

MINIMODULE D'ENSEIGNEMENT

Techniciens supérieurs 2^{ème} année

Section : obstétrique

Année 2006/2007

LES LESIONS TRAUMATIQUES D'ORIGINE OBSTETRICALE

Dr Chaouachi Sihem

Objectifs éducationnels

- 1-Reconnaître les facteurs favorisant les traumatismes obstétricaux
- 2-Décrire les lésions traumatiques des parties molles et de l'appareil locomoteur ainsi que les traumatismes crâniens.
- 3- Identifier par l'examen clinique une paralysie du plexus brachial et proposer une conduite à tenir.
- 4- Distinguer par l'examen clinique une bosse séro-sanguine d'un céphalhématome ou d'un hématome sous-cutané crânien.
- 5- Citer les principaux axes de prévention.

Document de base

Introduction :

Ce sont des lésions acquises en rapport avec l'accouchement.

-Fréquence : ces lésions sont de moins en moins fréquentes en rapport avec l'amélioration de la prise en charge obstétricale.

-Gravité : variable.

-Pronostic : il dépend essentiellement du type de la lésion.

Facteurs favorisants :

- 1- Primiparité.
- 2- Présentation anormale (siège, face).
- 3- Disproportion céphalo-pelvienne : a- macrosomie (poids de naissance > ou = 4000g).
b- manocranie.
- 4- Utilisation de forceps ou de ventouse.
- 5- Utilisation de manœuvres obstétricales.
- 6- Travail prolongé ou trop rapide.

I Lésions traumatiques des parties molles :

1- érythèmes- abrasions – ulcérations :

- ces lésions sont fréquentes
- elles se voient essentiellement dans 2 circonstances :
 1. disproportion foeto-pelvienne.
 2. forceps.
- évolution favorable.
- traitement : soins locaux +++ pour éviter la surinfection.

2- pétéchiés – ecchymoses :

- 3 situations :
 1. présentation anormale (siège- face)
 2. circulaire du cordon (pétéchiés de la face).
 3. accouchement difficile et prolongé.
- il faut savoir différencier l'ecchymose de la face et la cyanose. (Ne disparaît pas sous oxygénothérapie et saturation en oxygène normale)

3- hématome du sterno-cleido- mastoïdien :

- il s'agit d'une hémorragie siégeant au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien.
- il se manifeste par une tuméfaction latéro-cervicale et une déviation latérale de la tête.
- évolution : disparition spontanée nécessitant des séances de kinésithérapie.

II Traumatismes crâniens (fig 1)

1- Bosse séro-sanguine :

- C'est une tuméfaction œdémateuse et hémorragique du cuir chevelu. L'hémorragie siège au niveau du tissu cellulo-adipeux sous-cutané

- Siège : au niveau de la présentation (vertex en cas de présentation céphalique, fesse en cas de présentation de siège)
 - Chevauchant les sutures (non arrêtée par les sutures)
 - Elle apparaît dès la naissance
 - Évolution : résorption spontanée en quelques jours
- Possibilité d'un ictère de résorption ou aggravation d'un ictère physiologique.

2- Hématome sous-cutané crânien:

- C'est une tuméfaction diffuse, peu tendue et molle du cuir chevelu.
 - L'hémorragie siège entre le périoste et l'aponévrose épicroânienne au niveau du tissu cellulaire lâche.
 - Pouvant déborder largement les limites du scalp et s'étendre à la face, le front, les paupières, la nuque...
 - il n'est pas limitée par les sutures.
- Évolution :
- Possibilité d'anémie et d'hypo volémie en rapport avec la spoliation sanguine.
 - Ictère par résorption.
- Recherche d'un trouble de l'hémostase sous-jacent.

