

## LES TRAUMATISMES OBSTETRIKAUX DES MEMBRES CHEZ LE NOUVEAU-NE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, PRISE EN CHARGE, REVUE DE LA LITTERATURE (A PROPOS DE 7 CAS COLLIGES A NAIMEY)

BS. SOUNA, H. ABARCHI, N. HASSANATOU

Service de Chirurgie, Hôpital National Larmodé, Niamey, Niger

### RESUME

Du 07 juillet 2002 au 07 avril 2003, 313 cas de traumatismes obstétricaux ont été colligés à la Maternité ISSAKA GAZOBY. Les traumatismes obstétricaux des membres (POPB et les fractures néonatales) représentent 2,22%. Les 4 POPB et les 2 fractures font suite à des présentations céphaliques (soit 6,17%). Sur les 4 POPB 2 font suite à une application de forceps et 1 suite à une ventouse. Les 3 fractures des membres font suite respectivement à 1 accouchement eutocique, 1 césarienne et une application de forceps.

Ces traumatismes font l'objet d'une prise en charge spécifique.

Mots clés : traumatisme obstétrical, nouveau-né, membre

### SUMMARY

From 07 July 2002 to 07 April 2003, 313 cases of obstetrical trauma were collected in the MIG. The obstetrical trauma of limbs (POPB and fractures) represent 2,22%. The 4 cases of POPB and the 2 case of fractures followed the cephalic presentation (6,17%). According to the mode of child birth : 2 cases of POPB had happy by forceps, 1 case of POPB had happy by varum extractor, 1 case of fracture by caesarean, 1 other case had happen after forceps.

These trauma were the subject of specific care.

Key words : obstetrical trauma, child, limb

### INTRODUCTION

Tout accouchement même serin comporte un ébranlement, une violence somatique, un risque de traumatisme.

Le traumatisme obstétrical comprend toutes les lésions externes ou internes provoquées par une naissance (accouchement par siège, dystocie de l'épaule,

accouchement par forceps, application de ventouse, quelque fois accouchement peu césarienne [1].

Divers types de traumatismes sont rencontrés. Ils varient d'une simple ecchymose à des lésions graves pouvant être fatales. Parfois ils entraînent des infirmités définitives.

Au Niger, plusieurs facteurs concourent à accroître les risques des traumatismes obstétricaux chez le nouveau-né particulièrement: les grossesses non suivies, les accouchements à domicile, l'absence d'infrastructure et équipement, l'insuffisance des ressources humaines.

Ces facteurs prédisposent à une fréquence élevée de ces traumatismes dans notre pays.

Du 07 juillet 2002 au 07 avril 2003, 313 cas de traumatismes obstétricaux ont été enregistrés à la Maternité Issaka Gazoby (MIG) de Niamey. Les auteurs ont mené une étude prospective à propos de 7 cas de traumatismes obstétricaux des membres (issues de cette série). Ces 7 cas ont été traités au service de traumatologie de l'Hôpital National de Lamordé (HNL) de Niamey.

Les objectifs spécifiques visés à travers cette étude sont:

- Identifier les différents types de traumatismes obstétricaux des membres rencontrés chez le nouveau-né.
- Evaluer la fréquence de ces traumatismes.
- Déterminer les traumatismes liés au mode de présentation et au mode d'accouchement.
- Déterminer la prise en charge de ces traumatismes et leur pronostic.

### MATERIEL ET METHODE

#### 1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective de type descriptif en série continue. Elle s'est étalée sur 9 mois (7 juillet 2002 au 7 avril 2003) et concerne 7 cas de traumatismes obstétricaux des membres.

## 2. Les malades

Au cours de ce travail, 313 nouveau-nés ayant subi un traumatisme obstétrical ont été recensés. Ces nouveau-nés étaient vus en consultation externe ou étaient hospitalisés dans les différentes unités (néonatalogie, suites de couches physiologiques, gynécologie, et au service de traumatologie de l'Hôpital National Lamordé).

## 3. Les facteurs d'inclusion

Sont inclus dans cette étude :

- Tous les nouveau-nés des deux sexes.
- Nés uniquement à la Maternité Issaka Gazoby.
- Mais dont les mères sont venues d'elles mêmes ou ont été référées d'une autre maternité périphérique ou évacuée d'une maternité régionale.
- Ayant subi un traumatisme obstétrical des membres.

