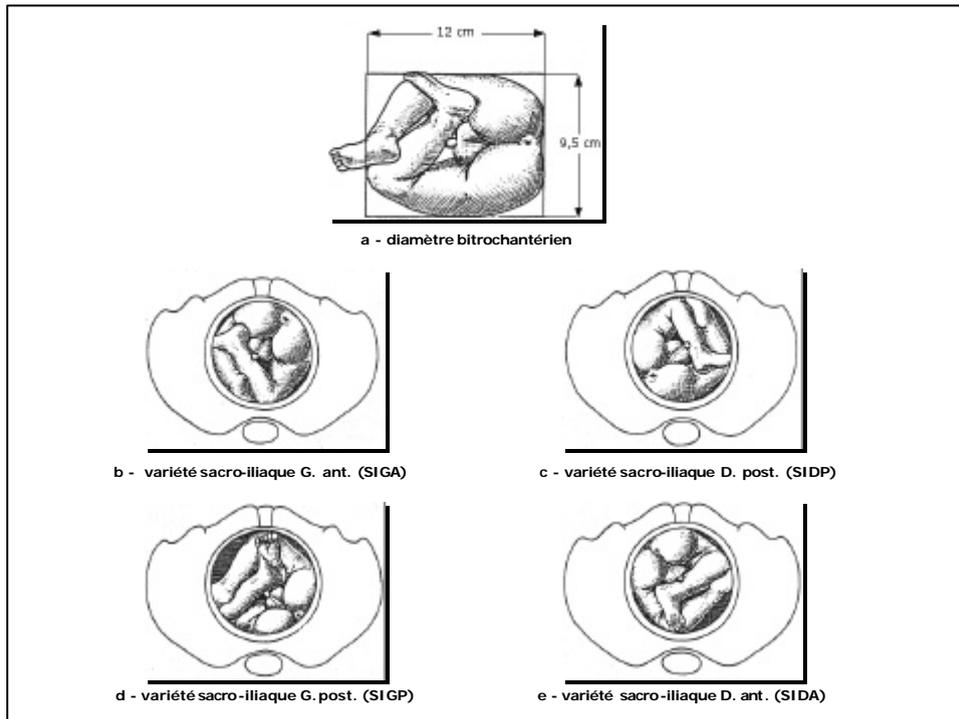
- ↳ Siège décompleté : ♦ présentation molle
- ♦ sans sutures
 - ♦ relief osseux à une des extrémités
- ↳ Siège complet : ♦ pieds +++

b – Après rupture

- ↳ 2 masses molles, sillon inter fessier
- ↳ Une des extrémités du sillon : saillie osseuse sacrum
- ↳ Autre extrémité : pieds, OGE

↳ Diagnostic différentiel

- Sommet avec bosseséro - sanguine
- Face +++
- Anencéphalie



V • ACCOUCHEMENT [TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT]

A - Normal

1 – Phénomènes dynamiques

☞ Dilatation aussi rapide et régulière/sommet

1950 Vermelin – Ribon

9 h Primipare ==> expulsion : 35 minutes

6 h multipare ==> expulsion 15 minutes

☞ Sièges complets : début + lent jusqu'à la prise de contact suffisante de la présentation avec le segment inférieur

☞ Lenteur de dilatation : = pathologie= dystocie dynamique à corriger

2 – Phénomènes plastiques

☞ Dolichocéphalie

☞ Atrophies osseuses, musculaires ou ligamentaires

- atrophie de l'angle maxillaire inférieur avec souvent torticolis et paralysie faciale
- atrophie du rebord cotyloïdien due à l'hyper flexion cuisses/bassin: luxation
- atrophie retractile musculo•ligamentaire aboutissant au pied bot varus équin

☞ Hématome génital

3 – Particularités physiopathologiques

☞ Position fœtale : perturbations de la circulation foetoplacentaire

- ARCF fréquente pendant le travail
- bradycardie et rythme plat à l'expulsion

☞ sévérité dans l'appréciation des ARCF du travail car va suivre l'expulsion

☞ Enregistrement du rythme cardiaque fœtal obligatoire et continu pendant le travail

☞ pH possible

4 – Phénomènes mécaniques : 6 temps de Tarnier

Etude analytique

a – Principes

Attention

- petite extrémité première
- progression à “ rebrousse poils ”
- difficultés croissantes
- risques accrochage pied, bras, menton

☞ mobile fœtal: bloc homogène

☞ processus continu

☞ caractère aléatoire: homogénéité du bloc est condition et conséquence du bon déroulement

