

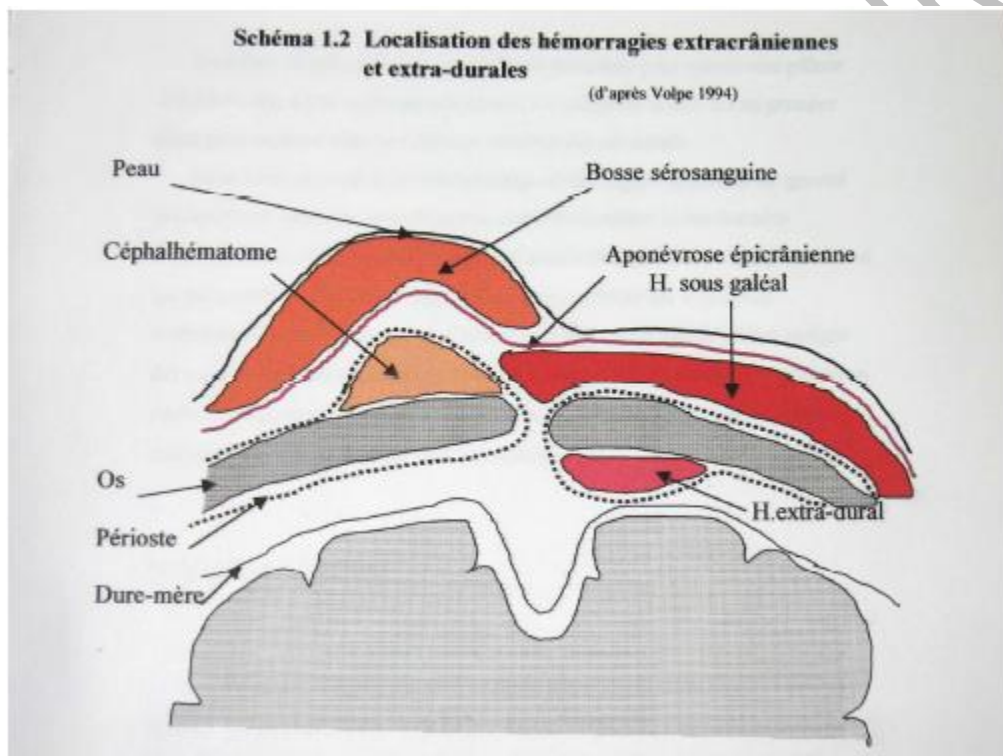
PROTOCOLE HEMORRAGIE SOUS GALEALE

I. DEFINITION

Accumulation de sang dans l'espace galéal entre l'aponévrose épicroânienne et le périoste :

- Soit suite un phénomène traumatique consécutif à la rupture des veines émissaires qui connectent les sinus veineux durs dans le crâne aux veines superficielles du scalp et/ou liée à une fracture du crâne.
- Soit de façon spontanée dans un contexte de coagulopathie (maladie hémorragique du nourrisson, hémophilie, ...)

1^{ère} description en 1863.



II. EPIDEMIOLOGIE

0.1 à 0.6/1000 par voie basse spontanée

3 à 7.6/1000 lors d'extraction par ventouse (*Colditz*)

III. CLINIQUE

Masse fluctuante déclive, prenant le godet, qui peut s'étendre de la nuque aux orbites et latéralement aux fascias temporaux (au dessus des oreilles). Son extension n'est pas limitée par les sutures et les fontanelles.



L'espace galéal peut contenir jusqu'à 260 ml de sang.

Délai moyen d'apparition entre 1 à 6 h (Colditz).

Signes de gravité :

- Pâleur, anémie
- Choc, hypotension, allongement du TRC, diminution de la fréquence et volume des mictions
- coagulopathie acquise type CIVD (11 % des cas) ou congénitale (hémophilie)
- trouble respiratoire
- ictère pouvant être intense
- hypotonie, convulsions,

Pathologies associées possibles :

- *encéphalopathie anoxoischémique (62-72%),*
- *fracture du crâne,*
- *hématome sous dural et autres hémorragies intracrâniennes (33-40%)*

IV. FACTEURS DE RISQUE

- A. Echec d'extraction instrumentale : lâchage de ventouse, plus de 3 tractions, manœuvres pendant plus de 15-20 min.

(Ahlberg : FdR échec extraction instrumentale : primiparité, taille maternelle < 161 cm ; anesthésie péridurale, macrosmie, âge gestationnel élevé ; RR x 6 en position occipito postérieure comparé à occipito antérieur ; absence d'épisiotomie, déclenchement du travail)

risque multiplié par 7 par rapport à un accouchement par ventouse sans complication)

Ventouse responsable dans 50% des cas ; 14% pour le forceps (28% de cas spontanés (Plauché)).