Ces facteurs ont permis d'élaborer une fiche technique comprenant : l'identité de la parturiente, les antécédents, le déroulement de la grossesse, l'état du nouveau-né à la naissance, la prise en charge et l'évolution.

## 4. Les facteurs d'exclusion

Tous les nouveau-nés ayant un traumatisme obstétrical des membres, mais dont la naissance a eu lieu dans une maternité autre que la MIG.

Tous les nouveau-nés perdus de vue et les nouveau-nés ayant un dossier incomplet.

## 5. Les écueils

Les données de l'interrogatoire : il a été souvent difficile d'avoir des renseignements sur le terme de la grossesse et la durée du travail.

# RESULTATS

## 1. Type de lésion traumatique

Tableau I. Répartition des nouveau-nés selon le type de lésion traumatique du membre.

Traumatisme	Nombre	Pourcentage (%)
P.O.P.B	4	57,13
Fracture	3	42,87
Total	7	100

Les fractures néo-natales sont au nombre de 3, soit 0,95% (des 313 cas traumatismes avec une prédominance de la fracture fémorale). Nous n'avons dénombré qu'une seule fracture humérale.

Tableau II. Répartition des nouveau-nés selon le traumatisme et le mode de présentation.

Traumatisme	Céphalique	Siège	Face	Front	Transverse
P.O.P.B	4	0	0	0	0
Fracture	2	0	0	0	1
Total	6	0	0	0	1

Tableau III. Répartition des nouveau-nés selon le traumatisme et le mode d'accouchement.

Traumatisme	Eutocique	Césarienne	Forceps	Grande extraction de siège	Ventouse
P.O.P.B	1	0	2	0	1
Fracture	1	1	1	0	0
Total	2	1	3	0	1

## 2. Prise en charge

- La prise en charge de la POPB s'était résumée à une kinésithérapie.
- Les fractures néonatales :
  - *La fracture du fémur droit* : devant ce traumatisme, la conduite tenue a été la suivante: mis en place initiale d'une attelle plâtrée pendant soixante douze (72) heures du fait de l'œdème et secondairement d'un plâtre pelvi-pédieux trois (3) semaines avec un contrôle radiologique une semaine plus tard.
  - *La fracture du fémur gauche* : l'attitude thérapeutique a consisté à mettre en place un plâtre pelvi-pédieux pendant trois (3) semaines.
  - *La fracture de l'humérus gauche* : elle a nécessité une réduction avec bandage type Dujarrier gardé pendant trois (3) semaines, avec un contrôle radiologique au troisième jour.

## 3. Evolution

Les fractures néonatales se sont consolidées en 3 semaines.

## DISCUSSION

Dans notre contexte, le traumatisme obstétrical est une pathologie fréquente en pratique quotidienne. Au cours de cette étude, plusieurs nouveau-nés ont présenté des signes évidents de traumatisme obstétrical.

Sur 2505 naissances, 313 cas (120/0) de traumatismes obstétricaux ont été observés.

La POPB et les fractures néonatales représentent 2,22% (POPB 1,27% ; fractures 0,95%). Notre discussion sera centrée sur les traumatismes des membres.

### 1. La POPB

Avec 4 cas (1,27%), la POPB occupe le 4ème rang des traumatismes obstétricaux. Ce chiffre est bas par rapport à ceux observés par certains auteurs (2, 3) qui varient de 5 à 9 cas. L'incidence de la POPB selon d'autres auteurs (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) n'est pas négligeable et ne semble pas s'être notablement modifiée au cours des vingt dernières années.

Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les facteurs de risque conduisant à ce traumatisme n'ont pas changé depuis cette période :

- Dystocie des épaules venant compliquer l'accouchement, gros enfants en cas de présentation céphalique.
- Tractions exercées sur le tronc pour l'accouchement de la tête dernière pouvant entraîner, si elles sont excessives, une lésion plexique en cas de présentation du siège.

Il faut cependant savoir que chez les enfants suspectés de macrosomie, selon Sech et coll. (5, 8), le risque d'atteinte du plexus brachial est fortement augmenté, si l'on fait une extraction instrumentale à la partie moyenne avec un forceps (ODDS ratio 18,3 ou avec une ventouse ODDS ratio 17,2).

En quinze ans, sur 30.207 naissances vivantes, Camus et coll. (11) retrouvaient 33 POPB, soit une incidence de 1,09 pour 1000 naissances.

