

Cas clinique

Traumatismes crâniens obstétricaux spontanés : mythe ou réalité ?

Spontaneous intrauterine depression skull: myth or reality?

A. Chauvet^a, M. Boukerrou^{a,*}, M. Nayama^b, P. Dufour^a, F. Puech^a

^a Service de gynécologie–obstétrique, hôpital Jeanne-de-Flandre, pôle d'obstétrique, CHRU de Lille, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^b Service de gynécologie–obstétrique, maternité Isaaka-Gazoby, Niamey, Niger

Reçu le 21 mars 2005 ; accepté le 27 juin 2005

Disponible sur internet le 30 août 2005

Résumé

Alors qu'il existe de nombreux articles rapportant des observations de lésions crâniennes secondaires à des extractions instrumentales, les traumatismes survenant en dehors des manœuvres obstétricales sont rares et peu documentés. Nous rapportons les cas de trois traumatismes crâniens spontanés (deux embarrures et une fracture linéaire). La démarche étiologique aboutissant au caractère idiopathique de telles lésions, le diagnostic, les thérapeutiques et le pronostic sont discutés. Le problème médico-légal soulevé par de telles observations est important.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

In spite of the fact that there are many articles considering that intrauterine depressed skull fractures are caused essentially by instrumental extraction, literature is scarce about spontaneous foetal head injuries. Here, we report the case of two depressed skull fractures and one of linear fracture not associated with any known trauma during the pregnancy or delivery. The etiological process leading to the idiopathic character of such lesions, the aetiology, the treatment and the prognostic will be discussed. The forensic problem raised by such cases is very important.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Eutocie ; Extraction instrumentale ; Embarrure ; Fracture linéaire ; Impact médico-légal

Keywords : Eutoccy; Forceps delivery; Depressed fracture of the skull; Linear fracture; Forensic responsibilities

1. Introduction

Les embarrures et fractures du crâne sont des complications obstétricales extrêmement rares chez le nouveau-né. Leur incidence est inférieure à 0,01 % [1]. Les lésions crâniennes sont causées dans la majorité des cas par des extractions instrumentales. Exceptionnellement, des traumatismes spontanés (idiopathiques) ont été évoqués après un accouchement eutocique ou après césarienne [2]. Leur découverte est le plus souvent fortuite lors de l'examen pédiatrique néonatal.

Nous rapportons ici les cas de deux embarrures isolées, dites spontanées, découvertes en post-partum immédiat, et un cas de fracture linéaire. Ces lésions sont rares et bénignes et le plus souvent sans conséquence pour l'enfant. Il existe un paradoxe entre l'accouchement eutocique et ce type de traumatisme. Ces observations sont peu fréquentes et posent un problème grave de responsabilité médicale. Il est impossible en cas de manœuvres obstétricales ou d'extraction instrumentale associées de faire la part entre traumatismes spontanés et provoqués.

L'intérêt de cet article réside dans la démarche diagnostique nécessaire avant de retenir le caractère spontané de ces lésions après un bilan étiologique complet. Il permet également d'évoquer l'éventuel traitement et les conséquences, chez le nouveau-né, de telles lésions.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : m-boukerrou@chru-lille.fr (M. Boukerrou).

2. Cas cliniques

Deux cas d'embarrure et un cas de fracture linéaire spontanées ont été diagnostiquées en trois ans dans un établissement de niveau 3, comptant près de 4500 naissances par an, soit une fréquence de 0,022 % par an.

2.1. Observations 1 et 2 : les embarrures

Il s'agit de deux patientes, sans antécédent notable, qui ont accouché à terme d'enfants eutrophes, de céphalométries normales et d'Apgar 10/10.

Il n'est noté aucune pathologie intercurrente durant ces grossesses. Le suivi tant clinique qu'échographique est régulier et normal. Aucune indication de radiopelvimétrie n'est retenue.

Dans le premier cas, à cinq centimètres de dilatation, une version par manœuvre externe facile est réalisée pour présentation transverse sous anesthésie péridurale. La présentation céphalique reste haute et mobile. La rupture spontanée de la poche des eaux se complique d'une procidence du cordon. En urgence, la présentation céphalique est refoulée manuellement jusqu'à l'extraction par césarienne.

La seconde patiente a accouché par voie basse sans complication.

Dans les deux cas, lors de l'examen pédiatrique néonatal, une dépression franche temporopariétale avec ecchymose controlatérale est retrouvée. L'examen clinique neurologique des nouveau-nés est normal. Une échographie transfontanellaire, une radiographie du crâne (Fig. 1) et un scanner cérébral (Fig. 2) sont immédiatement réalisés. Ils éliminent une fracture, un déplacement associé ou un syndrome de compression corticale.

Une réduction neurochirurgicale différée de deux jours est pratiquée avec succès dans les deux cas. L'intervention,



Fig. 1. Radiographie standard de crâne : embarrure (observation 1). Cliché de face. Déformation temporopariétale droite à type d'aplatissement associée à une impaction légère.



Fig. 2. Scanner de la voûte crânienne : embarrure (observation 1). Coupe en constante parenchymateuse : déformation de l'os pariétal droit avec enfoncement sans hématome extradural ou sous-dural visible ; absence d'atteinte parenchymateuse.

sous anesthésie générale, consiste en un soulèvement de la voûte osseuse à travers la suture coronale. Une spatule introduite dans l'espace extradural permet de réduire les deux embarrures. La clinique et le scanner cérébral de contrôle ne montreront aucune complication secondaire.

Les enfants sont revus en consultation à un mois. Aucune anomalie n'est retrouvée lors de l'examen psychomoteur. Quelques irrégularités de la voûte persistent. Elles disparaîtront avec le remodelage lié à la croissance.

2.2. Observation 3 : fracture linéaire dite spontanée

Il s'agit d'un accouchement normal à terme, par voie basse sans extraction instrumentale, permettant la naissance d'un garçon eutrophe d'Apgar 10/10. À l'examen pédiatrique, l'enfant présente une bosse sérosanguine pariéto-occipitale avec une importante déformation du crâne associée à des excoriations cutanées. L'examen clinique neurologique et général est sans particularité. Le bilan radiologique et l'échographie transfontanellaire (Fig. 3a,b,c) réalisés mettent en évidence une fracture pariéto-occipitale droite avec chevauchement osseux sans anomalie du parenchyme. Une surveillance clinique simple est entreprise. L'enfant est revu en consultation pédiatrique à un mois avec une échographie transfontanellaire de contrôle normale.

3. Discussion

En dépit des progrès effectués en obstétrique, il est impossible d'éviter tous les traumatismes crâniens pouvant survenir durant la grossesse, lors du travail ou de l'expulsion.

Les lésions du pôle céphalique comme la bosse sérosanguine ou le céphalhématome sont de diagnostic clinique

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9329314>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9329314>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)