

Ministere de l'éducation supérieure et de la recherche scientifique
CHU mohamed lamine debaghine
Service de gynecologie obstetrique clinique gharafa

dystocie osseuse

DR Yaici K

MAITRE ASSISTANT EN GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE

Introduction

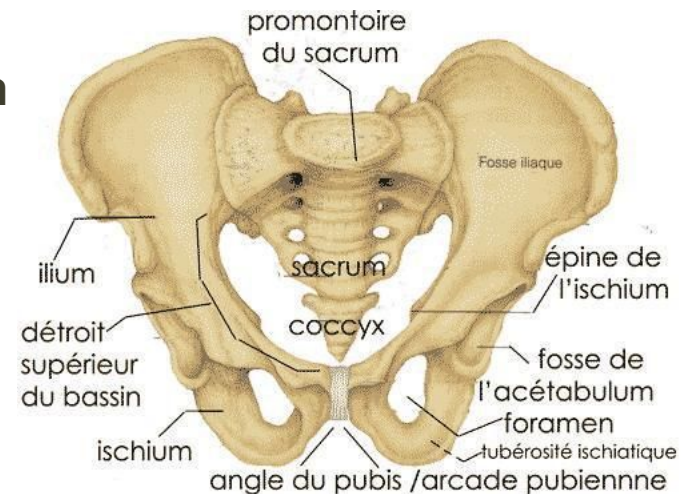
- L'**accouchement dystocique** (**dys** : difficulté et **tokos** : accouchement)
- difficultés voire une impossibilité d'accouchement par voie basse.

2 types de dystocies :

- **les dystocies dynamiques** (dysfonctionnement du moteur utérin et/ou des anomalies de la dilation utérine)
- **les dystocies mécaniques** réparties en anomalies du contenant avec les dystocies osseuses et les dystocies des tissus mous, les anomalies du mobile foetal puis les anomalies des deux (disproportion foeto-pelvienne)

Les dystocies osseuses

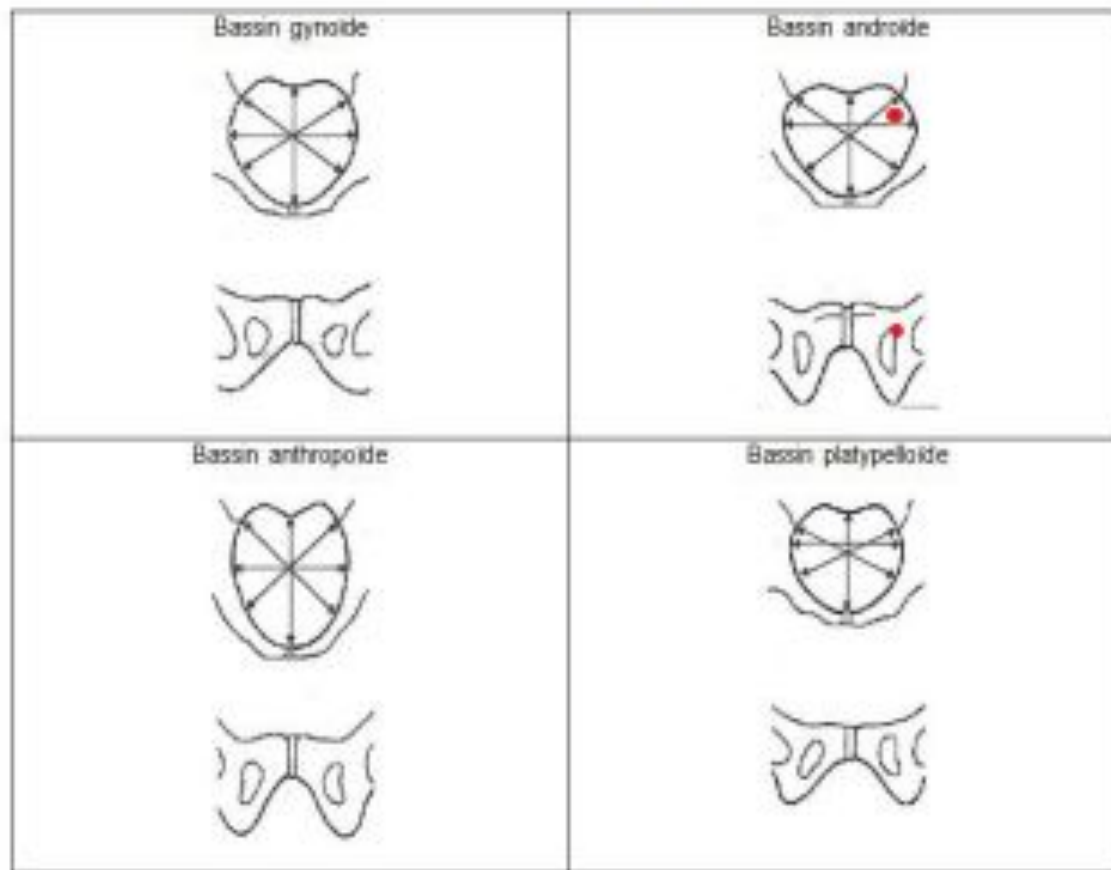
- **liées aux anomalies du bassin osseux maternel : anomalies de taille, de forme ou d'inclinaison.**
- Peut **siéger à tous les niveaux du bassin**
 - ▣ **détroit supérieur (DS)**
 - ▣ **détroit moyen (DM),**
 - ▣ **détroit inférieur (DI) .**
- **Plusieurs classifications ont été proposées, tenant compte soit de la forme anatomique du de sa taille, l'étiologie,**