Dans cette étude, nous avons retrouvé 75% de pauciparité, 25% de grande multiparité et aucune primiparité. La primiparité et la grande multiparité sont des facteurs soulignés par beaucoup d'auteurs (5, 6, 7, 11). Les taux obtenus sont de 48% pour la primiparité et 15% pour la grande multiparité. Par contre Camus et coll. (11) ont retrouvé des chiffres plus élevés : 53% de primipare et 41 % de multipare. La présentation était céphalique dans 27 cas sur 33, soit 81,8% dans la série de Camus et coll. (11).

L'apparente rareté des présentations pelviennes doit bien

sûr être corollée à leur fréquence générale (environ 3%). Dans cette série, l'accouchement dystocique est retrouvé dans 75% de cas. La présentation était céphalique dans 100% des cas.

En cas de présentation pelvienne, les paralysies du plexus brachial surviennent toujours lors des difficultés au dégagement de la tête dernière avec la moitié des cas un relèvement des bras.

Les racines supérieures sont les plus exposées aux traumatismes et dans 9 cas sur 10, les enfants présentent d'authentiques paralysies au plexus brachial bougeant les doigts (11).

Dans cette série, le diagnostic a été fait lors d'un premier examen par le pédiatre. Dans 4 cas, il s'agit de paralysies type Duchenne-Erb intéressant C5-C6. Les lésions sont gauches dans trois cas.

La récupération spontanée dépend du type de paralysie. Mais son évolution est variable.

L'évolution peut se faire de deux façons :

- La récupération est très rapide, débutant après quelques jours, les résultats sont très proches de la récupération totale.
- Elle apparaît beaucoup plus tard (jusqu'à 6 mois). Et elle sera toujours partielle, laissant des séquelles parfois lourdes.

Nous avons observé qu'une récupération était apparue dans les 2 premières semaines. 2 des nouveau-nés ont été perdus de vue.

En ce qui concerne le traitement : les nouveau-nés ont bénéficié d'une kinésithérapie précoce. La gravité de ces lésions fait que l'effort doit être essentiellement préventif :

- Il faut prévenir l'excès de volume foetal, en évitant les prises de poids excessives, en équilibrant parfaitement les diabétiques.
- Il faut dépister les gros fœtus.
- La prévention de la dystocie des épaules passent ainsi par la connaissance des conditions favorisantes.
- Les tractions sur la tête doivent impérativement rester modérées en cas d'antécédents de paralysie ou de grandes difficultés d'extraction, l'indication de la césarienne paraît une solution de sécurité.

### 2. Les fractures néonatales

Dans notre série, aucun cas de fracture de la clavicule n'a été recensé. La fracture de fémur est retrouvée dans 2 cas, soit une fréquence de 0,63% de l'ensemble des traumatismes obstétricaux.

Camus et coll. (11) ont eu des résultats similaires : 2 cas soit à peine moins d'un pour 10.000 naissances.

Une fréquence 1% est trouvée par Rachid et coll. (12) lors de leur étude, en cas de césarienne. Elle est de 1,6% lorsque l'accouchement a lieu par voie basse. Si les présentations du siège restent toujours les pourvoyeuses principales des fractures obstétricales du fémur, les circonstances de survenue, à l'intérieur même de ce groupe, se sont profondément modifiées conformément au changement d'attitude obstétricale.

Ainsi sur les 25 cas publiés en 1949 par Madsen (13), on retrouve 21 présentations de siège avec les circonstances suivantes : 15 grandes extractions (11 après version par manœuvre interne), 5 petites extractions, une césarienne.

Ces chiffres permettent de comprendre la franche diminution de fréquence de ces fractures. Puisque les grandes extractions sont devenues très rares, les versions par manœuvres internes exceptionnelles.

De nos jours, si ces fractures surviennent toujours en cas de présentation pelvienne décomplétée en majorité, l'extraction par césarienne tend à devenir de plus en plus fréquente dans leur pathogénie.

Le traitement reste simple du fait de cette évolution favorable. Un plâtre pelvipédieux, pendant 3 semaines avait suffi. Nos 2 fractures ont consolidé en 3 semaines avec des angulations faibles.

La fracture de d'humérus a été observée dans 0,3% de cas. Camus et coll. (11) ont trouvé le même résultat (0,3%) sur 100 nouveau-nés de mères césarisées. Aboufalah et coll. (10), sur 293 naissances, ont constaté un cas de fracture de l'humérus. D'autres auteurs ont trouvé des taux supérieurs à notre étude. Ces taux varient de 0,4% à 1,4%.

