

Cas clinique

Découverte inédite d'une rupture par usure du nerf médian lors d'une reprise de canal carpien

Rupture by attrition of the median nerve found during a carpal tunnel release procedure

A. Delhom^{*}, C. Baptista, A. Gay, R. Legré

Service de chirurgie de la main et chirurgie reconstructrice des membres, hôpital de la Conception, 147, boulevard Baille, 13385 Marseille, France

Reçu le 13 mai 2013 ; reçu sous la forme révisée le 16 juillet 2013 ; accepté le 22 juillet 2013

Disponible sur Internet le 12 août 2013

Résumé

Nous rapportons la découverte d'une rupture subtotale du nerf médian par usure « sur chevalet » de celui-ci sur une séquelle de fracture du poignet datant de l'enfance. Cette observation inédite a été faite lors d'une chirurgie de reprise du canal carpien chez un patient de 80 ans, pour qui l'indication de neurolyse avait été posée devant la récurrence d'un syndrome sévère du canal carpien à 30 ans d'une première intervention de neurolyse. Si les ruptures par usure des tendons fléchisseurs sont largement relatées dans la littérature, de même que la survenue de plaies nerveuses aiguës dans le cadre de traumatismes à haute énergie, la survenue d'une rupture secondaire d'un nerf par usure de celui-ci sur un relief osseux n'a, à notre connaissance, jamais été décrite.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Récidive ; Canal carpien ; Rupture nerveuse ; Usure ; Cal vicieux

Abstract

We report the finding of a subtotal rupture of the median nerve caused by a “bridge” or “easel” erosion due to a sequela of childhood wrist fracture. This unpublished observation was made during a carpal tunnel release procedure on an 80-year-old patient who was operated on for recurrence of a severe carpal tunnel syndrome 30 years after a previous neurolysis. If the flexor tendon ruptures are widely described, as well as nerve sections following high energy trauma, the median nerve rupture caused by its erosion over a bony projection has never been published at the best of our knowledge.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Recurrence; Carpal tunnel; Nervous rupture; Attrition; Fracture sequelae

1. Introduction

L'atteinte du nerf médian associée à une fracture du poignet récente [1] est une des formes les plus rares du syndrome du canal carpien ; elle complique cependant 5 à 10 % des fractures de l'extrémité distale du radius ou du carpe ; il s'agit dans l'immense majorité des cas d'un phénomène de compression dû à l'hématome fracturaire [2,3].

Des lésions nerveuses directes par embrochage sur des esquilles osseuses ont également été décrites, qu'il s'agisse du nerf médian ou du nerf ulnaire, qui peuvent être sectionnés lors d'un déplacement majeur [4].

Par ailleurs, on trouve parmi les étiologies des syndromes du canal carpien, un pourcentage non négligeable d'antécédents fracturaires et de cals vicieux séquellaires, dont la déformation favoriserait la compression du nerf [5].

Aucune description de rupture nerveuse secondaire n'a en revanche jamais été relatée dans la littérature, à la différence des ruptures tendineuses secondaires [6–8], largement décrites au poignet et à la main, notamment sur les déformations de polyarthrite rhumatoïde [9].

^{*} Auteur correspondant.

Adresses e-mail: ad_0372@hotmail.com (A. Delhom),
claire.baptista@ap-hm.fr (C. Baptista), andregay@icloud.fr (A. Gay),
regis.legre@ap-hm.fr (R. Legré).

2. Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 80 ans, droitier, victime dans l'enfance d'un traumatisme mal étiqueté du poignet droit traité orthopédiquement avec une consolidation sans séquelle fonctionnelle ni douleur résiduelle, malgré l'existence d'une légère déformation et d'une limitation de la flexion palmaire à moins de 10°.

Ce patient avait présenté en 1983 une symptomatologie évocatrice d'un syndrome du canal carpien évolué. Il existait des paresthésies nocturnes des trois premiers doigts, un syndrome d'irritation du nerf médian au poignet, et les examens électrophysiologiques montraient des vitesses de conduction significativement diminuées. Il avait alors bénéficié d'une neurolyse du nerf médian à ciel ouvert, et rapportaient une disparition complète et durable des paresthésies après cette intervention.

Nous avons revu ce patient 30 ans après cette première intervention, il se plaignait alors d'une récurrence des paresthésies de façon permanente depuis environ quatre ans, avec une anesthésie du troisième doigt et une amyotrophie de l'éminence thénar. Il existait également un syndrome irritatif du nerf médian au poignet.

Les examens électrophysiologiques montraient un allongement de la latence distale du nerf médian à droite et une diminution de sa vitesse de conduction de plus de moitié après sa traversée du canal carpien. Lors de la consultation initiale, le patient présentait également une échographie, qui mettait en évidence un rétrécissement du nerf en sablier.