Classification morphologique Caldwell et Moloy

- Bassin de type gynoïde (rond), le plus fréquent, dit de forme « normale » : DS plus large transversalement
- Bassin de type androïde (triangulaire), TM inférieur de 2cm ou plus au TMx
- Bassin de type anthropoïde (ovale) : $PRP > TMx$. Le pronostic est souvent favorable.
- Bassin de type platypelloïde (plat) : $TMx > PRP$

Figure 1 : Classification morphologique des bassins osseux [1]



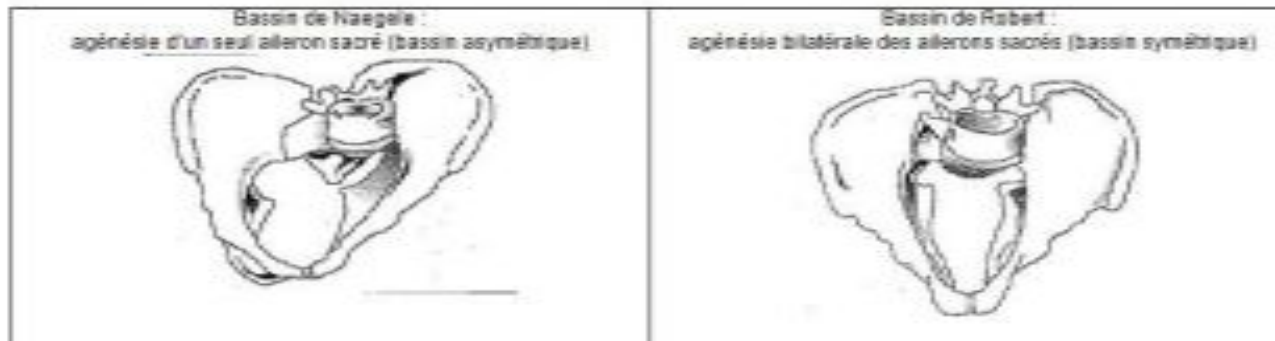
Classification anatomique et morphologique

- tient compte **de la forme et de la taille du bassin**, elle est issue du classement des **clichés radiopelvimétriques**
- **Bassin dolichopellique** : transverse plus grand que la PRP minimum,
- **Bassin mésatipellique** : transverse égal au PRP minimum ou au PRP augmenté de 1 cm,
- **Bassin brachypellique** : transverse plus grand que le PRP minimum,
- **Bassin platypellique** : transverse plus grand que le PRP augmenté de 3 cm

Classification anatomique

- repose sur les **rapports métriques des principaux diamètres du bassin**.
- **Asymétriques** : inégalité de longueur des diamètres sacrocotyloïdiens (de l'articulation sacro-iliaque au point situé en regard de la cavité cotyloïdienne opposée, **valeur normale = 9 cm**) dont la différence est supérieure à 1 cm.
- **symétriques**.