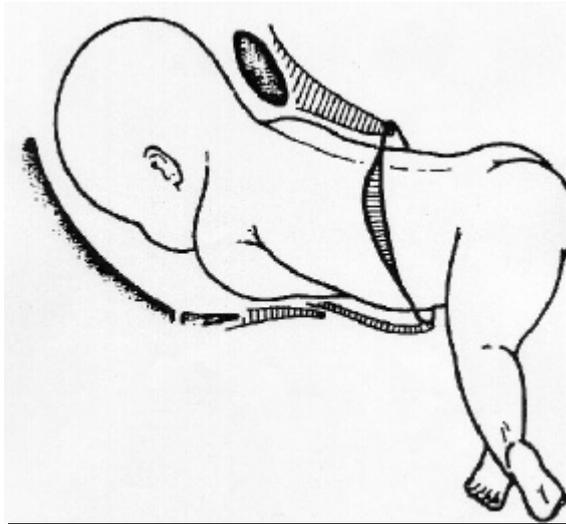
LES 6 TEMPS DE TARNIER

ACCOUCHEMENT DU SIEGE

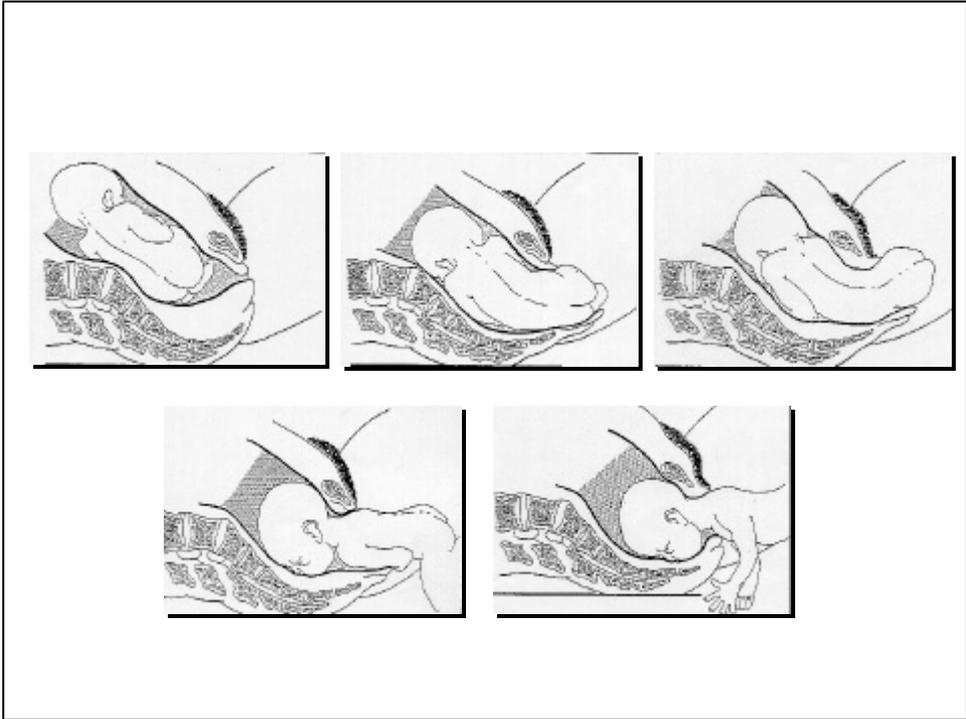
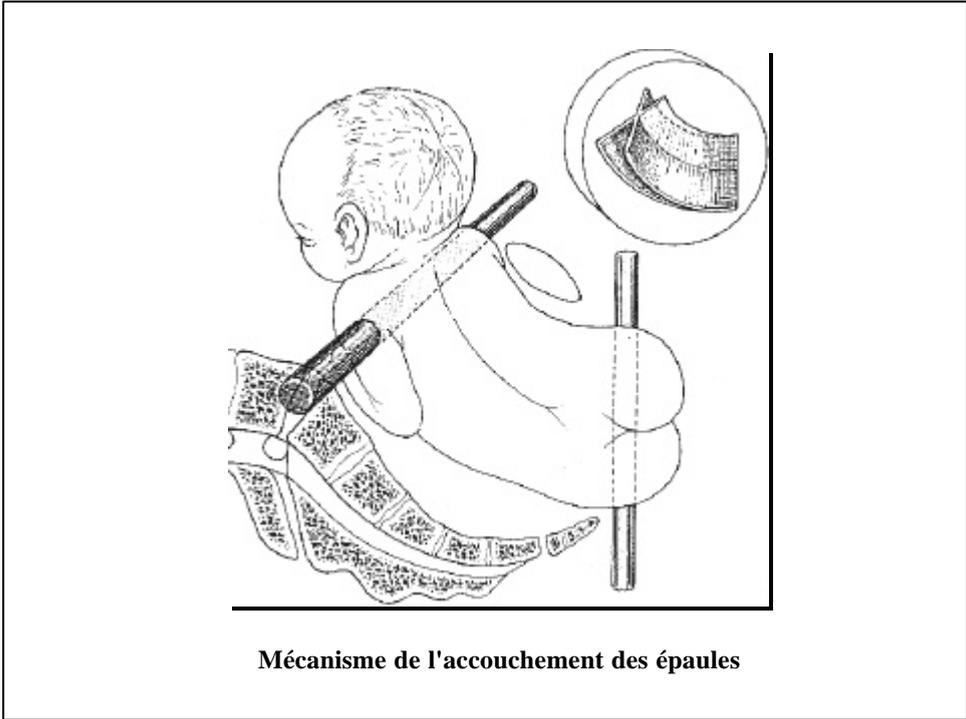
- 1 • ORIENTATION ET AMOINDRISSEMENT
- 2 • ENGAGEMENT
- 3 • ROTATION INTRA-PELVIENNE
- 4 • DEGAGEMENT
- 5 • ROTATION EXTRA-PELVIENNE
- 6 • ACCOUCHEMENT DES EPAULES ET DE LA TETE

Mécanisme de l'accouchement dans la présentation du siège
Tableau synoptique

Les temps de Tarnier	SIEGE	EPAULES	TETE
	D. Bitrochantérien (9-9,5)	D. Biachromial (12-9,5)	D. Sous occipito-frontal (10,5-11)
O.A.	1 D. Oblique		
E.	2 Synclitisme		
R.I.P.	3 1/8 sacrum (transverse) (bitrochantérien D. antero-post)	1 D. Oblique	
D.	4 ID.	2 Synclitisme	
R.E.	5 Dos en avant	3 1/8 D. transverse	1 D. oblique D. sous occipito bregmatique (9,5)
			2 Asynclitisme postérieure
	6	4 ID.	3 1/8
		5 Absence	4 Hyperflexion
			5 Absence



Le siège glisse sur un plan incliné



B - Défavorable

1 – RPM

2 fs **A**f que/sommet ==> procidences membres et cordon
⇒ prélude aux anomalies de dilatation