Risque majoré si échec ventouse et forceps puis césarienne en cours de travail.

- B. Trouble de la coagulation méconnu congénital (hémophilie) ou acquis

- C. Facteurs de risque controversés

Origine africaine, âge maternel, anesthésie péridurale, IMC maternel ; macrosomie/dysproportion foetomaternelle, asphyxie périnatale, travail prolongé, sexe masculin.

V. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

| | |
|--------------------|--|
| Bosse sérosanguine | Œdème cutané du scalp, localisé, pouvant chevaucher les sutures et se résolvant en quelques jours |
| Céphalhématome | Collection de sang au niveau du périoste, limité par les sutures. Apparition dans les 72 premières heures de vie et disparition dans le premier mois de vie |
| Embarrure | Enfoncement en « balle de ping pong » de la voûte crânienne |

VI. ORIENTATION ET SURVEILLANCE

A. Si hémorragie sous galéale constatée à la naissance (ou autre anomalie clinique)

Prise en charge par pédiatre de garde + transfert immédiat en soins intensifs de néonatalogie pour la suite de la prise en charge.

B. Si absence de signe de gravité immédiat à la naissance : surveillance en suite de couche

Selon la littérature, nécessité d'une surveillance plus étroite qu'habituellement :

- pendant au moins 48h *selon Schierholz* car apparition pouvant être très rapide ou retardée (symptomatologie initiale de bosse sérosanguine ou céphalhématome).
- Chia propose un monitoring pendant au moins 8 h pour toute extraction instrumentale difficile.

En pratique :

- Evaluation clinique horaire (aspect du crâne et idéalement mesure du PC) toutes les 2 heures pendant 6h puis toutes les 6 h jusqu'à H24
(A noter : 1 cm d'augmentation de PC correspond à une perte de 40 ml de sang)
- Appel Pédiatre au moindre doute clinique
- Examen pédiatrique systématique matin et soir jusqu'à la sortie de maternité
- Transfert en soins intensifs de néonatalogie au moindre signe clinique évocateur (cf précédent)

C. Prise en charge en néonatalogie

1. Examens complémentaires

- **Bilan sang** dès les premiers signes cliniques puis toutes les 4 à 8 h (*Chia*) : NFS, gaz du sang, coagulation, groupe sanguin, ionogramme, lactates, bilan rénal et hépatique ; bilirubine totale et conjuguée
- **Imagerie**, sans retarder la prise en charge
 - o Echographie transfontanellaire
 - o Scanner cérébral
 - o IRM cérébrale
- Fond d'œil ?

2. Prise en charge thérapeutique en soins intensifs

Remplissage vasculaire

Transfusion sur KTVO :

- CGR (si Hb < 14 g/dl (Colditz))
- Plaquettes
- PFC +/- facteurs de la coagulation (hémophilie, maladie hémorragique)

Vitamine K

+/- acide tranexamique

Support inotrope

Techniques controversées :

- Bandage céphalique : risque de majorer la compression cérébrale
- Ponction à l'aiguille à discuter si compression cérébrale avec signes d'HTIC

Prise en charge des comorbidités :

- ictère,
- infection maternofoetale ou surinfection de l'hémorragie
- trouble ventilatoire