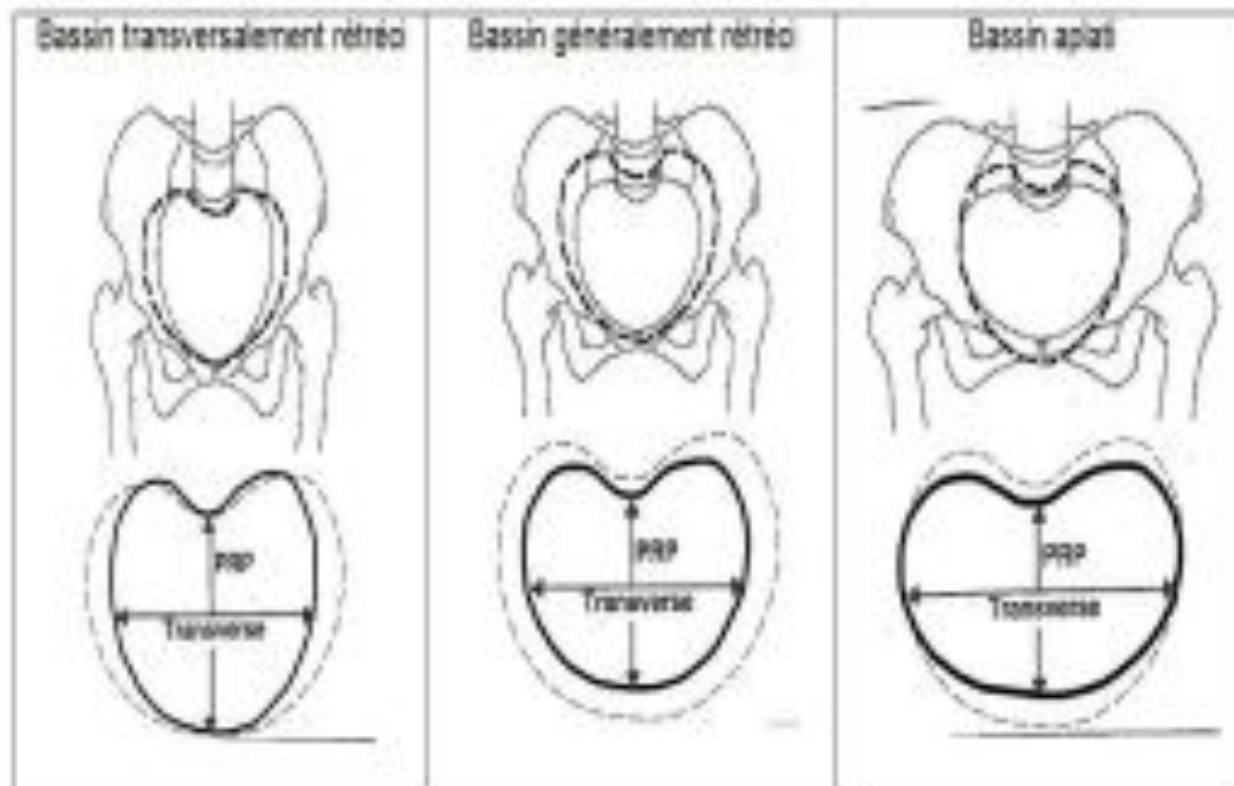
Figure 5 : Bassin de Naegele et Bassin de Robert [1]



Au niveau du détroit supérieur (DS)

- **Le bassin transversalement rétréci** : $TM \leq 11,5$ ou $12,5$ cm selon les auteurs. Ce sont les plus fréquents
- **Les bassins généralement rétrécis** : tous les diamètres diminués proportionnellement . La morphologie générale du bassin est préservée.
- **Les bassins aplatis** : $PRP \leq 10,5$ cm.
- **Les bassins aplatis et généralement rétrécis** : $PRP \leq 10,5$ cm et une diminution des autres diamètres.