2 – Dystocie dynamique

risque de créer des problèmes à l'expulsion [Pbe dynamique]

- dilatation incomplète
- relèvement des bras
- rétention tête dernière

3 – Procidence du cordon

- Surtout
 - Siège complets
 - Multipares
 - Accouchements prématurés

• Meilleur pronostic / céphalique

- Fréquence:
 - Céphaliques: 0,5 %
 - Siège décomplétés: 0,6 %
 - Siège complet: 11 %

(Dellenbach 1978)

4 • Anomalies mécaniques pendant l'expulsion

- Retard à l'engagement du siège
- descente laborieuse
- rotation du dos en arrière
- relèvement d'un ou deux bras
- rétention de tête dernière

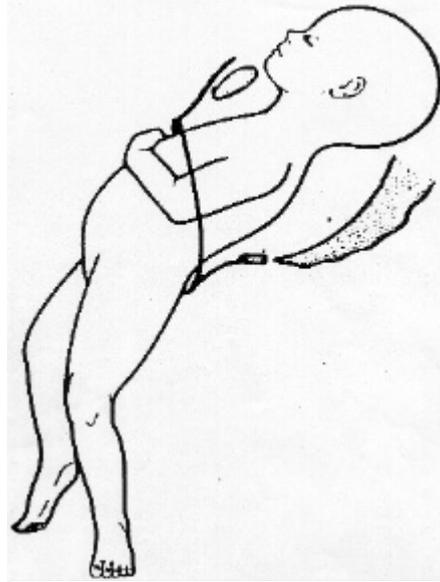
**TOUJOURS POSSIBLE
CARACTERE ALEATOIRE**

Attention au “ bras nuqual “ : 4% , 3% de plexus , césarienne

5 • Asphyxie fœtale

- Compression du cordon
- Refoulement du sang vers les structures cérébrales au passage de l'anneau vulvaire (garrot) et dépression brutale au niveau céphalique → risques hémorragiques +++

Rotation du dos en arrière
Accrochage du menton



Relèvement des bras



Les coudes accrochent la margelle du bassin
secondairement à des tractions intempestives

C • Césarienne

- Souvent segmentaire longitudinale
- Mêmes exigences mécaniques /voie basse
- Importance de la RU

D • Données de la littérature

Voie d'accouchement	Christian (1990) [17] n = 122		Schiff (1994) [3] n = 246		Iran (1998) [11] n = 705		Koo (1999) [2] n = 305		Roman (1998) [1] n = 15 818		Raudrant (2000) [16] n = 1 118	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Voie basse (VB)	69	56,5 %	326	39,5 %	269	38,1 %	170	55,0 %	5 097	37,3 %	342	30,6 %
Césarienne programmée (CP)	37	30,3 %	233	27,6 %	320	45,4 %	72	23,5 %	6 051	38,1 %	702	62,9 %
Césarienne en travail (CT)	16	13,2 %	287	33,9 %	116	16,5 %	64	20,9 %	3 011	19,0 %	72	6,5 %
Césarienne sans spécification (C)	-	-	-	-	-	-	-	-	879	5,6 %	-	-

ETUDE PREMODA

J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod. 2004

Tableau III - Motifs de césarienne avant travail (N = 4 707) Indications for cesarean section before labor (N = 4707).		Tableau IV - Motifs de césarienne pendant travail (N = 1427) Indications for cesarean section during labor (N = 1427).	
Motifs de césarienne avant travail *	Fréquence n(%)	Motifs de césarienne pendant travail *	Fréquence n(%)
De principe pour siège	2 083 (44,3)	Stagnation	189 (13,2)
Disproportion foeto-pelvienne	906 (19,2)	Stagnation et anomalies du RCF	78 (5,5)
Utérus cicatriciel	535 (11,4)	Anomalies isolées du RCF	535 (11,4)
Pathologie foetale	182 (3,9)	Césarienne programmée faite pendant le travail	704 (49,3)
Désir de la patiente	468 (9,9)	Autres	352 (24,7)
Autres	359 (7,6)		
* La fréquence des données manquantes est inférieure à 5%.		* La fréquence des données manquantes est inférieure à 5%.	

ETUDE PREMODA

J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod. 2004

Tableau V - Répartition des groupes "césarienne programmée" (N = 2614) et "tentative voie basse" (N = 5494) selon la parité, la présence d'un utérus cicatriciel et le type de siège. Issue of the groups "planned cesarean section" (N = 2614) and "planned vaginal delivery" (N = 5494) according to parity, scarred uterus and type of breech presentation.			
	Tentative Voie Basse	Césarienne Programmée	p
Parité *			
Nullipares N = 4434 (%)	1225 (27,6)	3209 (72,4)	
Multipares N = 3620 (%)	1376 (38,0)	2244 (62)	< 0,01
Uterus *			
Cicatriciel N = 963 (%)	59 (6,1)	904 (93,9)	
Non cicatriciel N = 7067 (%)	2524 (35,7)	4543 (64,3)	< 0,01
Type de siège **			
Complet N = 2036 (%)	668 (32,8)	1368 (67,2)	
Décomplété N = 4722 (%)	1724 (36,5)	2998 (63,5)	
Semi-décomplété N = 244 (%)	109 (44,7)	135 (55,3)	< 0,01
* La fréquence des données manquantes est inférieure à 5%.			
** La fréquence des données manquantes est de 13,6% N = 7002.			

VI • PRONOSTIC

CHENG 1993 méta-analyse → Recommandations FIGO



ROMAN 1998
RAUDRANT 1999



HANNAH 2000 → Rec. Prat. Clinique



MULTIPLES ETUDES
PREMODA

Critères d'évaluation du pronostic néonatal selon la voie d'accouchement.

