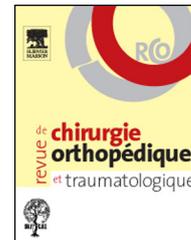




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



MÉMOIRE ORIGINAL

Compression du nerf fibulaire commun à la tête de la fibula : résultats de la neurolyse[☆]



Peroneal nerve entrapment at the fibular head: Outcomes of neurolysis

R. Maalla*, M. Youssef, N. Ben lassoued, M.A. Sebai, H. Essadam

Chirurgie plastique, réparatrice et chirurgie de la main, faculté de médecine de Tunis, CHU La Rabta, Jabbari, Tunis 1007, Tunisie

Acceptation définitive le : 23 mai 2013

MOTS CLÉS

Syndrome canalaire ;
Nerf fibulaire
commun ;
Compression ;
Neurolyse

Résumé

Introduction. – Le syndrome canalaire du nerf fibulaire commun (FC) au col de la fibula est le plus fréquent aux membres inférieurs. Il s'exprime préférentiellement sur le versant moteur et pose surtout un problème de pronostic fonctionnel. Le but de cette étude était d'analyser les résultats de la neurolyse et de montrer l'intérêt d'intervenir précocement.

Patients et méthodes. – Nous rapportons une étude rétrospective de 15 compressions (âge moyen : 32 ans) traitées par neurolyse : dix cas sans cause apparente, trois cas de paralysie du nerf FC survenus après un traumatisme de la cheville par une lésion nerveuse indirecte, deux cas de compression posturale. Le délai moyen de prise en charge était de sept mois (deux à 18 mois).

Résultats. – Au recul moyen de 42 mois (25 à 62), les résultats ont été jugés excellents dans sept cas, bons dans cinq cas et moyens dans trois cas. Le délai moyen de récupération était de 2,5 mois (deux semaines à six mois). Un excellent ou bon résultat a été retrouvé chez neuf patients parmi les dix cas sans étiologie. Les trois résultats moyens correspondaient soit à une étiologie post-traumatique de la cheville, soit à un terrain de polyneuropathie.

Discussion. – Plutôt que d'attendre une récupération spontanée, mais longue et incomplète, nous préférons intervenir entre le troisième et le quatrième mois si les symptômes persistent ou que la récupération est incomplète même si le patient présente uniquement des signes

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2013.05.004>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : riadh.maalla@gmail.com (R. Maalla).

sensitifs, corroborés par l'EMG. La décompression chirurgicale permet d'avoir une récupération plus rapide que celle obtenue après traitement fonctionnel.

Niveau de preuve et type d'étude. – Étude rétrospective, niveau IV.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Le syndrome canalaire le plus fréquent aux membres inférieurs est la compression du nerf fibulaire commun (FC) au col de la fibula. Il s'exprime préférentiellement sur le versant moteur et pose surtout un problème de pronostic fonctionnel. Pendant sa course, le nerf FC descend autour de la face latérale du col fibulaire. Cette localisation le rend très vulnérable.

À côté des lésions traumatiques par lacération ou étirement, dues aux fractures ou luxations de l'extrémité proximale de la fibula ou de la cheville, la compression du nerf FC idiopathique reste la cause la plus fréquente de paralysie motrice et sensitive.

Le but de ce travail était de montrer à travers nos résultats l'intérêt de la neurolyse chirurgicale précoce.

Patients et méthodes

Cette étude rétrospective a porté sur 15 cas de neurolyse (une femme, 14 hommes).

Ont été écartés les patients avec un recul inférieur à 12 mois et ceux ayant une lésion directe du nerf telle qu'une plaie ou une contusion ou encore une section par esquille osseuse suite à une fracture du col de la fibula.

L'âge moyen était de 32 ans (17 à 48 ans). Trois patients avaient des antécédents de lombosciatique. Trois présentaient un diabète et deux étaient éthyliques chroniques.

L'enquête étiologique a permis de retrouver une cause dans cinq cas : trois cas d'inversion forcée du pied avec élévation du nerf FC (une fracture de la malléole médiale, deux entorses latérales de la cheville) ; deux cas de compression secondaire à une position accroupie prolongée.