L'ensemble du bilan clinique et paraclinique étant fortement évocateur d'un syndrome sévère du canal carpien et, en l'absence d'arguments évocateurs d'une autre étiologie, une intervention de neurolyse itérative a donc été programmée pour soulager la gêne fonctionnelle douloureuse du patient.

L'intervention a été réalisée sous anesthésie locorégionale. Un large abord a été réalisé, permettant une dissection progressive du nerf au sein du tissu fibreux péri-cicatriciel. De façon tout à fait inattendue, il a été mis en évidence non pas une compression du nerf, mais une véritable rupture de celui-ci, vraisemblablement par « usure » ou « frottement ». Nous n'avons pas trouvé de névrome identifiable visuellement comme tel, mais il est néanmoins possible que quelques fibres nerveuses aient persistées à minima au milieu de la fibrose (Fig. 1).

Le tendon du fléchisseur profond de l'index et celui du long fléchisseur du pouce présentaient des signes d'abrasion. La palpation du fond du canal carpien a montré une saillie osseuse sur le bord radial du poignet. Celle-ci réalisait un véritable chevalet sur lequel s'étaient progressivement rompues les fibres du nerf médian (Fig. 2). Après contrôle radioscopique (Fig. 3), cette saillie osseuse a simplement été régularisée à la pince gouge, un geste complémentaire de stabilisation du scaphoïde ne paraissant pas approprié chez ce patient très âgé.

Devant cette découverte hors du commun, les deux extrémités nerveuses ont été recoupées en zone saine et une suture microchirurgicale directe du nerf a pu être réalisée avec

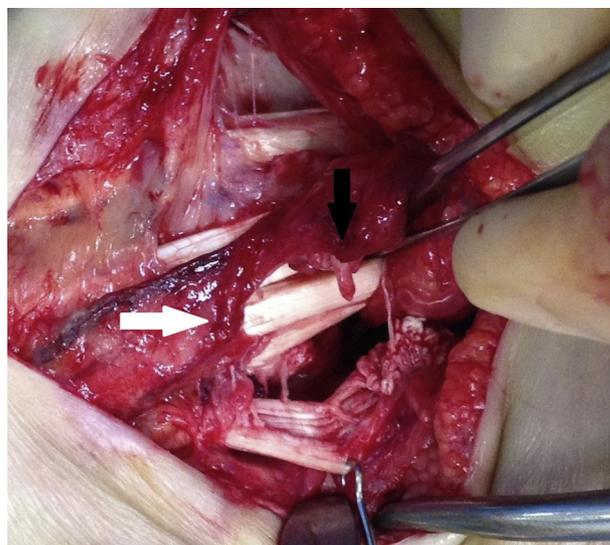


Fig. 1. Dissection de la fibrose péri-neurale. Mise en évidence de la rupture transfixante du nerf. Moignon proximal (flèche blanche). Moignon distal (flèche noire).

une mise en flexion palmaire modérée du poignet. Devant l'âge et le caractère ancien de la lésion, les perspectives de repousses nerveuses sont malheureusement très limitées mais la symptomatologie du patient a cependant été améliorée au dernier contrôle du fait de la disparition du syndrome irritatif.

D'après Zachary et al. [10], les délais moyens de récupération sont de neuf à 32 mois après suture, mais les facteurs pronostiques les plus importants [11] étaient ici défavorables : âge, délai de prise en charge et qualité des tissus environnants.

3. Discussion

Le caractère exceptionnel de cette découverte peropératoire doit interpeller sur les causes rares pouvant être à l'origine d'une pathologie extrêmement fréquente et parfois banalisée de par le nombre de libérations chirurgicales du nerf médian au poignet réalisées chaque année.

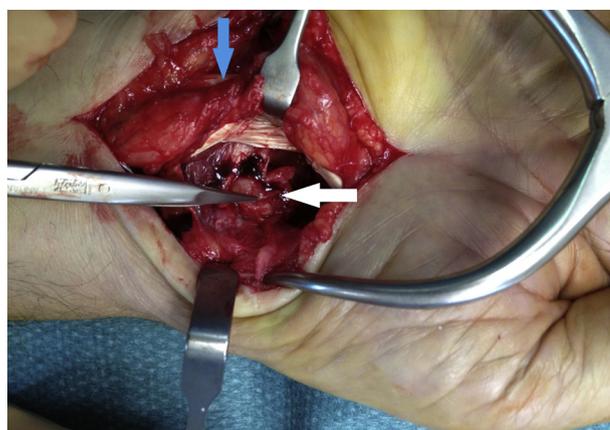


Fig. 2. Analyse des reliefs du canal carpien. Saillie osseuse du scaphoïde (flèche blanche). Nerf médian dans sa gaine fibreuse, récliné (flèche bleue).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4048844>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4048844>

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