Nom	Efficacif	Apgar : différence	pH au cordon : différence	Hosp. Réa : différence	Durée Hosp. : différence	Complications néonatales : dif- férence	Complications traumatiques : différence
Colea 1980 [18]	208	non	non	-	-	non	2
Cheng 1993 [6]	> 4 000	oui, significative	-	oui	oui	oui, significative	oui
Christon 1990 [17]	122	non	non VB < CP	-	non	-	-
Gifford 1995 [29]	3 056	oui, significative	-	-	-	oui, significative	oui, significative
Schiff 1996 [3]	846	non	-	non	-	-	oui, significative
Irion 1988 [11]	705	non	non	-	-	non	-
Dubois 1998 [20]	304	oui, significative	non	non	-	-	3
Kao 1996 [2]	306	oui, significative	oui, significative	oui	-	-	5
Roman 1998 [1]	16 818	oui	-	oui	-	oui, significative	-
Dire 1989 [8]	1 021	oui, significative	-	oui	-	non	oui
Raudrant 1999 [16]	1 116	oui (p = 0,03)	oui (p = 0,01)	oui (p = 0,02)	-	-	oui (p = 0,01)

Apgar < 7 à 5 mn selon la voie d'accouchement

APGAR inférieur à 7 à 5 minutes.

	Césarienne programmée	Voie Basse	Césarienne en travail
Roman — 1996 [1] (15 818)	0,3 % (19)	2,8 % (163)	1,5 % (45)
Koo — 1998 [2] (306)	0 (0)	4,1 % (7)	1,6 % (1)
Schiff — 1996 [3] (846)	0 (0)	1,6 %	1,1 %

Pronostic néonatal selon le mode d'accouchement ROMAN - 1998

Tableau IV Pregnancy Outcomes According to Mode of Delivery Among Term Singleton Breech Deliveries, Sweden 1987-1993 (d'après Roman — 1998 [1]).

Voie d'accouchement	Présentation du siège (n = 15,818)		Mortalité infantile (n = 36)		Score d'Apgar < 7 à 5 min. (n = 231)		Traumatisme obstétrical (n = 184)		Convulsions (n = 29)	
	No.	%	No.	Taux/1000	No.	%	No.	%	No.	Taux/1000
Voie basse	5 897	37,3	18	3,1	163	2,8	155	2,6	12	2,0
Césarienne programmée	6 031	38,1	9	1,5	19	0,3	13	0,2	5	0,8
Césarienne en cours de travail	3 011	19,0	6	2,0	45	1,5	13	0,4	12	4,0
Césarienne non spécifique	879	5,6	3	3,4	4	0,5	3	0,3	0	0,0

Etude HANNAH Lancet 2000; 356 : 1375-83

- Term Breech Trial Collaboration Group
- Essai randomisé multicentrique
- 26 pays, 121 centres

→ MORTALITE NEONATALE OU MORBIDITE NEONAT SEVERE

1,6% voie basse versus 5% césarienne

→ CESARIENNE systématique préférable si siège

Remarques:

- Fracture clavicule et os longs = critères de morbidité sévère
- 9,8% de RPM
- 68% vérification flexion de tête par écho
- 14% de patientes déclenchées (termes dépassés)
- BDC toutes les 15mn
- 50% ont reçu des ocytociques
- vitesse de dilatation minimum = 0,5cm/h
- efforts expulsifs autorisés jusqu'à 1 heure

VOIE BASSE

- **ALARAB Obstet.Gynecol.2004; 103(3): 407-12**
⇒ 641 sièges / Ecosse / 0.7% d'APGAR < 7 à 5mn
- **VLANDER Acta Obstet. Gyn. Scand. 2004; 83(2): 180-6**
⇒ 1640 sièges / Finlande
⇒ APGAR plus bas mais pas de différences de scolarisation
- **HELLSTEN European J. Obstet. Gyn.Reprod. Biol. 2003; 111:122-8**
⇒ 711 sièges / Suède
⇒ APGAR et pH à 5mn idem
⇒ Développement neuro•comportemental: idem
- **PREMODA**

CESARIENNE

- **GILBERT Obstet. Gynecol.2003; 102 : 911-17**

- ⇒ 100730 sièges / Californie

- ⇒ Mortalité: RR = 9,2

- ⇒ Morbidité: RR = 5,7

- **RIETBERG BJOG 2003 JUN ;110(6) : 604-9**

- ⇒ 33824 sièges / Pays Bas

- ⇒ Augmentation de la mortalité et de la morbidité

PRONOSTIC A LONG TERME

- **DANIELAN BMJ 1993 ;312: 145-153**

- 1387 sièges / âge scolaire / pas de différences

- **KREBS Br. J .Obstet. Gyn.1999; 106 : 943-947**

- Sièges et IMC à 6 ans : mêmes risques

- **SORENSEN EPIDEMIOLOG.1999; 10 : 554-6**

- 4298 conscrits, QI < 3points

VII - VOIE D'ACCOUCHEMENT - ELEMENTS DECISIONNELS

Encourager la VME

1) MERE

- Age : <18 et >35 ans
- Parité
- Poids : >80kg
- Radiopelvimétrie
- Utérus cicatriciel
- ATCD périnéaux

2) FŒTUS

- mode présentation
- Poids : <2500/ >3800
- Déflexion

Les critères communément retenus d'acceptabilité de la voie basse sont:

- une radio-pelvimétrie normale,
- une flexion de la tête fœtale,
- une estimation pondérale foetale de 2 500 à 3 800 grammes,
- un siège décomplété mode des fesses (sièges complets et décomplétés mode des pieds doivent être exclus),
- acceptation de la patiente.

