



Apport de l'échographie en salle des naissances dans le diagnostic d'engagement

D. Maticot-Baptista, R. Ramanah, A. Collin,
A. Martin, R. Maillet, D. Riethmuller

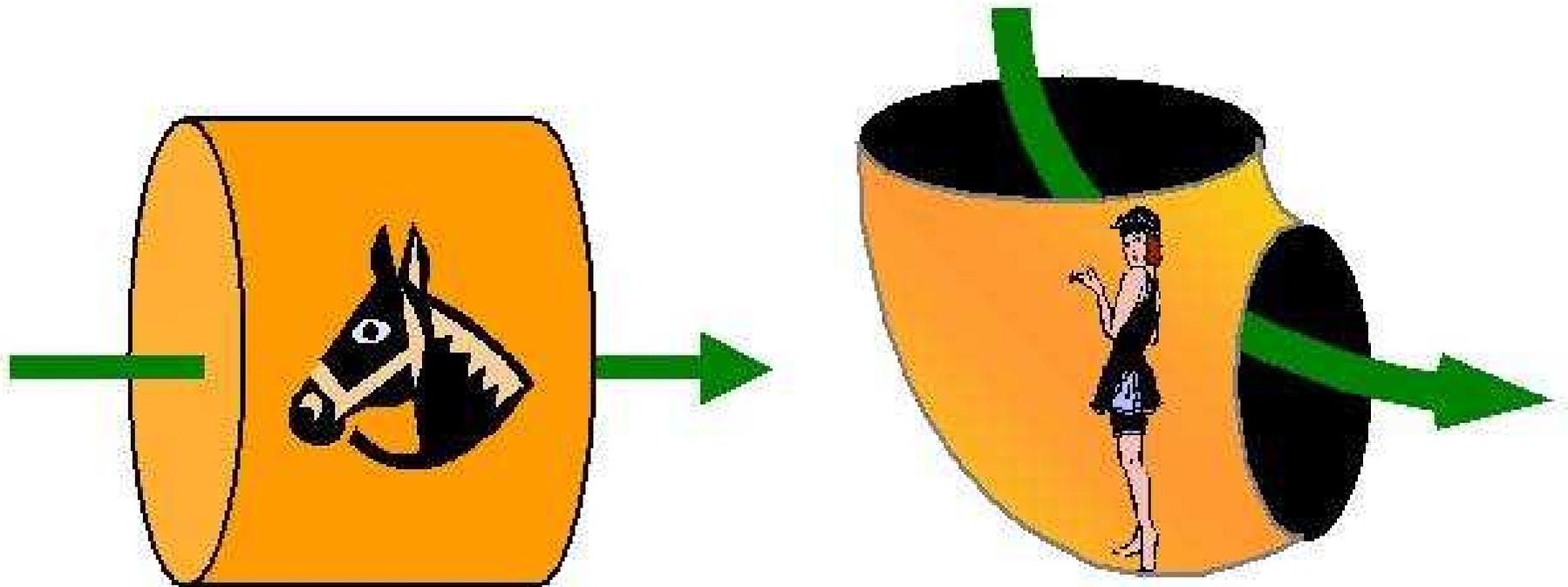


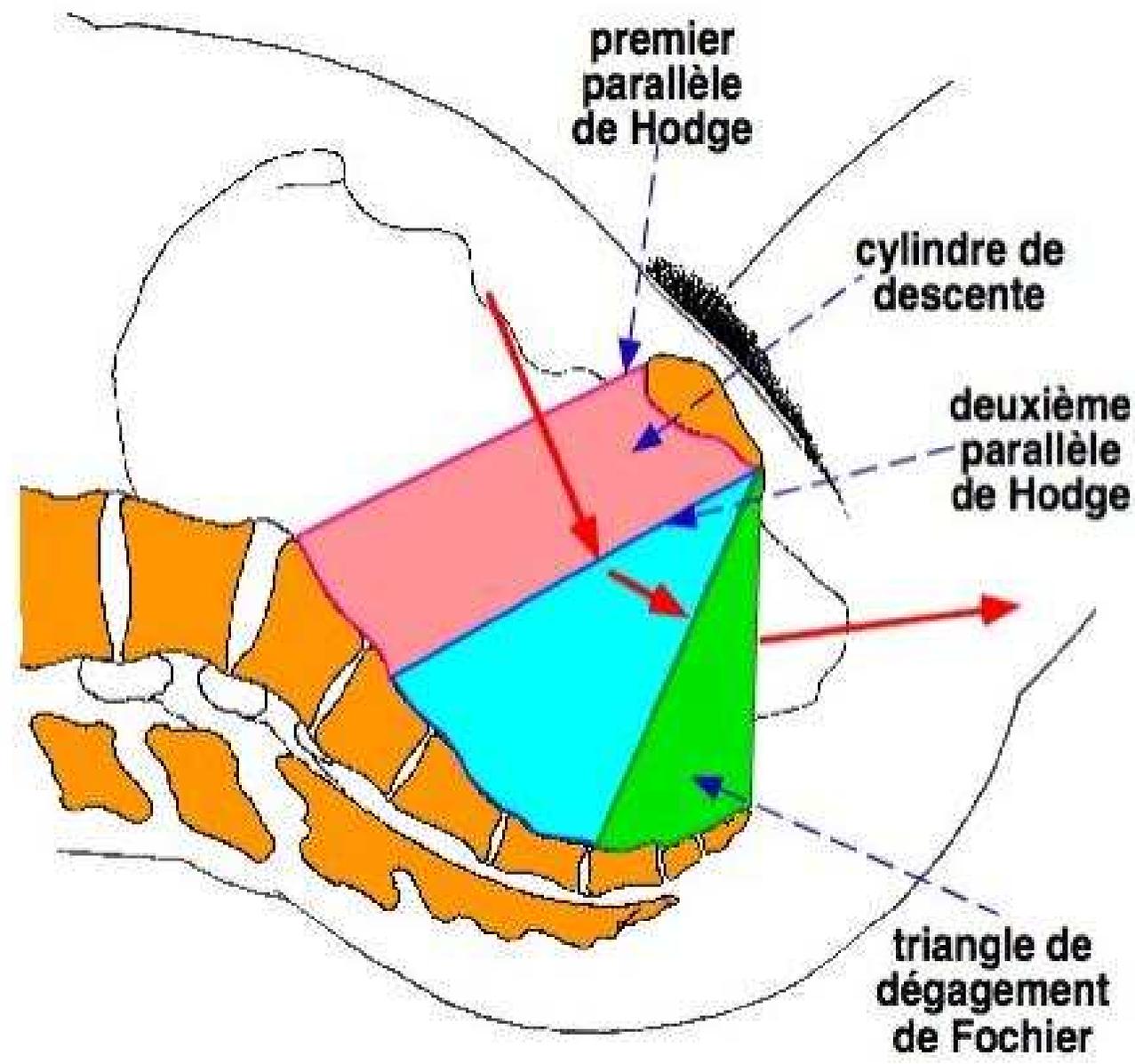
Nom de D... C'est engagé ou pas ? Y faut que je fasse un Tarnier !