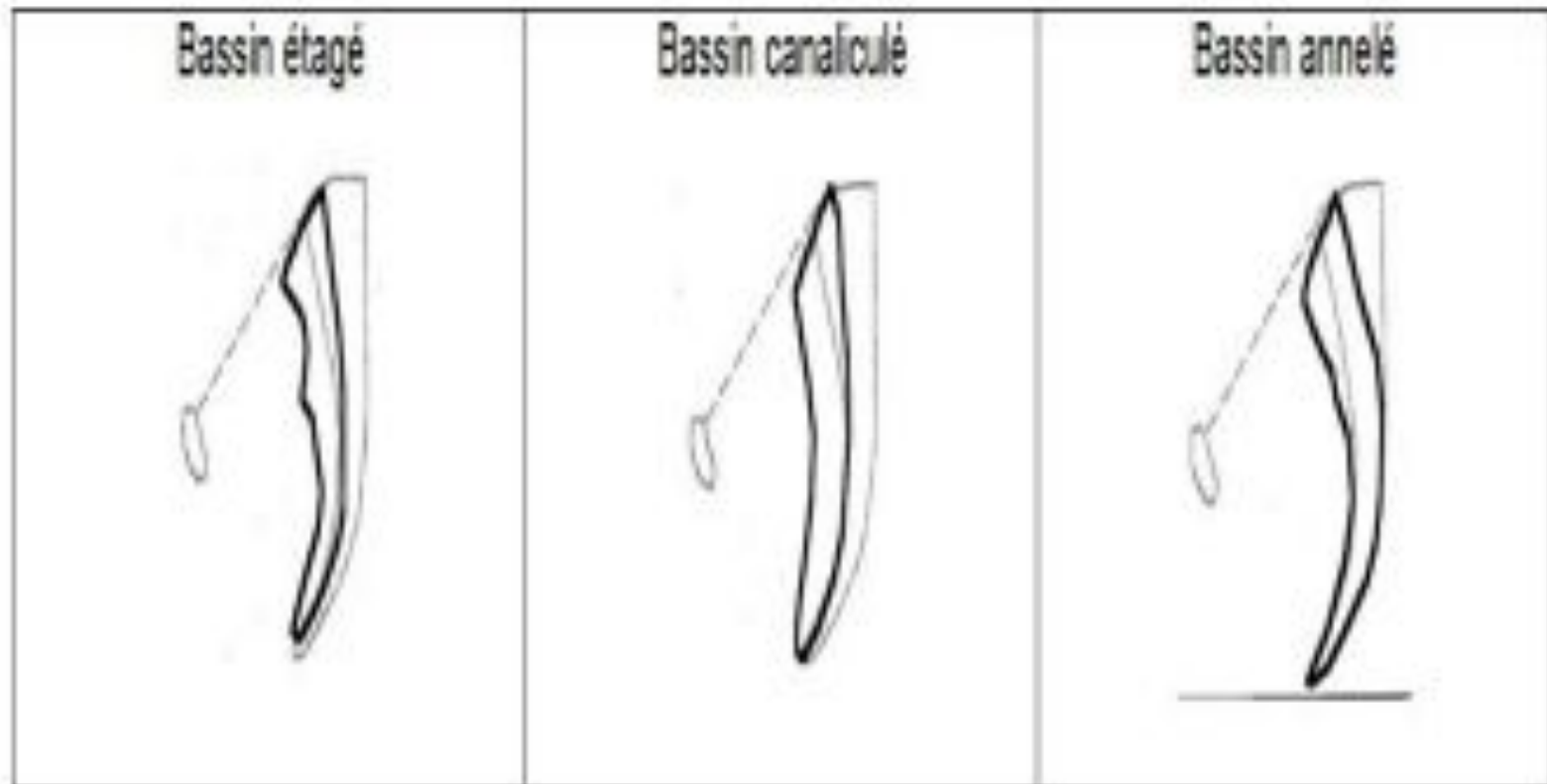
Figure 3 : Anomalies du détroit supérieur [1]