Recommandations pour la pratique clinique - 2000

VIII • CONDUITE PRATIQUE

A - Grossesse

- **Consultation 32-34 SA**
- **Acupuncture / Pont passif**
- **Consultation 36 SA → VME +++**

B - Accouchement

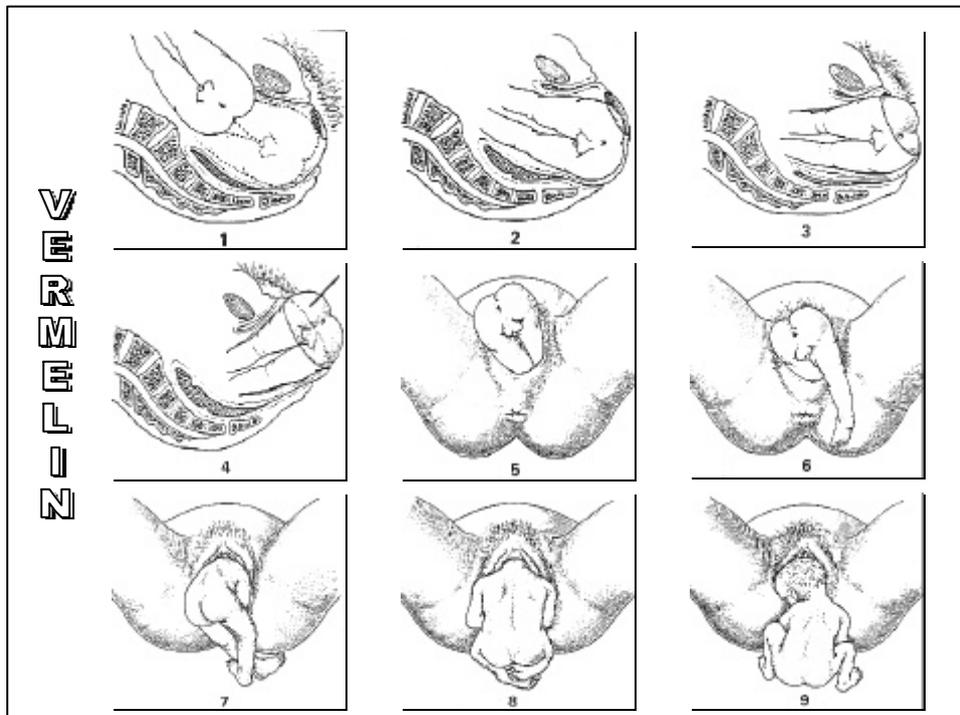
1) REGLES GENERALES

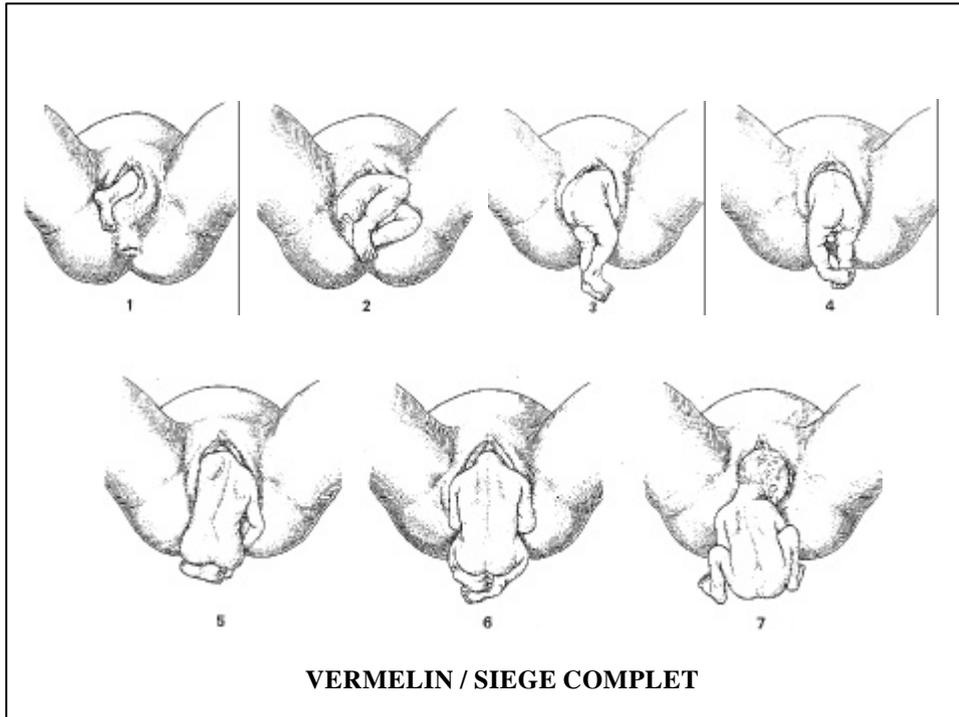
- **2 voies veineuses**
- **Péridurale souhaitable**
- **RCF en continu**
- **Anti-spasmodiques possibles**
- **Ocytociques avec capteur de pression interne si anomalies du moteur**
- **Accouchement:**
 - Forceps sur table prêt
 - Pédiatre, anesthésiste et obstétricien sur place
 - Efforts expulsifs débutés siège engagé, max 20 à 30mn
 - Expression utérine possible ?
 - Épisiotomie systématique précoce (anus, pieds)
 - Anse au cordon

2) ACCOUCHEMENT

a) Accouchement spontané ou VERMELIN

- Expulsion sous effets de la CU et des efforts expulsifs
- Recueil du siège sur champ stérile / table
- Rotation spontanée du dos en avant, dégagement des épaules en transverse
- Fœtus assis sur le champ
- Dégagement de la tête par flexion
- Rôle de l'obstetricien: 'Manchot empereur' = observateur attentif 





