

2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

	Lésions traumatiques d'origine obstétricale	Codification : NNAT PM28
		Version : 3
Emetteur : Néonatalogie	Rattachement : Processus 3.10.2	Date d'application : 08/10/2015
		Pages : 1/1

<u>Rédacteur(s)</u>	<u>Approbateur(s) (signature - date)</u>	<u>Gestionnaire</u>	<u>Destinataire(s)</u>
* Camille ARBERET * Guy DEFACHE	* Guy DEFACHE	* Fanny LEBAS	<input checked="" type="checkbox"/> Médecins <input checked="" type="checkbox"/> Maternité <input checked="" type="checkbox"/> IDE / PDE <input checked="" type="checkbox"/> Néonatalogie <input checked="" type="checkbox"/> SF <input checked="" type="checkbox"/> AS / AP

Actions et méthodes

1 – contexte de macrosomie fœtale et de dystocie des épaules.

Fracture de clavicule :

Diagnostic à la palpation ; toujours à confirmer par radiographie.

Evolution spontanément favorable.

Antalgiques en fonction de l'EVA ; conseils de mobilisation.

Fracture de la diaphyse humérale :

Diagnostic par clinique et radiographie ; rechercher une paralysie radiale associée.

Immobilisation et antalgiques.

Décollement épiphysaire de l'humérus :

Y penser devant un gonflement de l'épaule, du coude et/ou un défaut de mobilité du membre supérieur ; diagnostic par échographie.

Avis orthopédique systématique.

Atteinte du plexus brachial :

Atteinte C5-C6, +/- C7 : la plus fréquente. Paralysie de l'épaule, de la flexion du coude, mais non de la main.

Atteinte C8-T1 : paralysie de la main mais non du coude et de l'épaule.

Atteinte totale C5-T1 : paralysie de tout le membre supérieur.

Faire systématiquement une radiographie du thorax et une échographie de l'humérus pour éliminer une fracture de diaphyse ou de clavicule ; rechercher un syndrome de Claude Bernard Horner, une paralysie diaphragmatique.

Apprendre aux parents à mobiliser le membre (lors de l'habillage et du bain).

Prévoir une kinésithérapie pour éviter les rétractions musculaires.

Répéter l'examen clinique en maternité.

Prévoir une consultation mensuelle (consultation orthopédie pédiatrique).

2 – contexte de difficulté d'expulsion et/ou d'utilisation de ventouse ou de forceps.

Bosse sanguine ; céphalhématome ; hématome sous-cutané du cuir chevelu.

Antalgie par paracétamol et posture.

Surveillance d'un ictère néonatal majoré.

Paralysie faciale :

Le plus souvent bénigne et transitoire.

Humidifier et fermer la paupière si l'œil atteint reste ouvert.