Au niveau de l'excavation DM

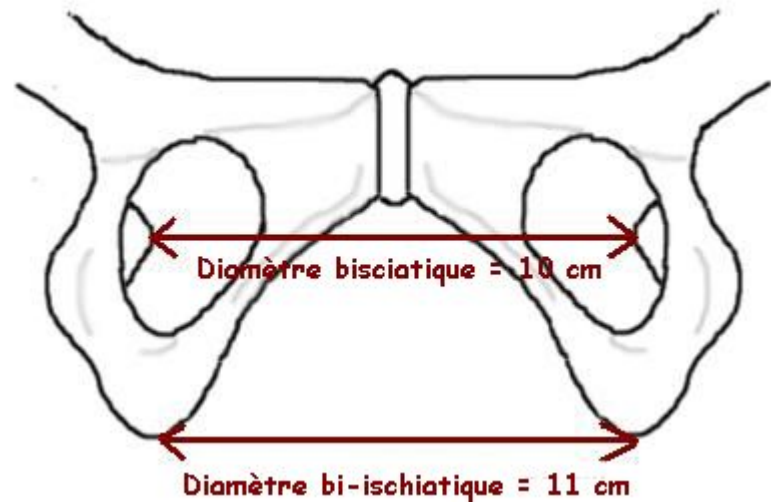
- sacrum déformée, sur **tout ou une partie** de sa hauteur.
- **Le bassin étagé** : des faux promontoires sacrés forment des rétrécissements étagés,
- **Le bassin canaliculé** : le sacrum est droit ou convexe en avant, l'excavation est exiguë,
- **Les rétrécissements transversaux** bisclatérale < 9,5 cm ,associés à des anomalies du DS, ou à des anomalies de courbure du sacrum. **reconnus après un arrêt de la progression dans l'excavation ou à la suite d'une extraction instrumentale difficile**
- **Le bassin annelé** est à part, seul le détroit supérieur est rétréci, l'excavation est normale.

Figure 4 : Anomalies au niveau de l'excavation [1]



Au niveau du détroit inférieur (DI)

- La diminution du diamètre bi-ischiatique en dessous de 8 cm,
- L'ogive pubienne fermée,
- Le coccyx recourbé en



Classification étiologique

les causes devenues **rares** sauf pour les fractures.

- **Causes nutritionnelles** : l'importance des **facteurs nutritionnels** a été montrée
- **Bassin des adolescentes** : les bassins des adolescentes avant 16 ans, ont souvent des dimensions insuffisantes et correspondent à des bassins généralement rétréci

**les dimensions pelviennes comme définitives après 18 ans.
Il passerait d'une forme androïde à une forme gynoïde.**

Figure 6 : Bassin ostéomalacique [1]

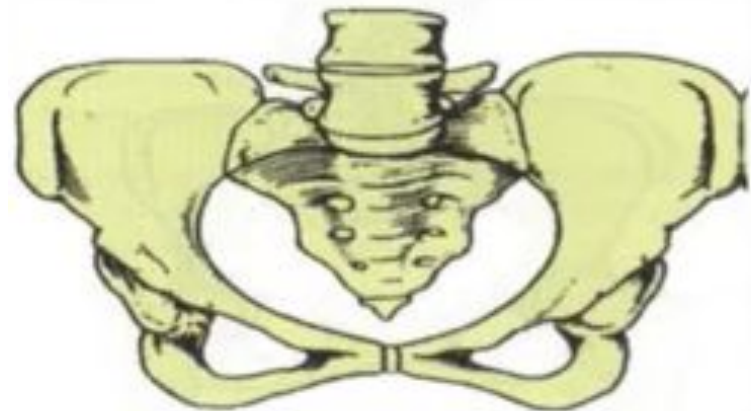


Figure 7 : Bassin de scoliose [1]