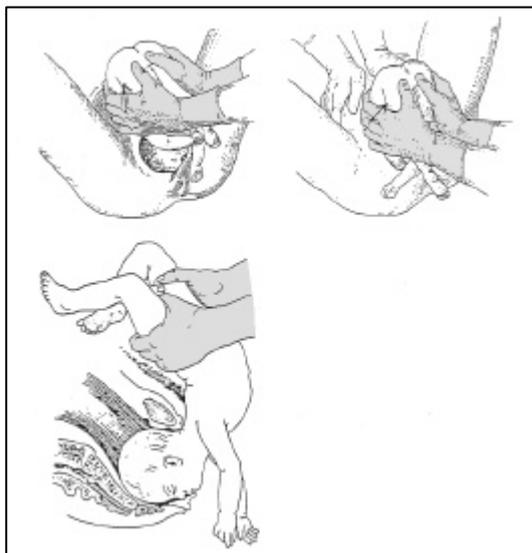
b) Assisté

- AIDE A L'EXPULSION DE LA TETE

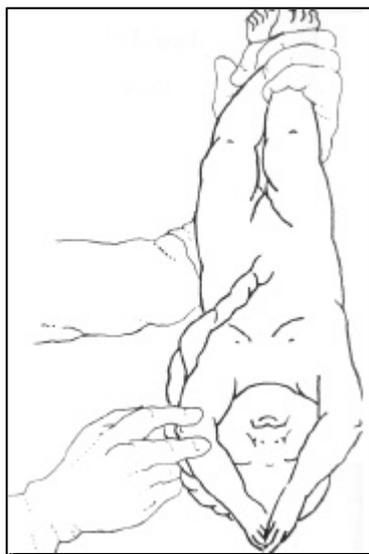
MANŒUVRE DE BRACHT (1938)

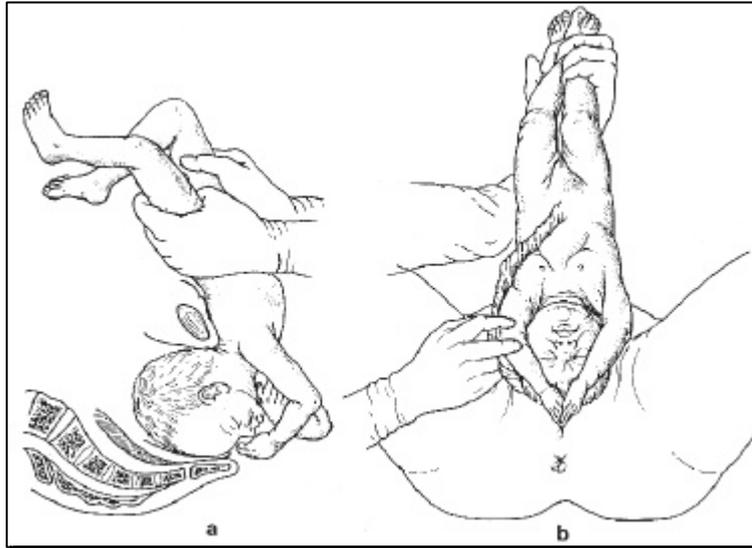
- Dès l'apparition des omoplates à la vulve
- On saisit le siège à pleines mains en appliquant les pouces à la face postérieure des cuisses et les autres doigts sur les fesses
- Renversement progressif du dos sur le ventre SANS traction → dégagement des bras
- Tête → expression pubienne (après dégagement des bras)
→ 2 doigts dans la bouche pour aider la flexion = Manœuvre de Wiegand Martin

Manœuvre de BRACHT



Manœuvre de BRACHT





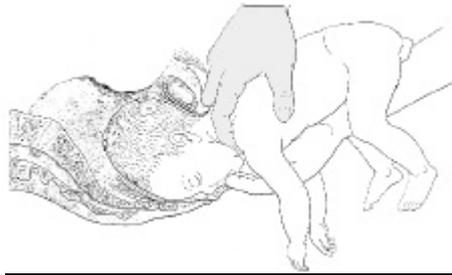
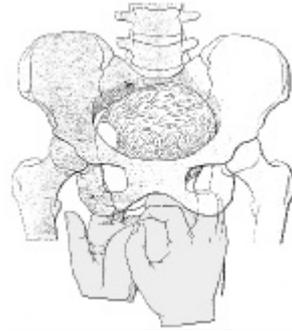
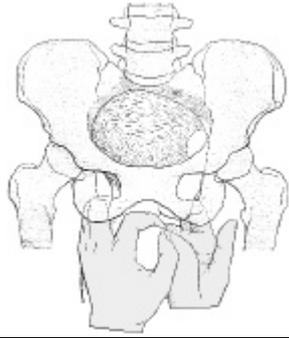
Manœuvre de BRACHT

MANŒUVRE DE MAURICEAU - PINARD

- Expression sus pubienne
- Abdomen à cheval sur l'avant-bras
(main et avant bras gauche dans position G et bouche à droite)
- Index et médius dans la bouche
- Autre main: doigts en fourche de chaque coté du cou ou en bretelle
 ⊗ fléchir la tête en tirant sur la base de langue (menton ⊗ sternum)
- Relèvement progressif

- Manœuvre dangereuse si trop rapide, trop précoce
- Pour Bracht et Vermelin: inutile