3 - Le céphalhématome :

- Épanchement de sang siégeant entre le périoste et le diploé (tissu osseux)
- Tuméfaction le plus souvent pariétale, molle et fluctuante déformant le scalp.
- il est limitée par les sutures.
- il apparaît le plus souvent après un intervalle libre de quelques heures.
- Évolution
 - Résorption spontanée
 - Possibilité de résorption incomplète et calcification entraînant une déformation définitive

4- Enfoncement de la boîte crânienne :

- Il réalise une fracture en bois vert + ou une embarrure.
- Le plus souvent unilatéral : pariétal ++ ou frontal
- C'est une complication de l'application de forceps
- Lésions associées :
 1. lésions cutanées (ecchymose....)
 2. céphalhématome
 3. paralysie faciale.
 4. hématome ou Hémorragie intracrânienne

→ La radio du crâne ainsi que le Scanner cérébral sont systématique+++dans un but diagnostic mais surtout Pronostic

→ Le traitement est chirurgical

-l'acte est simple s'il est pratiqué avant 1 semaine

-il est plus compliqué après 1 semaine la déformation n'est plus réductible.

5- Les hématomes intracrâniens

Circonstances

1-Accouchement par Forceps

2-Utilisation de manœuvre lors de l'accouchement Ex : Mauriceau

3-se voit surtout en association avec un enfoncement de la boîte crânienne

4- incite à rechercher un trouble de l'hémostase sous-jacent.

5- diagnostic par scanner ou IRM

Localisations

1-Hématome sousdural +++

2-Hématome extra-dural rare

3-Hgies sous arachnoïdienne

4-Hgie intra ventriculaire

Signes cliniques :

1-intervalle libre : variant de quelques heures à quelques jours

2-Signes neurologiques :

Convulsion++, trouble du tonus, trouble de la vigilance.

Signes d'hypertension intra crânienne.