Luxation congénitale de hanche uni ou bilatérale

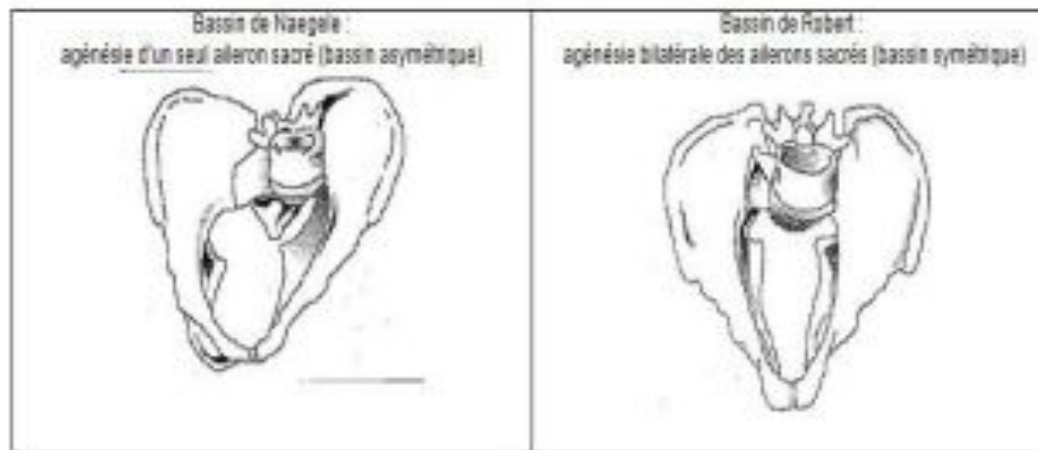
- Dans la luxation congénitale de hanche unilatérale, le bassin est asymétrique (antéversé, oblique ovalaire, redressé du côté sain).
- Dans la luxation congénitale de hanche bilatérale, le détroit supérieur est rétréci, le détroit inférieur élargi (bassin en éteignoir).



aux maladies dystrophiantes :

- ❑ **les bassins rachitiques** (hypovitaminose D dans l'enfance) ;
- ❑ **les bassins ostéomalaciques** (affection de l'adulte qui ramollie le squelette en le décalcifiant) ;
- ❑ **les bassins de naines** (nanisme héréditaire avec une harmonie des formes, nanisme endocrinien (hypophysaire ou thyroïdiens, le bassin est généralement rétréci),
- ❑ **nanisme achondroplasique** (la bassin est rétréci au niveau du DS et s'évase vers le DI).

Figure 5 : Bassin de Naegele et Bassin de Robert [1]



Les anomalies liées aux lésions de voisinages :

- ❑ **lésions vertébrales** (cyphose, scoliose, tumeurs osseuses..), **lésions de l'appareil locomoteur** (bassins coxalgiques, bassins de LCH uni ou bilatérales, paralysie infantile ou poliomyélite, tumeurs)
- ❑ **Fractures du bassin** : vie sportive ou à des accidents de la circulation.
- ❑ **peuvent être contemporaine de la grossesse ou antérieures** et consolidées avec lésions osseuses)
- ❑ Surtout Si l'accident s'est produit dans le jeune âge, il peut entraîner des troubles de la croissance.

Figure 7 : Bassin de scoliose [1]



Diagnostic des anomalies osseuses du bassin

interrogatoire

- ▣ recherche une **anomalie du bassin des antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux**
- ▣ **Dans les milieux défavorisés** : à la tuberculose, plus rarement mais également à l'ostéomalacie, l'ostéoporose, au rachitisme,
- ▣ Aux **interventions chirurgicales du pelvis**, aux traumatismes du bassin, des membres inférieurs, de la colonne vertébrale, des durées d'immobilisations, les séquelles cliniques et radiologiques, l'âge de survenue des troubles,
- ▣ **Tout accouchement difficile ayant nécessité une extraction instrumentale ou une césarienne.**



Inspection

- En **période prénatale** au **troisième trimestre** , pronostic obstétrical.
- **la station debout** (entièrement dévêtue) et **la marche**.
- **la mesure de la taille $\leq 1,50$ m** entraîne un **fort risque de bassin rétréci**
- l'aspect morphologique, la recherche d'une claudication,
- **La pointure des oriente le diagnostic (petite taille, petits pieds, petites mains sont des signes de petits bassins)**
- une **pointure de chaussure ≤ 35** entraîne un **fort risque de bassin rétréci**.