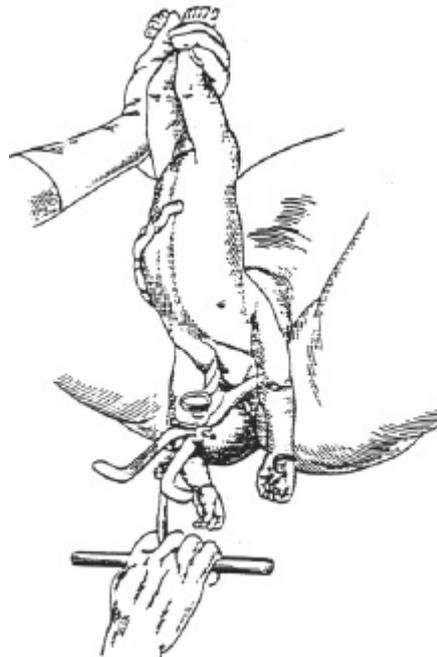
**Manœuvre
De
MAURICEAU**



FORCEPS SUR TETE DERNIERE

- tête engagée, difficultés aux parties molles
- anesthésie générale ou péridurale
- forceps à branches // +++ ou croisées
- un aide maintient les pieds en l'air
- extraction reconnue comme aisée
- traction vers le bas puis vers le haut

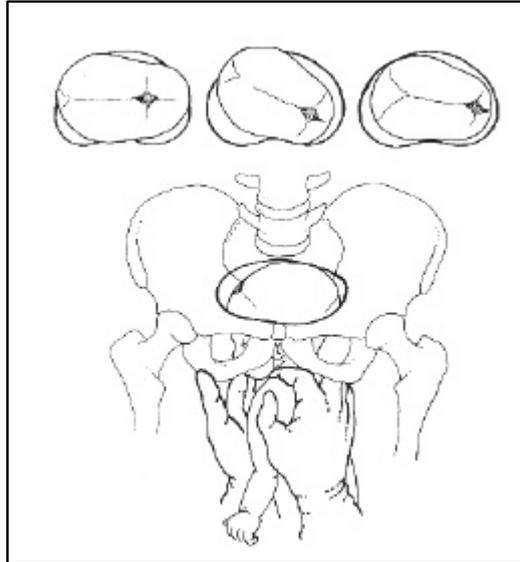
Forceps sur tête dernière



RETENTION DE TETE DERNIERE NON ENGAGEE

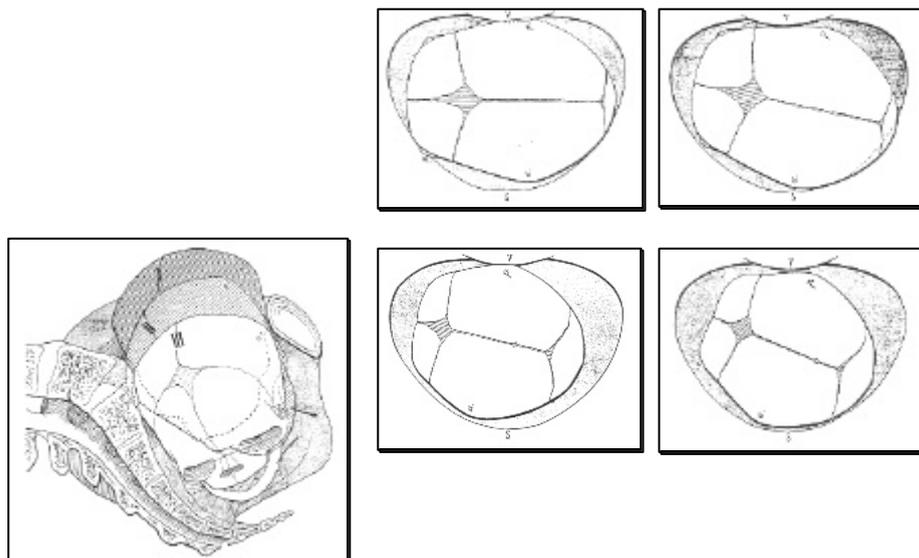
- **Disproportion foeto•pelvienne, déflexion de tête ou accrochage de menton**
- **Manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES:**
 - la main est introduite dans l'utérus et fléchit la tête à l'aide de deux doigts introduits dans la bouche du fœtus
 - la tête est ensuite orientée dans un diamètre oblique, engagée, tournée en OP et extraite
- **Manœuvre de ZAVANELLI**

Manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES



Tête fléchie, orientée en oblique, engagée puis tournée en OP et extraite

Rétention de tête dernière Manœuvre de Champetier de Ribes



• **AIDE A L'EXPULSION DU FŒTUS: Arrêt aux omoplates**

Correspond à l'arrêt du moteur en plein effort

MANŒUVRE DE LOVSET (Assisted Breech Delivery)

• **Degagement spontané du foetus jusqu'aux pointes des omoplates**

• **Champ sur le bassin, pouces sur les fesses**

• **Pas de traction**

• **Exemple de rotation gauche:**

→ première rotation à gauche: engagement de l'épaule droite post sous le promontoire

→ rotation en sens inverse: l'épaule suit la courbe du détroit supérieur = vrille

