

## **Du traumatisme obstétrical à la désinsertion trachéale.**

L. Lecomte<sup>1</sup>, P. Demez<sup>2</sup>, A. François<sup>1</sup>, F. Piérart<sup>1</sup>, A. Marguglio<sup>1</sup>, P. Waszak<sup>1</sup>, V. Rigo<sup>3</sup>, P. Maton<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Service Néonatal, CHC – St Vincent, Département de Pédiatrie, Rocourt – Liège.

<sup>2</sup> Service d'ORL & de Chirurgie Cervico-Faciale, CHU – Sart Tilman, Liège

<sup>3</sup> Service Néonatal, CHU & CHR – Citadelle, Département de Pédiatrie, Liège

### **Cas clinique**

T. naît au terme d'une première grossesse sans particularité, par voie basse, dans un contexte de disproportion foeto-pelvienne (macrosomie à 4330g) avec dystocie des épaules majeure. De multiples manœuvres d'aide à l'expulsion mènent finalement à une extraction forcée de l'enfant. Son adaptation immédiate est médiocre (Apgar 1-1-4) et justifie une réanimation avancée en salle de naissance. Après stabilisation, l'enfant est transféré aux soins intensifs, où l'examen clinique met en évidence un tableau d'encéphalopathie hypoxo-ischémique, un hématome sous-galéal majeur, une paralysie complète du plexus brachial droit et un emphysème sous-cutané bilatéral. La radiographie thoracique confirme la présence d'air médiastinal et sous-cutané, sans pneumothorax ni lésion osseuse traumatique. Le diagnostic de déchirure des voies respiratoires hautes est évoqué. La prise en charge initiale associe une ventilation invasive, une réanimation hémodynamique importante et une hypothermie thérapeutique. La majoration rapide de l'emphysème sous-cutané et le choc obstructif qui en découle sont améliorés par la pose d'un drain sous-cutané cervical droit. L'examen fibroscopique met en évidence une obstruction sévère (>80%) du tiers inférieur de la trachée (à 8mm de la carina), plaidant en faveur d'une déchirure trachéale avec granulome inflammatoire local. La résection endoscopique de cette lésion de comblement est irréalisable. L'intubation endotrachéale est maintenue en aval de la lésion, dans l'espoir de guider l'organisation de la réaction inflammatoire autour du tube. Malgré la minutie des soins infirmiers, chaque mobilisation accidentelle du tube dans un espace trachéal restreint s'accompagne d'une bradycardie extrême, nécessitant des réanimations récurrentes. T. décède à un mois de vie, dans un nième épisode obstructif.

### **Discussion**

Les désinsertions trachéales traumatiques néonatales sont exceptionnelles. Elles sont généralement associées à une intubation compliquée, mais quelques descriptions ont été faites de ruptures trachéales partielles dans le décours d'un traumatisme obstétrical. Dans le cas présent, la localisation exceptionnellement basse de la lésion et les intubations initiales faciles plaident pour une origine obstétricale pure. Quelle que soit l'étiologie de la lésion trachéale, la prise en charge peut être conservatrice (par cicatrisation « simple » autour d'un tube entotrachéal) ou chirurgicale (par réparation des lésions). Dans notre cas particulier, l'attitude conservatrice s'est imposée vu l'instabilité de l'enfant (avec cependant la particularité de la pose du drain sous-cutané) et le caractère très bas-situé de la lésion qui rendait une chirurgie impossible.