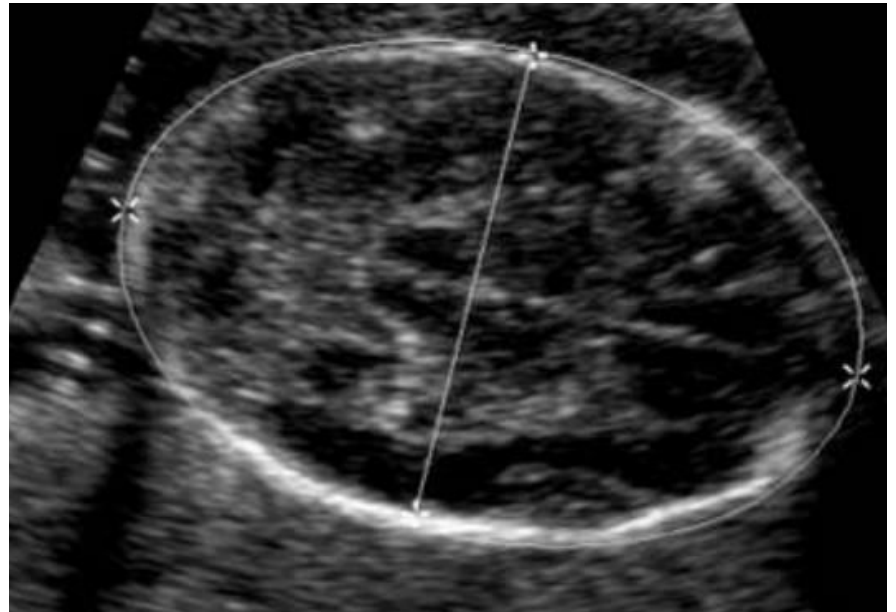


Examen obstétrical

- **hauteur utérine (HU)**
- **la présentation du fœtus, la position du dos, le volume fœtal**
- **débord sus-pubien ou une mobilité anormale de la tête fœtale**
- **ne permet pas le diagnostic d'anomalies du bassin mais doit alerter sur un risque de disproportion foetopelvienne.**
- La pelvimétrie clinique **Externe et interne**
- le toucher vaginal permet d'apprécier **l'accommodation du fœtus, la formation du segment inférieur**
- **dépend pour beaucoup de l'expérience du clinicien.**

Echographie L'échographie

- est là essentiellement pour explorer le fœtus.
- mesures pour une biométrie fœtale afin de faire l'estimation du poids fœtal.
- estimation échographique comporte une marge d'erreur de 100g/Kg.



Examens para-cliniques

- **Pelvimétrie** par **rscannographie** ou **IRM** ; mesurer la **valeur réelle des diamètres**.
- **(IRM)** seul examen délivrant aucune irradiation à la mère et au fœtus
- **3 catégories de bassins** en **pratique** :
 - ✓ **les bassins « normaux »** (critères variables selon les auteurs)
 - ✓ **les bassins « chirurgicaux »**
 - ✓ **les bassins « limites »**



Classification pratique

Figure 8 : Classification « pratique » des bassins [2]