**Salle d'accouchement
en 1963**

Bassin des obstétriciens

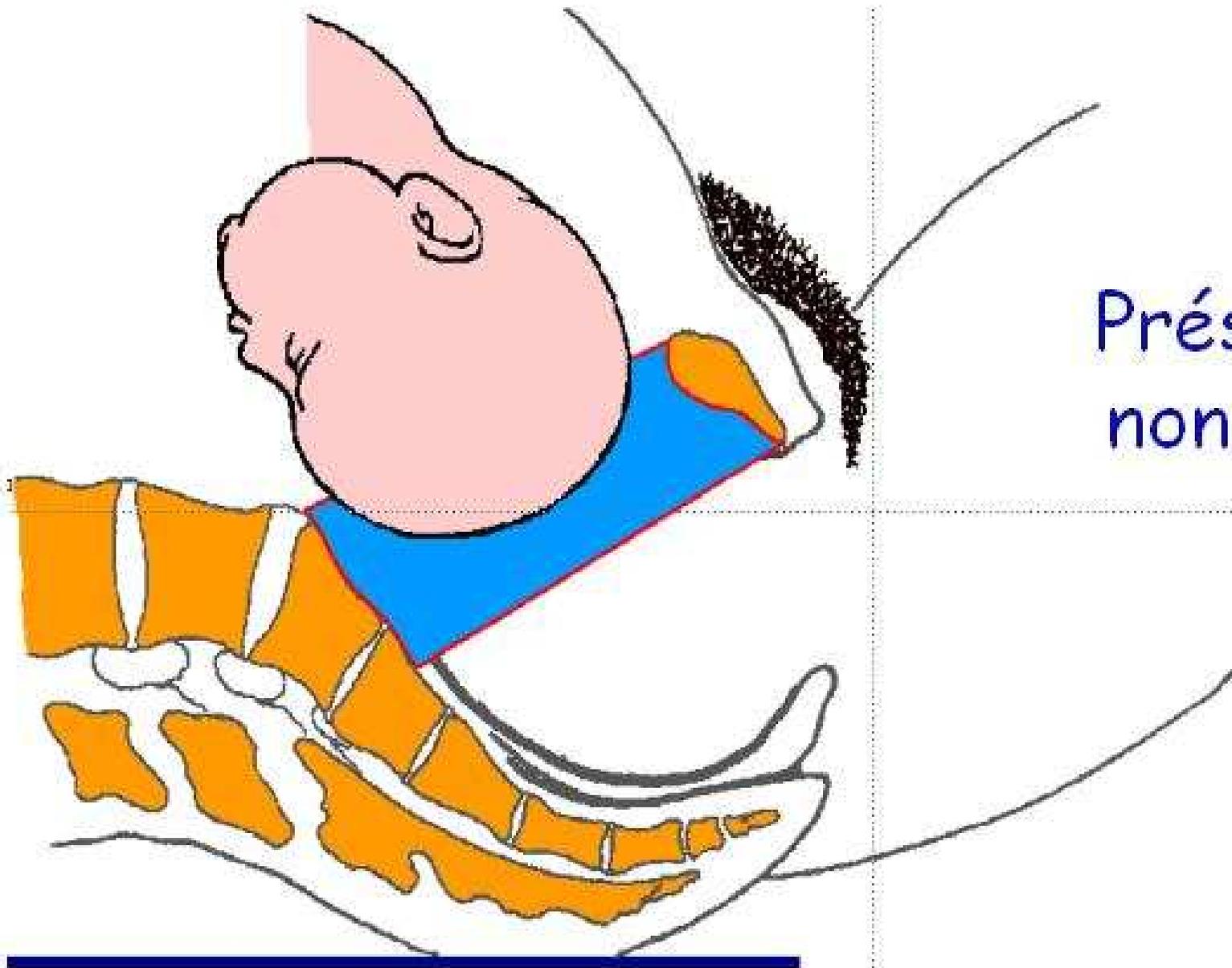




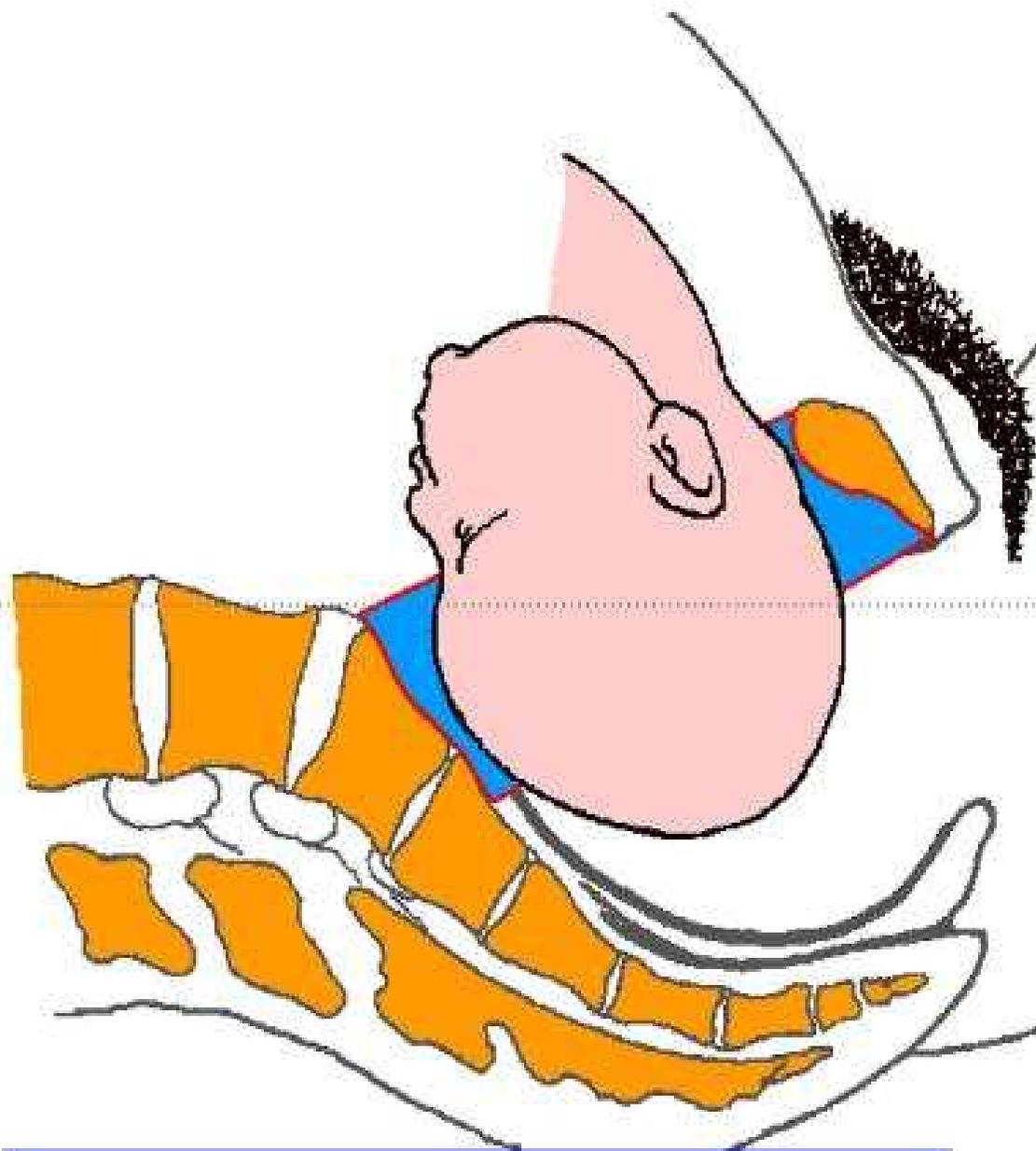
Anatomie obstétricale

L'engagement...