Si leur fréquence décroît régulièrement depuis une trentaine d'années (14, 15), cette fracture se place au 2ème rang des fractures des membres loin derrière les clavicules mais devant celles du fémur.

Les circonstances survenues des fractures de la diaphyse humérale se sont profondément modifiées au cours des années (15). Il y a plus de 20 ans, les présentations pelviennes avec une proportion extrêmement importante de manœuvres de grandes extractions ont été incriminées dans leur survenue.

Le diagnostic clinique est en règle facile. Nous n'avons pas retrouvé des lésions associées.

Par contre, Camus et coll. (11) ont retrouvé une association de cette fracture avec : une paralysie controlatérale du plexus brachial, deux paralysies radiales survenues en cas de présentation de siège.

Le traitement est simple. Il est limité à une réduction sans anesthésie suivie d'une immobilisation par un bandage type Dujarrier gardé pendant trois semaines. Un contrôle radiologique est effectué une semaine plus tard afin de détecter un éventuel déplacement excessif des extrémités.

## CONCLUSION

Les facteurs qui concourent à l'avènement des traumatismes obstétricaux du nouveau-né sont liés à :

- L'insuffisance et la mauvaise qualité de la prise en charge des parturientes pendant la grossesse et l'accouchement.
- L'insuffisance des infrastructures et leur équipement inadéquat.
- Les ressources humaines insuffisantes (en qualité et en quantité).

Les résultats obtenus sont une contribution à l'étude du traumatisme obstétrical en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés.

Le traumatisme obstétrical doit attirer l'attention pendant la grossesse et l'accouchement pour éviter l'aggravation de la santé du nouveau-né qui subit déjà le stress de l'accouchement et le changement d'environnement. Le traumatisme obstétrical peut entraîner des séquelles graves à vie ou être fatal.

## REFERENCES

1. Sizonenko PC, Degriscelli C. Précis de pédiatrie : pathologie néonatale et périnatale. Editions Payot Lausanne, Paris, Dion éditeurs, 1996 : 213-45.
2. Echcherif El Kettani S, Sami G, Daoudi N, Chajai Y, El Haddoury M, Aloui H, Alaoui I. Souffrance anoxique périnatale à propos de 484 observations. Article de Mar 16 janvier 2001.
3. Gonen R, Spiegel D, Abend M. Is macrosomia predictable, and are shoulder dystocia and birth. Trauma preventable.
4. Bennet GC, Harrold AJ. Prognosis and early management of birth to the brachial plexus. Br Med J 1972 ; 1 : 1520-1.
5. Gagnalre JC, Thoulon JM, Chappuis JP, Varnier C, Mered B. Les traumatismes du membre supérieur du nouveau-né constatés à la naissance. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1975 ; 4 : 245-54.
6. Gordon M, Rich H, Deutscheberger J, Green M. The immediate and long term outcome of obstetric brith trauma. 1. Brachial plexus paralysis. Am J Obstet Gynecol 1973 ; 117 : 51-6.
7. Rubin A. Birth injuries : incidence, mechanisms and end resultants. Obstet Gynecol 1964 ; 23 : 218-21.
8. Tantk L. Brachial palsy. J Obstet Gyn Brit Cwlth. 1973 ; 80 : 60-2.

9. Vassalos E, Prevedourakis C, Araschopoulou, Prevedouraki P. Brachial plexus paralysis in the newborn. An analysis of 169 cases.
10. Abbassi H. Accouchement du gros bébé sur utérus cicatriciel: la place de l'épreuve utérine. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 4 : 409.
11. Camus M, Lefebvre G, Veron P, Darbois Y. Traumatismes obstétricaux du nouveau-né. Etude rétrospective à propos de 20409 naissances.
12. Rachidi R, Mouelhi Ch, Fekih MA, Hajjami R, Brahim H. Evaluation du mode d'accouchement dans la présentation du siège. Rev Fr Gynecol Obstet 1955 ; 34 : 41-73.
13. Madsen T. Fractures of the extremities in the newborn. Acta Obstet Gynecol Scand 1955 ; 34 : 41-73.
14. Schult MW. Femoral fracture in the newborn. Rocky MT Med J 1973 ; 70 : 45-6.
15. Magnin P, Berland M. Que reste-il des manœuvres obstétricale? In : mises à jour en gynécologie obstétrique, publié par M. Tournaire, Paris, Vigot, 1980 : 147-67.