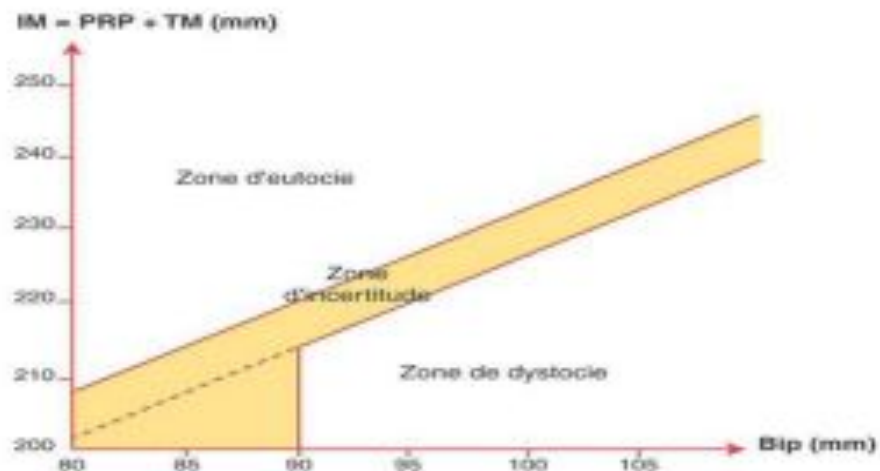
Bassins	PRP (cm)	TM(cm)	Indice de Magnin	Bisiatique (cm)	Bi-ischiatique (cm)
« Normaux »	> 10,5	> 11,5	> 22	> 9,5	> 9
« Limites »	< 10,5	< 11,5	< 22	< 9,5	< 9,5
	> 8,5	> 9,5	> 20	> 8	> 8
« Chirurgicaux »	< 8,5	< 9,5	< 20	< 8	< 8

Légende PRP : promonto-rétro-pubien ; TM : transverse médian.

. Confrontation céphalopelvienne

- **pronostic obstétrical, Magnin** a décrit un indice qui additionne 2 diamètres, **le PRP et le TM**, **Les mesures de la radiopelvimetrie**
- **l'indice de Magnin (IM)** le pronostic est jugé :
 - ✓ Normal si > 23
 - ✓ Favorable si > 22
 - ✓ Incertain entre 21 et 22
 - ✓ Médiocre entre 20 et 21
 - ✓ Mauvais si < 20

Figure 9 : Diagramme de Magnin [2]



Diagnostic pendant le travail

anomalies dans toutes les phases du travail

- ✓ dystocie de démarrage,
- ✓ dystocie dynamique
- ✓ dystocie d'engagement
- ✓ de descente
- ✓ rarement dystocies des épaules.
- ✓ **Ces dystocies peuvent se succéder.**



Conduites à tenir

- Les indications de **césarienne** dans **les recommandations** pour la pratique clinique **du CNGOF 2000**
- **macrosomie** :
 - **EPF \geq à 4500g (ou 4250g pour les femmes enceintes diabétiques)** une césarienne prophylactique est **recommandée**
- **une dystocie** :
 - **la direction systématique** du travail par **RAM** et/ou **perfusion d'ocytocine** diminue le taux de césarienne pour dystocie
 - Indiquée si anomalie de la dilatation cervicale ou de progression de la présentation
 - **Au cours du travail** après deux **heures de stagnation de la dilatation** doit être **reconsidérée, du fait d'une diminution des césariennes en cas d'expectative prolongée si BCF BONS,**

les recommandations 2009;EMC

indications de césarienne

- ❑ **dystocies osseuses majeures, un PRP $< 8,5$ cm ou un indice de Magnin < 20 , une asymétrie importante, bassin en entonnoir, diamètre bisciatique < 8 cm,**
- ❑ **EPF ≥ 4500 g (ou 4250g pour les femmes enceintes diabétiques),**
- ❑ **confrontation céphalopelvienne défavorable : un bassin limite à la radiopelvimétrie,**
- ❑ **ATCD OBSTETRICAL d'accouchement dystocique lésions maternelles**
- ❑ **antécédent d'hypoxie néonatale ou de mort foetale,**

Epreuve de travail

- **épreuve dynamique de durée limitée**
- **confrontation tête foetale et un bassin rétréci,**

- **Conditions :**

- ✓ Une dilatation cervicale de 3 cm au moins
- ✓ Des membranes rompues
- ✓ Une bonne dynamique utérine (ocytocique si besoin).
- ✓ Une surveillance foetale et maternelle permanente

Conclusion

- tout **trouble dynamique**, toute **anomalie de dilatation** si elle ne cède pas rapidement à une **correction**, doivent faire reconsidérer la décision prise.
- l'**opérateur** doit toujours être **prêt** Devant une **dystocie**.
- Les manœuvres doivent être parfaitement connues,