- Présentation engagée qd sa plus grande circonférence a franchi le DS (PC = plan passant par 2 bosses pariétales)
- Notion fondamentale dans la mécanique obstétricale
- De son existence dépend le plus souvent la possibilité d'un accouchement VB (spontané ou instrumental)



Présentation
non engagée



Présentation
engagée

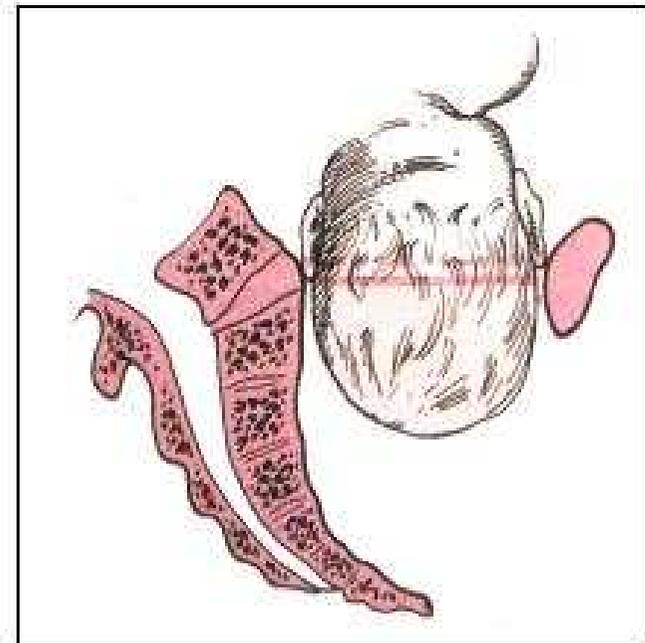
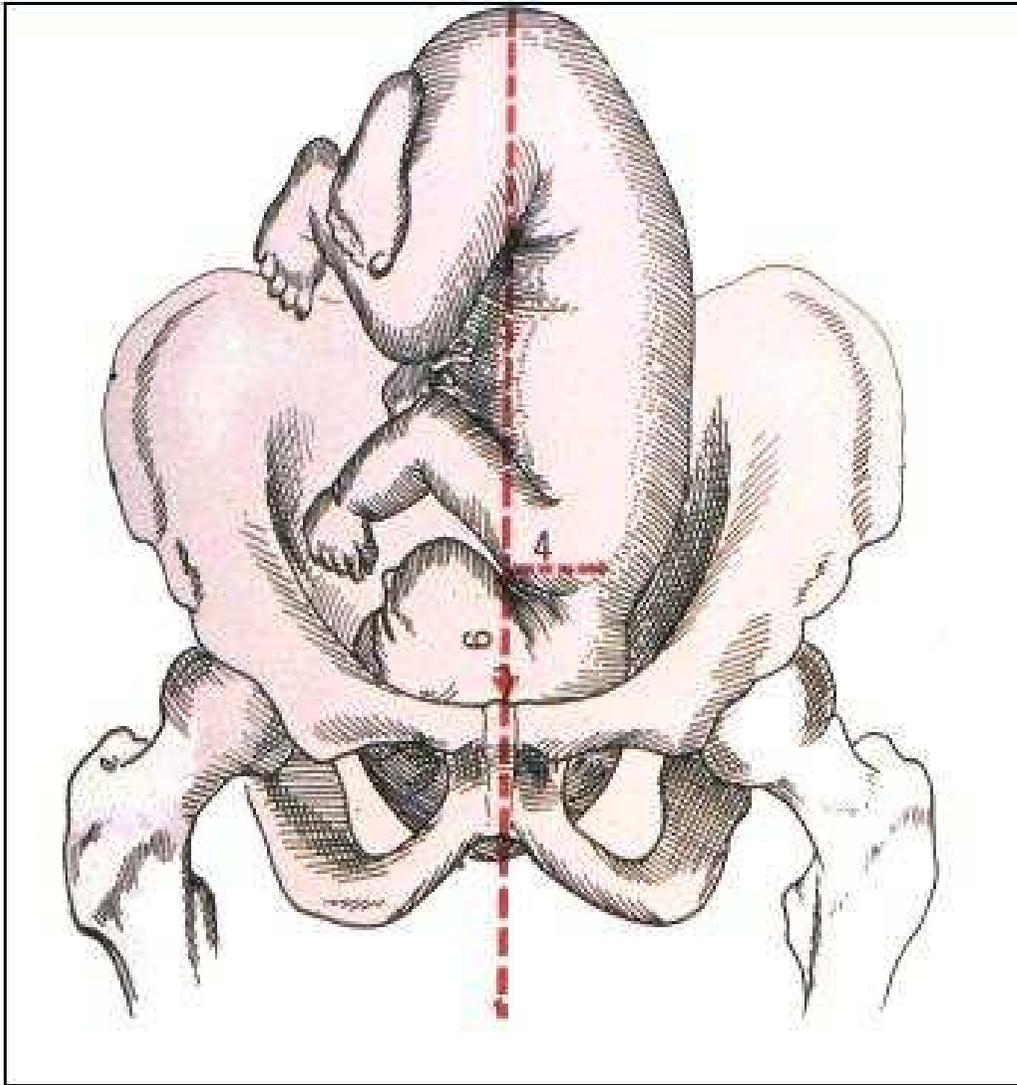
classification du niveau des présentations dans le bassin maternel

Classification ACOG 1994	Définition	Correspondance française	Niveau
Outlet	Présentation visible, a atteint le plancher pelvien avec rotation $\leq 45^\circ$	à la vulve, au DI	+3, +4
Low a	rotation $\leq 45^\circ$	partie moyenne, au DM	$\square +2$
Low b	rotation $> 45^\circ$	partie moyenne, au DM	$\square +2$
Mid	présentation engagée	partie haute	$< +2$
High	présentation non engagée	au DS	< 0