3-tableau d'anémie aigue

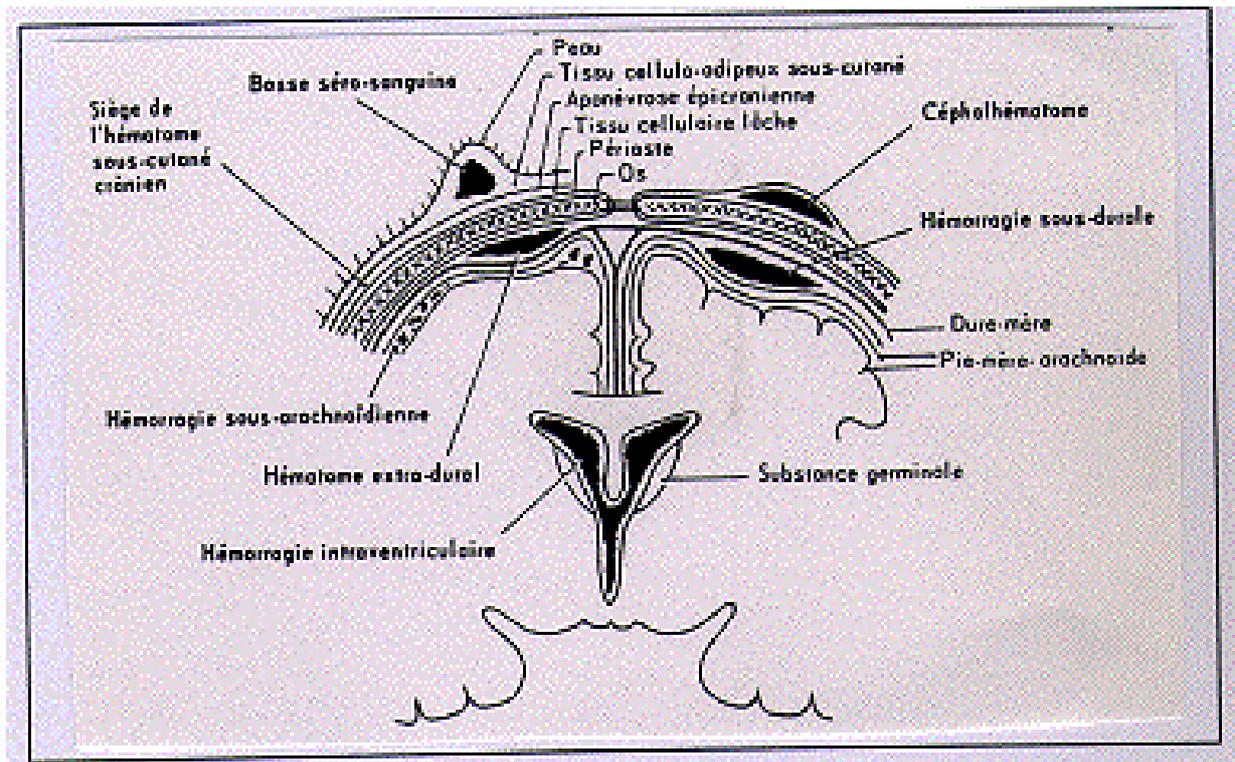


Fig 1 lésions traumatiques crâniennes

III : Traumatismes du rachis, de la moelle et des nerfs périphériques

1) traumatismes rachidiens :

- Très rare plus de césarienne pour siège
 - Facteur favorisant : présentation de siège avec traction sur le tronc
 - Tableau grave : déficit moteur et sensoriel + troubles sphinctériens.
 - Mauvais Pronostic → séquelles neurologiques
 - Traitement préventif ++
- Césarienne : présentation de siège avec hyper extension de la tête

2) Paralysie obstétricale du plexus brachial (PPB)

Définition : lésion traumatique d'étirement des troncs primaires ou plus souvent des racines du plexus brachial.

Circonstances : Disproportion foeto-pelvienne → Naissance d'un macrosome avec dystocie des épaules

Diagnostic :

A l'inspection : le membre supérieur atteint est flasque et inerte.
-on peut mettre en évidence la PPB par : le réflexe de MORO : qui est asymétrique.

-la paralysie peut être complète

*atteignant les muscles de l'épaule, du coude et de la main et correspondant à l'atteinte des racines de C5-à D1.

*les muscles de l'épaule, le coude et le releveurs de la main : C5-C6-C7.

*épaule et coude seulement : C5-C6.

Lésions associées :

1-paralyse du nerf phrénique :(atteinte de C4).détresse respiratoire par paralysie du diaphragme.

2-syndrome de Claude-Bernard-Horner. Atteinte de D1.

Diagnostic différentiel :

Pseudo paralysie : atteinte osseuse d'origine infectieuse : ostéomyélite ou arthrite : mais celle ci n'apparaît qu'après un intervalle libre.

Fracture de la clavicule ou du fémur (douleur)

Traitement :

Traitement initial : le + précocement possible

- Position : coude fléchi le long du corps maintenu par épingle de la manche de la brassière à l'épaule opposé

- En alternance avec la position spontané

- Pas de kinésithérapie les premiers jours (attendre la résorption des oedèmes)

Traitement ultérieur :

- Kinésithérapie si pas de récupération au bout de 15 à 21 j

- Traitement chirurgical au delà du 4ème mois, indiqué dans les sections complète et dans les formes persistantes.

Evolution :

La récupération peut être

-complète

-incomplète → risque de séquelles

3) Paralysie phrénique :

=>paralysie du diaphragme. Souvent unilatérale : atteinte de C3-C4 C5

=>il faut l'évoquer devant un accouchement dystocique avec détresse respiratoire néonatale.

=>associée le + souvent à d'autres traumatismes obstétricaux et surtout la PPB.