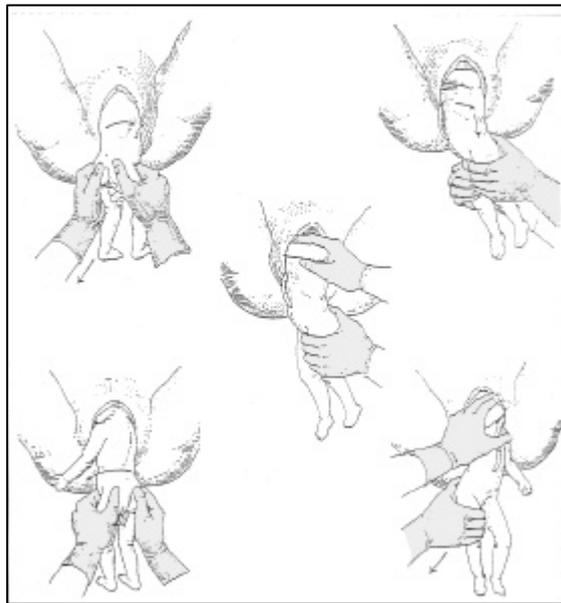
le bras se fléchit de plus en plus

→ dès que le dos est complètement à Dte: le bras tombe devant le thorax

• si le deuxième bras est relevé: poursuite de la rotation

• parfois demi LOVSET

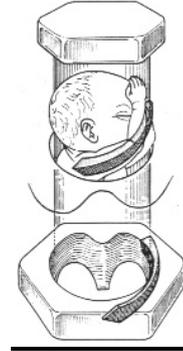
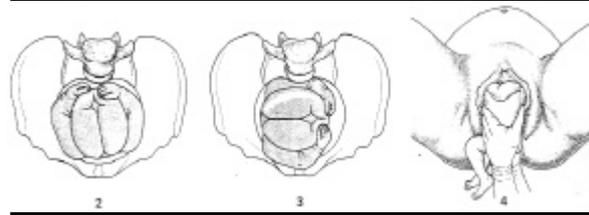
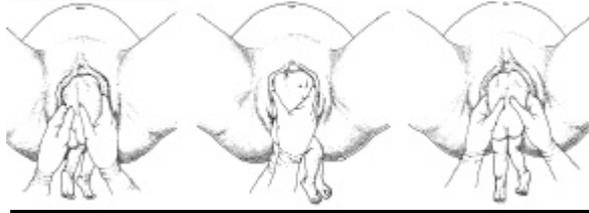
Manœuvre de LOVSET



MANŒUVRE DE LOVSET

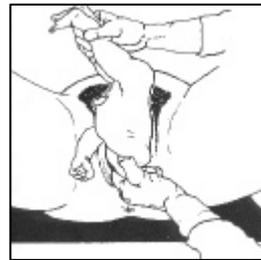
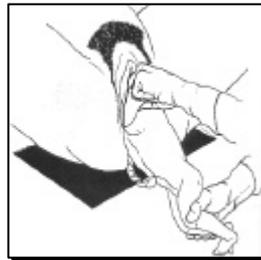


- 1 • Prise du fœtus les pouces sur les lombes, paumes sur les fesses, les autres doigts sur le ventre.
- 2 • Rotation de 90° du dos vers la droite
- 3 • Pour amener le bras antérieur sous la symphyse, l'épaule postérieure descend alors sous le promontoire, on peut alors abaisser les bras
- 4 • Deuxième rotation de 180° vers la gauche qui amène le bras postérieur vers l'avant, le coude apparaît alors à la vulve, dégagement de l'autre bras.



Shéma expliquant le principe de la manœuvre, "l'écrou fœtal" va se visser sur le "pas de vis" pelvien pour permettre le dégagement des bras.

Petite extraction



• AIDE A L'EXPULSION DU FŒTUS: Arrêt à l'ombilic

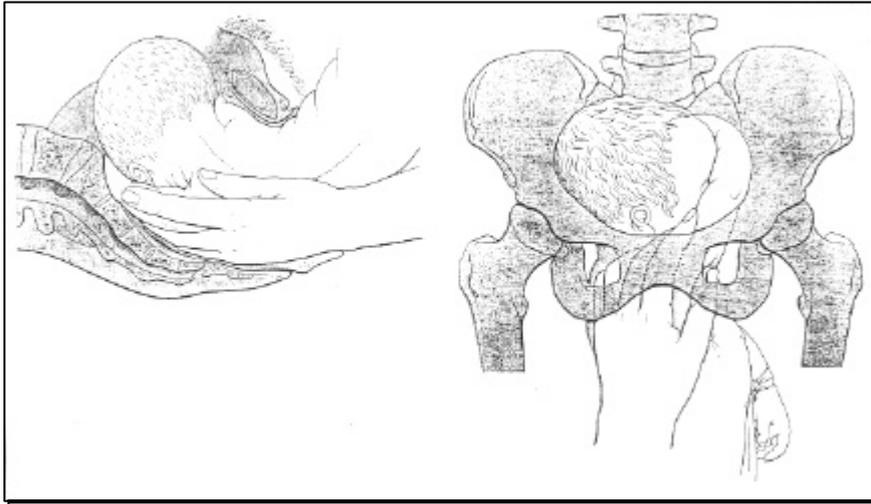
- **Traction vers le bas dans l'axe ombilico-coccygien
jusqu'au dégagement des omoplates
puis LOVSET
puis BRACHT +/- MAURICEAU**

• AIDE A L'EXPULSION DU FŒTUS: Relèvement des bras

Surtout manœuvres intempestives faites trop tôt

- **abaissement du bras postérieur: introduire une main dans le vagin en arrière dans la concavité sacrée en relevant le corps vers le haut**
- **la main passe derrière le dos du fœtus pour aller chercher son humérus**
- **on abaisse alors le bras qui balaye la face du fœtus comme pour le moucher**
- **même manœuvre avec le bras antérieur**
- **rotation du bras ant en post puis abaissement**
- **il y a désolidarisation du mobile fœtal et la rétention de tête dernière est à craindre**

Réduction du relèvement des bras Dans l'expulsion du siège



• EN RESUME

- CAT très variables dans le temps
- une fois sur 2 il faudra intervenir
- s'abstenir autant que faire se peut
- allier les avantages de l'expectative aux avantages de la manœuvre
- tendances actuelles: manœuvres d'accompagnement pour faciliter le dégagement des épaules et de la tête

• la réalisation de manœuvres de dégagement se justifie pour différentes raisons:

- vasculaires: risque d'hyperpression vasculaire cérébrale
- mécaniques: contractions inefficaces après le dégagement des omoplates
- enseignement

ECOLE PARISIENNE: Lovset systématique

ECOLE STRASBOURGEOISE: Lovset systématique

ECOLE LILLOISE: Multipare: Vermelin
Primipare: Lovset +/- Bracht
Mauriceau non conseillé