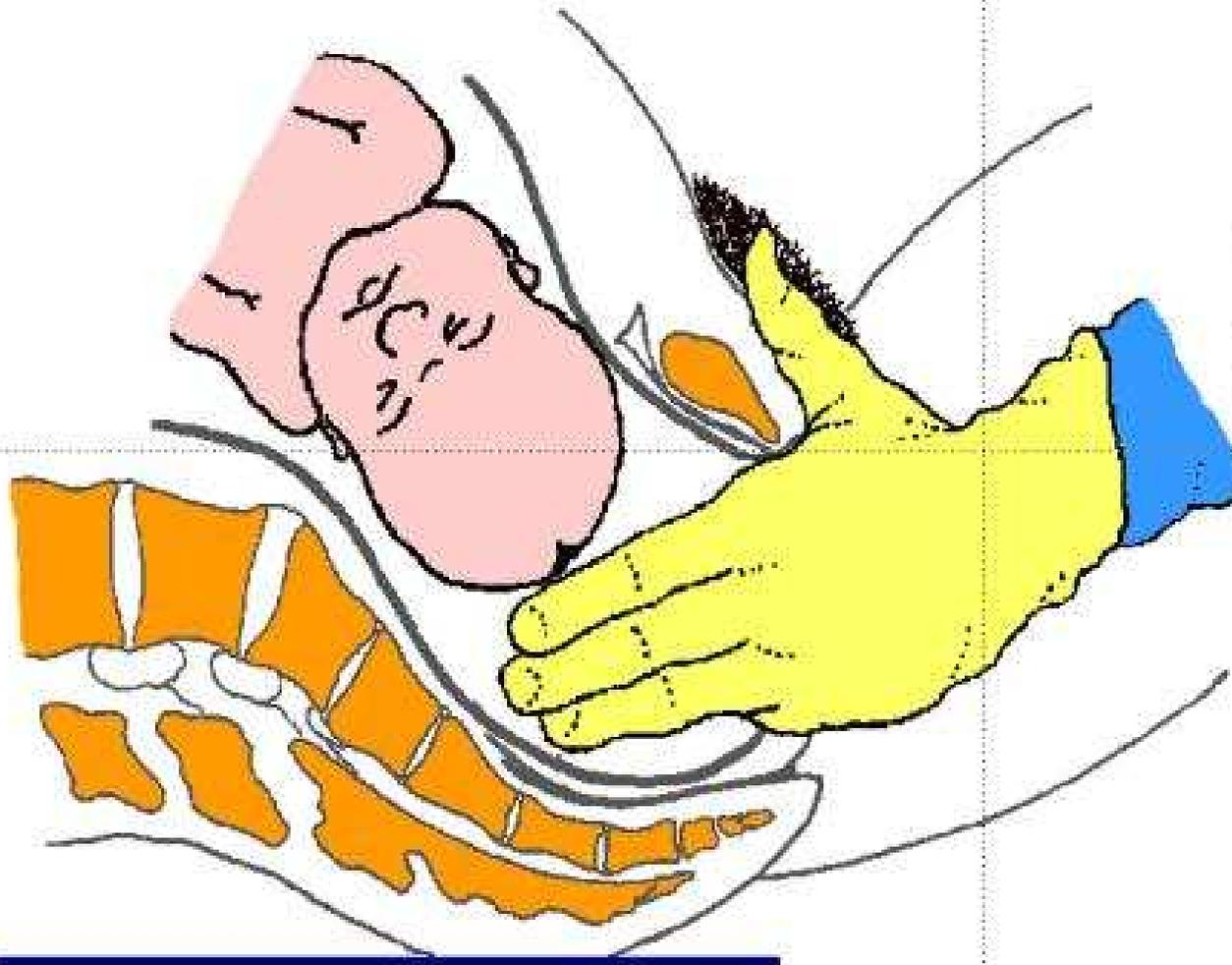
Diagnostic de l'engagement :

- Interrogatoire !
- Inspection...
- Palpation abdominale (signe de Favre)
- Toucher vaginal
 - signe de Farabeuf
 - signe de Demelin