4) Paralysie faciale :

Définition :

Paralysie d'origine obstétricale du nerf facial: le VII sur son trajet le + souvent après sa sortie du trou stylo mastoïdien en rapport le plus souvent avec l'application de Forceps

Diagnostic :

- au repos :-on note un abaissement de la commissure labiale du coté sain
 - et du coté atteint une hypotonie de la joue
 - un effacement du sillon nasogenien
 - un œil toujours ouvert (facial supérieur)

-lors des cris :

Ces signes sont accentués

La bouche est attirée vers le coté sain

Evolution :

- Le plus souvent elle régresse spontanément en moins de 10 j
- Prévention de l'infection oculaire par un collyre antibiotique

5) Paralysie radiale :

-exceptionnelle

-accompagne plus les fractures de l'humérus

-entraîne une paralysie des muscles de la main

-nécessite une rééducation ++ (mobilisation passive)

6) Paralysie sciatique :

-en rapport avec l'accouchement par le siège avec extraction par le pied

-régression au bout de quelques semaines

7) Paralysie laryngée :

-se voit en cas de présentation de siège et de naissance par Forceps

-entraîne un trouble du cri (voix rauque), un stridor une dyspnée laryngée, et un trouble de la déglutition).

IV Lésions traumatiques des os des membres :

1) Fracture de la clavicule :

-Suspectée déjà à la naissance avec la sensation par l'accoucheur d'un craquement.

- À l'examen : sensation de crépitation, mobilité anormale « en touche de piano » de la clavicule qui doit être examinée d'une façon symétrique avec palpation de dehors en dedans.

-Traitement :

Simple positionnement du membre supérieur en coude au corps.

-Evolution :

Formation d'un cal fracturaire au bout de quelques jours sous forme de tuméfaction osseuse sur le trajet de la clavicule avec disparition ultérieure.

-Toujours mentionné à la mère pour éviter l'angoisse ultérieure.

2) Fracture de l'humérus :

- favorisée surtout par les manœuvres utilisées lors de l'extraction.
- diagnostic :- craquement à l'extraction
- présence d'une angulation avec mobilité anormale du bras=> bras déformé.
- mobilisation douloureuse (à éviter)
- Radio du membre supérieur => trait de fracture.
- traitement : immobilisation par un bandage thoraco-brachial coude au corps pendant 3 semaines.
- évolution : favorable la persistance d'une angulation peut s'effacer avec la croissance.

3) Les décollements épiphysaires :

- sont de diagnostic plus difficiles.
- signes cliniques gonflement de l'épaule, du coude avec douleur à la mobilisation
- traitement : immobilisation pendant 15 j.

V Lésions traumatiques viscérales : **Cervical**

1) traumatisme du pharynx

Manœuvre de Mauriceau.

2) traumatisme du larynx.

Abdominal

3) hématome de la surrenale.

4) hémorragie hépatique :

Hématome sous capsulaire du foie.

Suspectée devant un accouchement dystocique avec apparition d'une anémie aigue inexplicquée après intervalle libre et confirmée par l'échographie ou le scanner abdominal

PREVENTION :

Décision obstétricale adéquate +++

- Dépistage des macrosomies et des macrocrânes
- Bonne évaluation du bassin maternelle.
- Bonne utilisation des manœuvres et d'instrument (Forceps) par des personnes bien entraînées.
- Indication adéquate de césarienne.

Tests d'évaluation

1- Citer les circonstances favorisantes d'une paralysie du plexus brachial

2- Quelles sont parmi les propositions suivantes, les anomalies faisant évoquer un traumatisme obstétrical

- une bosse séro-sanguine
- des métrorragies
- un hématome du sterno-cléido-mastoïdien
- une luxation congénitale de la hanche
- une embarrure
- un angiome palpébral.

3-Comment faire le diagnostic d'une élongation unilatérale du plexus brachial ?

4- Mettre devant chaque proposition :

- la lettre A : s'il s'agit d'une caractéristique d'une bosse séro-sanguine
- la lettre B : s'il d'une caractéristique d'un céphalhématome
 - épanchement sous-cutané chevauchant les sutures
 - épanchement sous périoste ne chevauchant pas les sutures
 - apparaît après un intervalle libre
 - se résorbe en quelques jours
 - peut se calcifier