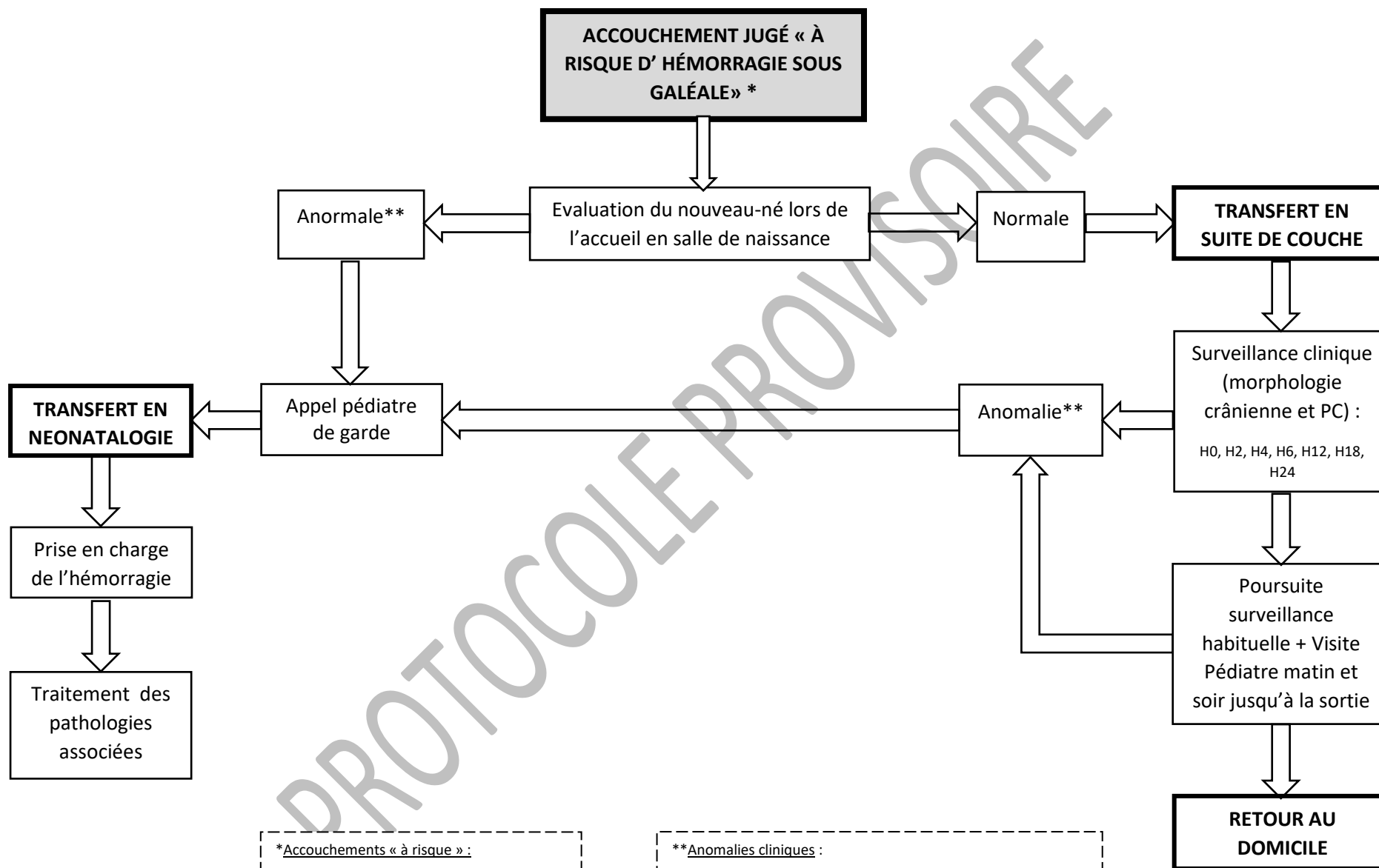
VII. DEVENIR

Décès dans 20 % des cas (jusqu'à 60% (*Chia*)).

Bon pronostic à distance sauf si complication associée cérébrale (risque de convulsion, retard de développement)

A revoir à 1 mois puis à distance.

Réaliser bilan hémostase complet si n'a pu être fait initialement (transfusion et/ou coagulopathie).



***Accouchements « à risque » :**

- Echec extraction instrumentale ou traumatique
- coagulopathie

****Anomalies cliniques :**

- Hémorragie sous galéale
- Pâleur, coagulopathie
- Choc, hypotension, allongement du TRC, trouble respiratoire
- hypotonie, convulsions, encéphalopathie anoxoischémique (patho associée)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Schönmeyr B, Becker M, Svensson H. Neonatal scalp haematoma and necrosis. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*. déc 2014;48(6):417-20.

Chia C-C, Huang S-C. Neonatal coagulopathy presents as unusual and severe subgaleal hematomas after vacuum delivery. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;47(4):435-7.

Chang H-Y, Cheng K-S, Liu Y-P, Hung H-F, Fu H-W. Neonatal Infected Subgaleal Hematoma: An Unusual Complication of Early-onset E. coli Sepsis. *Pediatrics & Neonatology*. avr 2015;56(2):126-8.

Schierholz E, Walker SR. Responding to Traumatic Birth: Subgaleal Hemorrhage, Assessment, and Management During Transport. *Advances in Neonatal Care*. oct 2014;14:S11-5.

Ahlberg M, Norman M, Hjelmstedt A, Ekéus C. Risk factors for failed vacuum extraction and associated complications in term newborn infants: a population-based cohort study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 18 mai 2016;29(10):1646-51.

Colditz MJ, Lai MM, Cartwright DW, Colditz PB. Subgaleal haemorrhage in the newborn: A call for early diagnosis and aggressive management: Subgaleal haemorrhage in the newborn. *Journal of Paediatrics and Child Health*. févr 2015;51(2):140-6.

Chauvet A, Boukerrou M, Nayama M, Dufour P, Puech F. Traumatismes crâniens obstétricaux spontanés : mythe ou réalité ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. sept 2005;33(9):582-5.