Signe de Favre



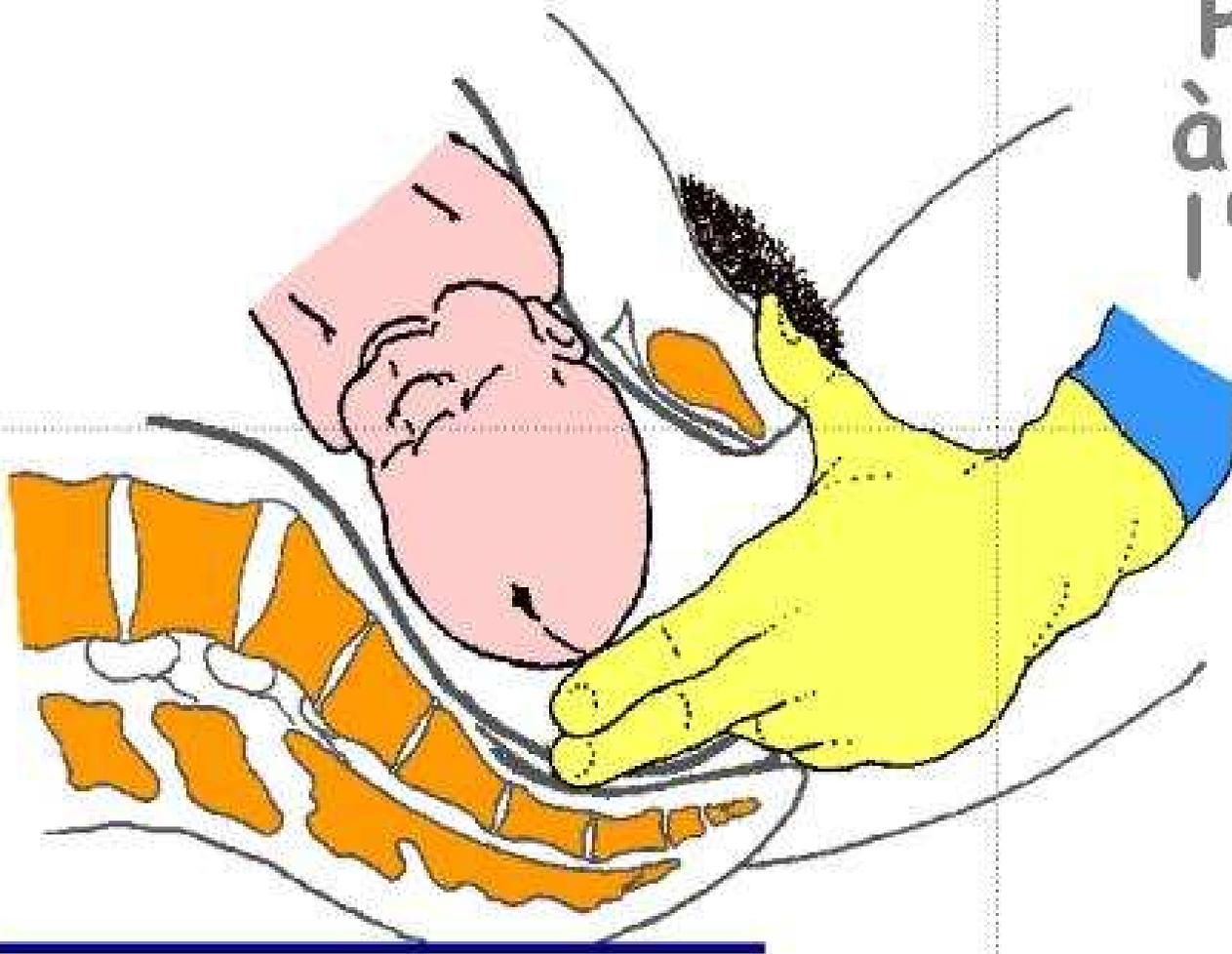
Signe de Farabeuf



Présentation
non engagée

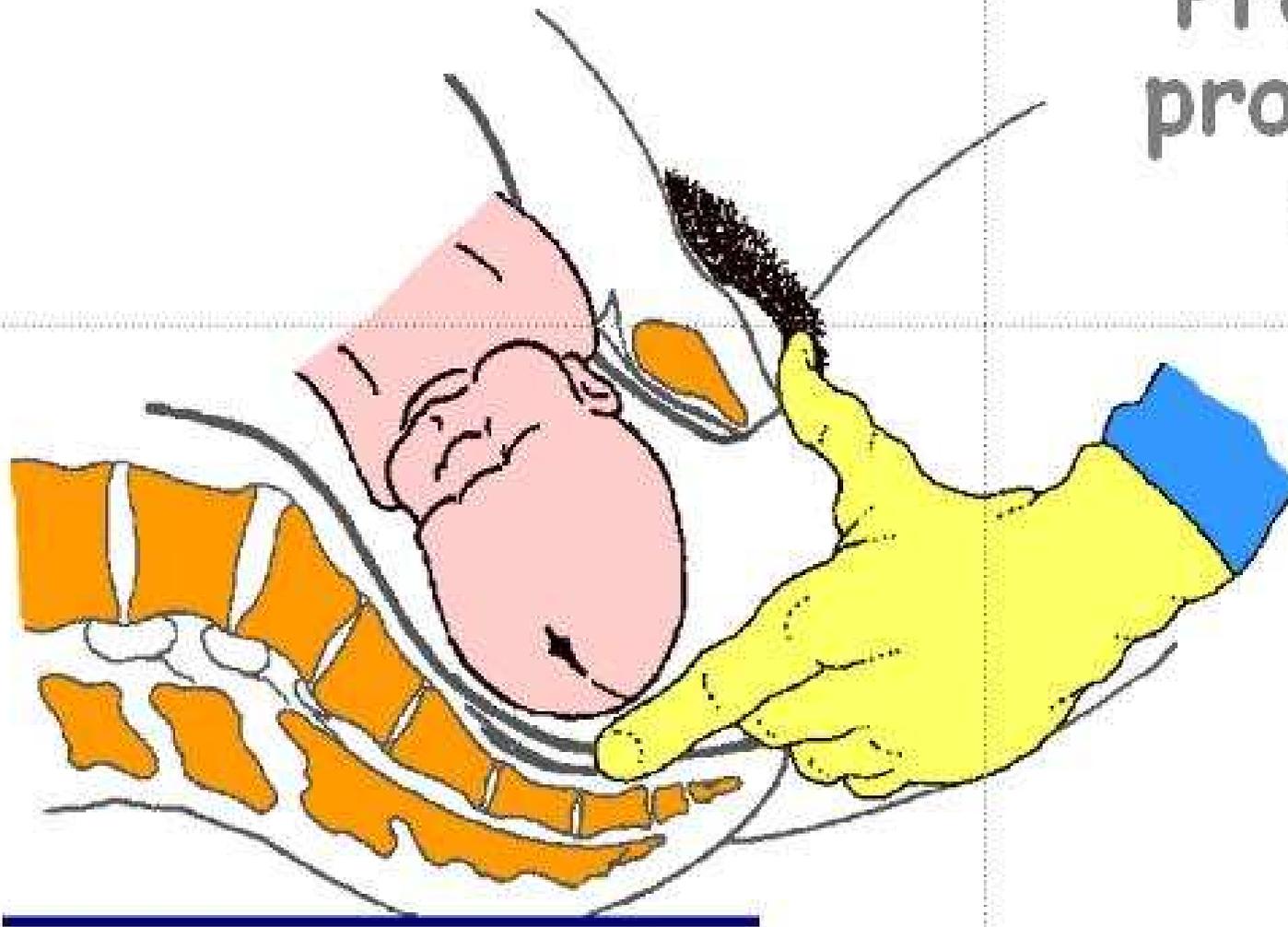
Signe de Farabeuf

Présentation
à la limite de
l'engagement

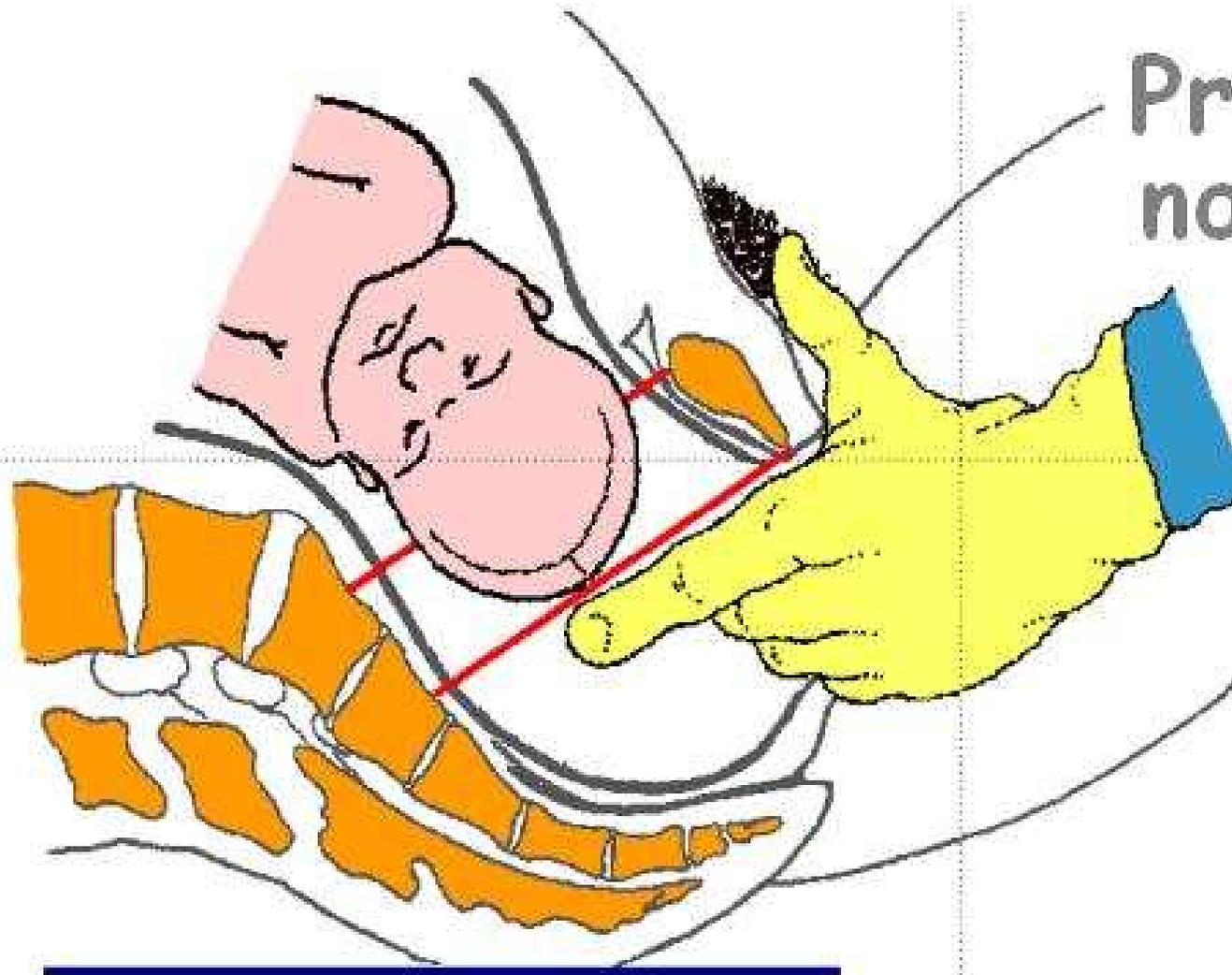


Signe de Farabeuf

Présentation
profondément
engagée



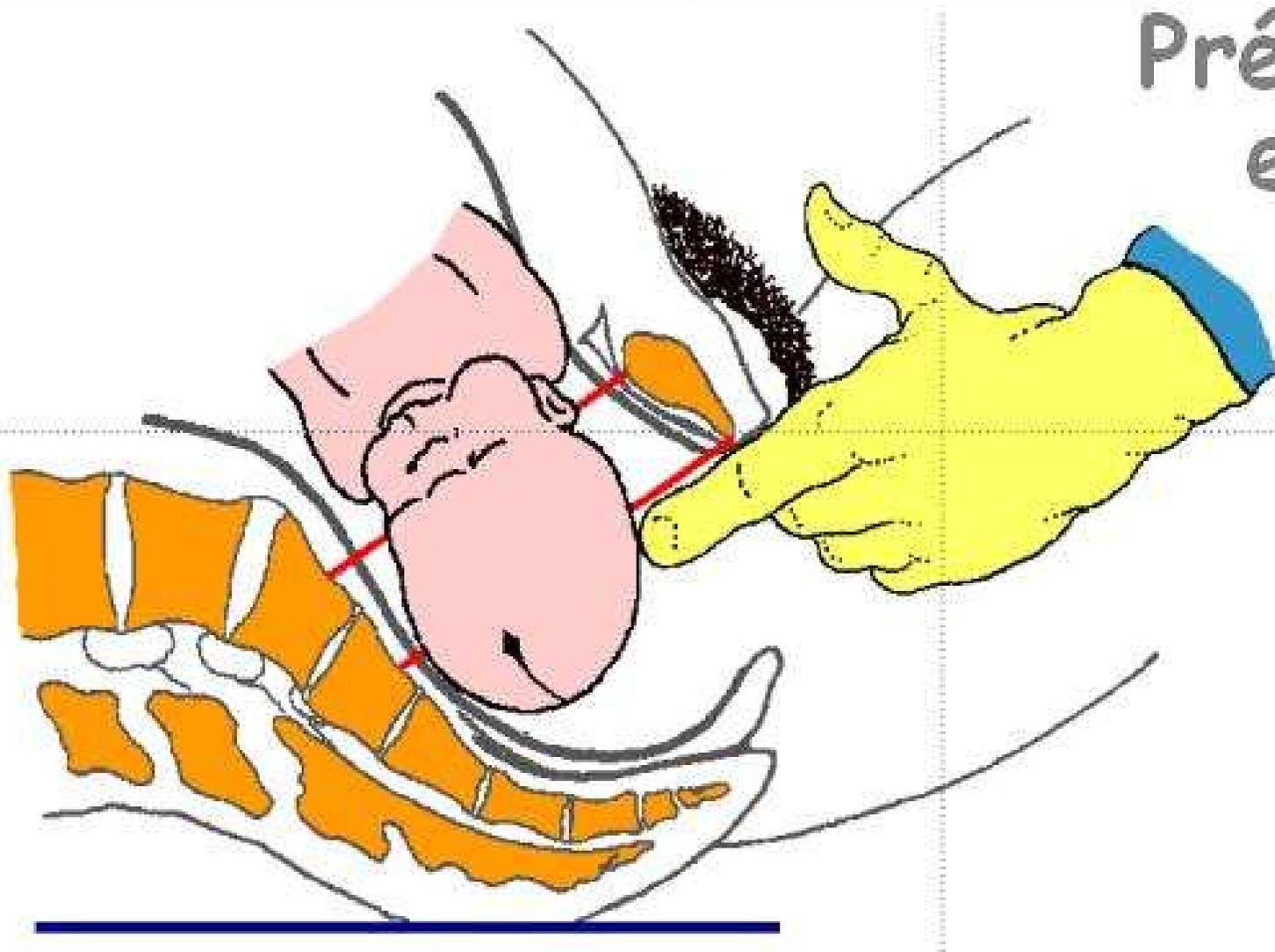
Signe de Demelin



Présentation
non engagée

Signe de Demelin

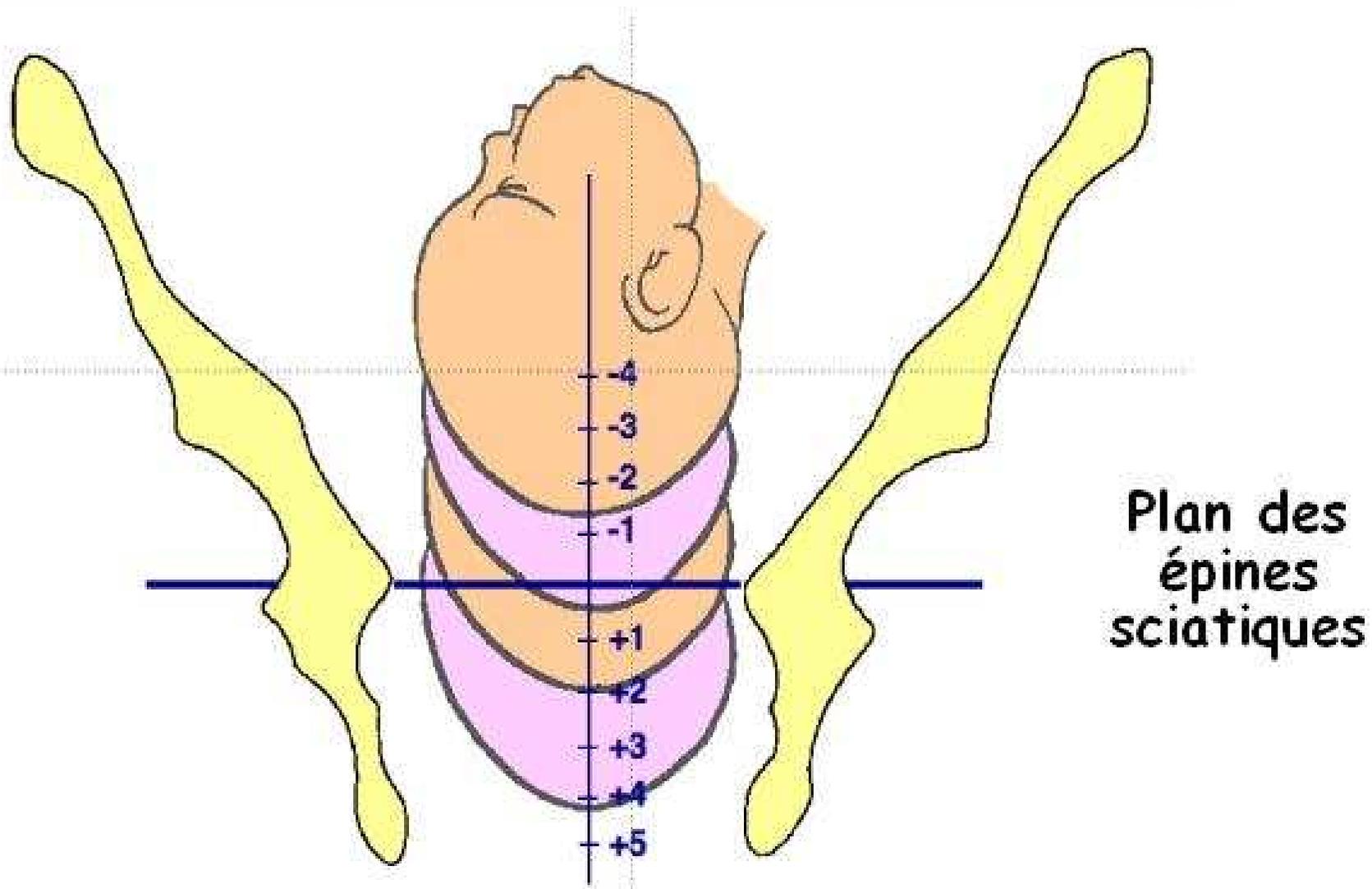
Présentation
engagée



Comparaison TV- palpation abdominale pour le diagnostic d'engagement

- **Knight** : étude rétrospective sur 104 patientes sur TV vs palpation abdominale avant une extraction instrumentale
- Si 2 méthodes donnent un diagnostic différent, mieux vaut faire confiance à la palpation abdominale, notamment en cas de déformations plastiques de la tête fœtale (BSS) car mise en échec du TV

Niveau de la présentation



Mais nombreuses limites du TV...

- Subjectivité...
- Variabilité inter et intra observateur
- Que ce soit dans dg de variété ou dans dg d'engagement



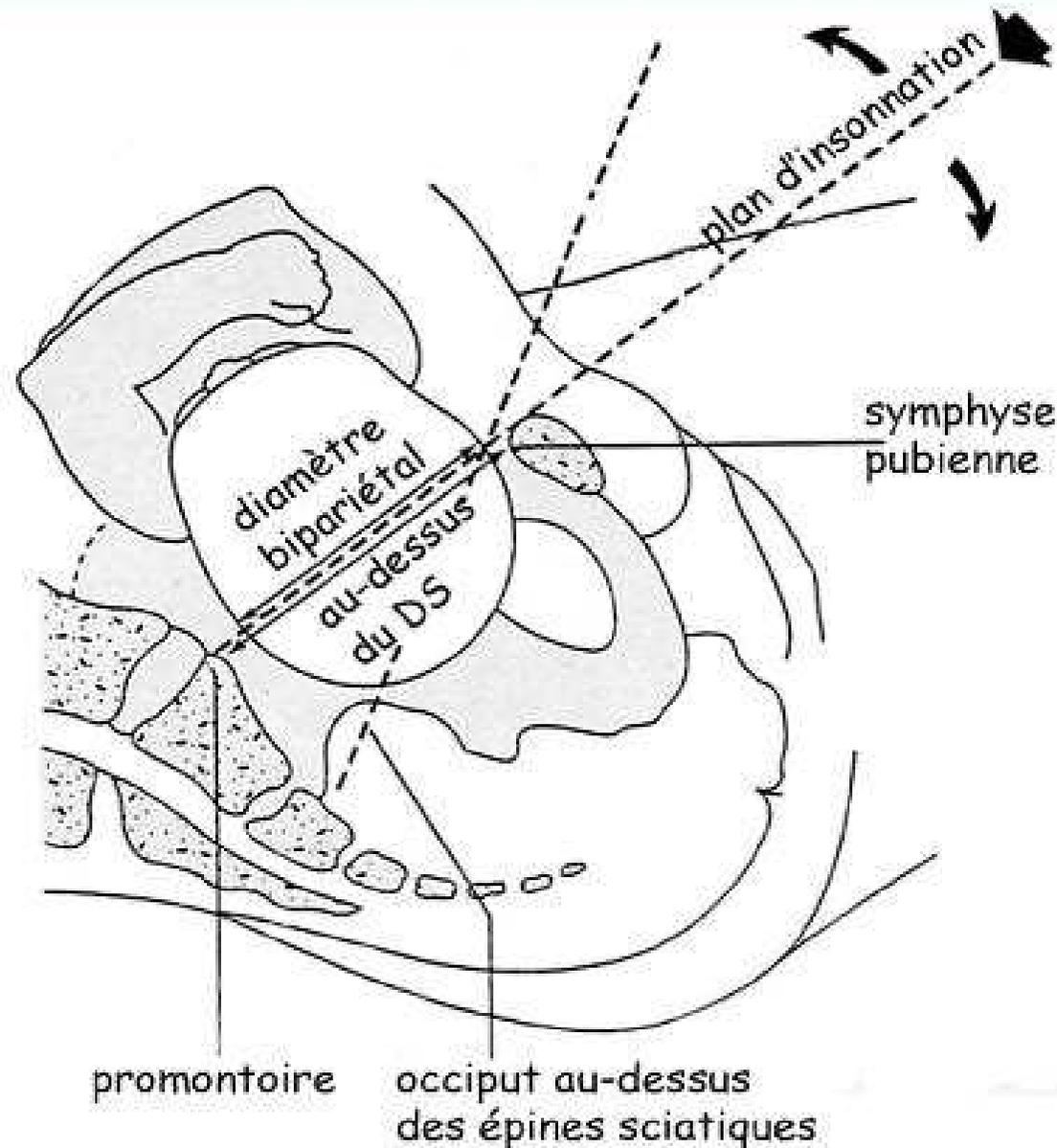
Aide au dg d'engagement : écho !

- Dg clinique d'engagement :
 - pas toujours aisé...
 - détermine dans certaines situations la voie d'accouchement
- 3 techniques très différentes
 - la voie transabdominale sus-pubienne
 - la voie translabiale
 - la voie transpérinéale

La voie transabdominale sus-pubienne (Sherer 2003)

- Le principe : engagement qd le BIP est sous la margelle symphysaire
- Méthode séduisante mais difficile à réaliser en pratique, car nécessite :
 - mobilisation de la patiente, pas toujours simple
 - visualisation dans l'espace de lignes repères, qui restent imaginaires,
 - appréciation écho du passage de la tête sous ces lignes
- Repères imaginaires : aucun dg objectif, quantifiable et reproductible...

D'après Sherer 2003



présentation = engagée
à l'écho si les repères
classiques de la coupe
du BIP sont sous le
niveau d'entrée du
bassin maternel

La voie translabiale (Dietz et Lanzarone 2005)

- **Méthode A** : ligne passant par la partie inféro-postérieure de la margelle symphysaire, la distance minimale entre cette ligne verticale et la présentation fœtale était mesurée en mm
- **Méthode B** : ligne de référence = ligne verticale à l'axe central de la symphyse, passant à travers la margelle

La voie translabiale



Méthode A

Méthode B

Echo translabiale = fortement corrélée à la clinique, avec excellent coefficient de corrélation inter-observateur : 0,75 pour méthode A et 0,92 pour méthode B

La reproductibilité était meilleure pour la méthode B

La voie translabiale

- Etude préliminaire : coupes semi-sagittales de l'article = jamais pu être obtenues
- Ces auteurs australiens :
 - habitués à pratiquer écho translabiales et connaissent très bien leurs repères
 - mais l'écho en SW ne doit pas être réservée à quelques experts en imagerie
- Pour nous, cette technique, telle qu'elle est décrite, n'est pas applicable en routine
- Utilise sonde endovaginale, pas toujours disponible en SW

Echographie transpérinéale

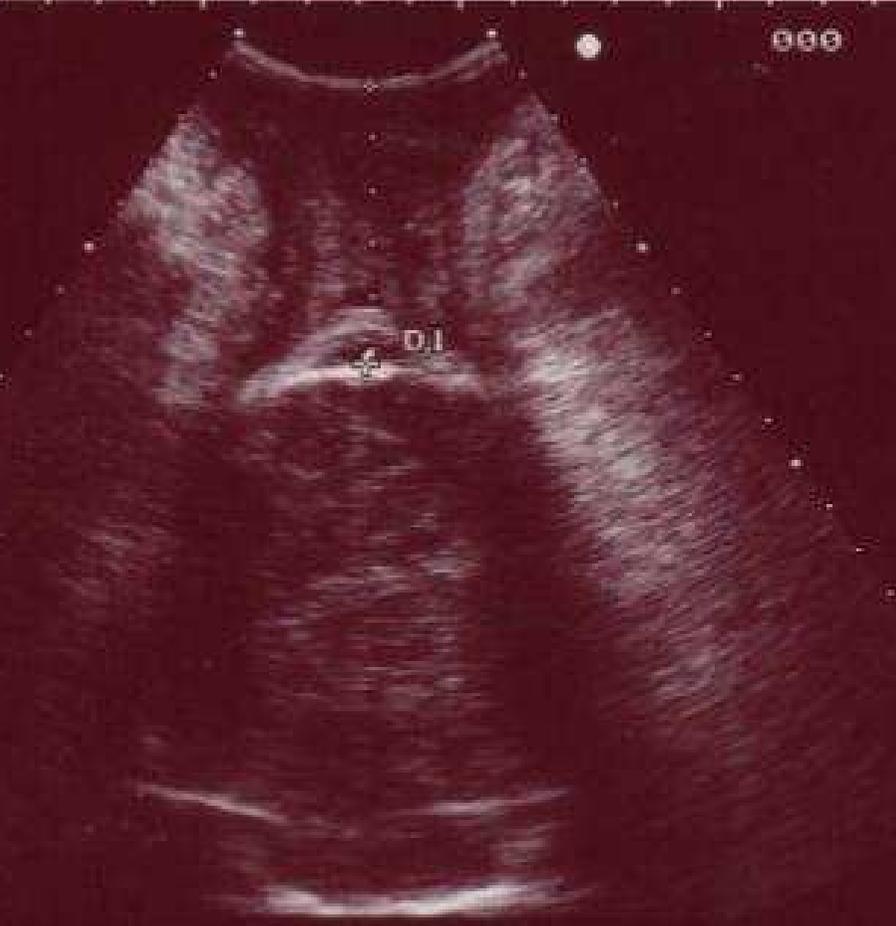
- Patiente installée en position de supination
- Vessie vide
- Sonde abdo posée horizontalement/espace ano -vulvaire, sans effraction dans voies génitales, sans appui (ne pas déformer les structures et les espaces à mesurer)
- Obtention coupe transversale du périnée, dans prolongement de la présentation
- mesure distance périnée (= début insonation) - présentation foetale (limite ext osseuse hyperéchogène crâne foetal)

HITACHI GB:-15 DYN:75 P:1/1/1/A
PTR:H IH:29 LIS:6 170mm 3.5M
DIS

400

D1: 52.2mm

000



ID:
39-JAN-87 F5
14:50:11

CHU BESANCON BLOC HATERNITE NO.60/60

MES+ING OBST. SURF-E VOLUME

ÉTUDE PRÉLIMINAIRE

CHU Besançon

In press JGOBR

Matériel et méthodes

- Maternité du CHU de Besançon 2007
- Comparaison TV vs mesure distance périnée
- présentation par écho transpérinéale
- 65 mesures chez 45 patientes en cours de travail et/ou à dilatation complète
- Examen SF : dilatation cervicale, variété de position, engagement (signe de Farabeuf) et hauteur de présentation, en dehors CU
- Immédiatement après le TV : engagement évalué par une écho par voie transpérinéale

Résultats

- Diagnostic de variété : taux d'erreur du TV = 22%, idem littérature (Dupuis 2005)
- 4 TV n'ont pas pu déterminer la variété de position : importante BSS

Valeur- seuil périnée - présentation foetale fixée à 60 mm pour dg d'engagement

- Si distance $>$ à 60mm : pas d'engagement
spécificité 89% et une VPN 94,1%
- Si distance est \leq à 60 mm : engagement
sensibilité 97,8% et VPP 95,6%
- Possibilité de définir le niveau de présentation :
 - Engagée : \leq 60 mm
 - Partie haute : 50 mm
 - Partie moyenne : \pm 40 mm
 - Partie basse : 20 mm
- Il a toujours été possible de faire le **diagnostic de variété de position** par voie transpérinéale

Présentation non engagée (68 mm)



Engagée partie haute (50 mm)



Engagée partie moyenne (39 mm)



Partie basse (20 mm)



Intérêts de l'écho transpérinéale



Diagnostic de variété de position

Existence d'une bosse séro-sanguine et de sa hauteur

Tête foetale non engagée (d=62mm), mais importante BSS
située partie moyenne (d=43mm) pouvant tromper le TV



BSS partie basse gêne dg de variété de position avant une
extraction instrumentale = OP partie moyenne



Conclusion

- Dg écho d'engagement de la présentation par voie transpérinéale est **possible**
- Par la mesure de la distance périnée - présentation
- Grâce à une sonde abdominale standard
- Valeur cut-off à **60 mm** = critère objectif
- Apprentissage rapide
- Peu opérateur - dépendant, reproductible
- Permettant d'affirmer la possibilité d'un accouchement VB (spontané, instrumental)

De plus,

- La voie transpérinéale permet :
 - dg de variété de position de la présentation
 - dg de hauteur de présentation
 - document médico-légal avant une extraction instrumentale ?
- Reste à élargir la série, diffuser la technique dans les salles d'accouchement
- Pour juger de sa validité et de son utilité en pratique courante



Diplôme de Mécanique et de Techniques Obstétricales