Le déficit moteur a été évalué essentiellement sur les muscles tibiaux antérieurs et fibulaires. Les signes sensitifs subjectifs à type de douleurs, de paresthésies ont été notés. L'évaluation clinique sensitive et motrice pré- et postopératoire a été effectuée selon la classification de la BMRC. Sur les 15 cas, sept avaient une atteinte sensitive isolée et huit une symptomatologie sensitivomotrice.

Un examen électromyographique systématique a permis de confirmer le déficit sensitif en révélant une baisse des amplitudes des potentiels sensitifs dans 12 cas et de confirmer un déficit moteur par une baisse des vitesses de conduction motrice dans sept cas. L'EMG a aussi permis de localiser le niveau de compression au col de la fibula.

Le délai de prise en charge variait entre deux et 18 mois. Quand le patient était vu avant un mois, un EMG de contrôle était effectué à un mois pour évaluer le degré éventuel de récupération et l'absence de récupération a conduit à une prise en charge chirurgicale. Les neuf patients vus plus de quatre mois après le début des symptômes ont été traités chirurgicalement d'emblée sur la base du diagnostic clinique et électromyographique.

L'intervention chirurgicale consistait en une libération du nerf FC à ciel ouvert. L'incision était curviligne (Fig. 1), et

longeait le tendon du biceps fémoral en proximal puis cravaissait le col de la fibula en distal. Le nerf FC était mis sur lac en proximal au bord postéromédial du biceps fémoral. Il était libéré de proximal en distal jusqu'à niveau de l'arcade des fibulaires qui était incisée le plus distalement possible. Une exoneurolyse ne dépassant pas 5 cm était réalisée dans les dix cas où une striction importante du nerf était notée. Une attelle cruropédieuse était mise en place pour une semaine. Une rééducation de renforcement musculaire du m. tibial antérieur et des m. fibulaires, ainsi qu'un assouplissement articulaire, était instaurée dans les cas avec signes moteurs déficitaires, dès la première consultation et poursuivie en postopératoire pendant deux mois en moyenne.

Résultats

Aucune complication postopératoire n'a été observée. Les patients ont été revus avec un recul moyen de 42 mois (25 à 62). Les résultats ont été jugés excellents dans sept cas, bons dans cinq cas et moyen dans trois cas (Tableau 1). Un excellent ou bon résultat était retrouvé chez neuf patients parmi les dix sans étiologie apparente. Les deux patients avec une étiologie posturale ou dynamique avaient un excellent résultat. Deux des trois patients avec une étiologie post-traumatique ont eu un résultat moyen avec une récupération sensitive à S3.

Cinq parmi les sept patients qui avaient des signes sensitifs isolés ont complètement récupéré avec disparition des paresthésies et une sensibilité à S4. Les deux autres ont gardé quelques paresthésies dans le territoire du nerf FC. La récupération complète à j1 postopératoire a été observée dans deux cas. Les autres cas ont récupéré en sept semaines en moyenne. Pour les cinq patients ayant eu une récupération complète, le délai entre le début de la symptomatologie et la neurolyse était en moyenne de trois mois (deux à cinq mois). Pour les deux patients avec récupération partielle, le délai était de 12 mois pour l'un et 18 mois pour l'autre.

Sept patients parmi les huit qui avaient une atteinte sensitive et motrice ont eu un excellent ou bon résultat sur le plan moteur après neurolyse (cotation BMRC M4 ou M5). Dans un cas, la récupération était moyenne avec une cotation à M3 (éthylisme chronique avec polyneuropathie.). Cinq avaient une résolution complète de la symptomatologie sensitive avec une cotation à S4 ; deux gardaient des douleurs et des paresthésies et un ne notait aucun changement.

Discussion

La neurolyse dans le syndrome canalaire du nerf FC au col de la fibula permet d'avoir une récupération plus rapide que celle obtenue après traitement fonctionnel. Elle est au besoin associée à une exérèse de la cause de la compression. En cas de kyste articulaire, le kyste est drainé, et lorsqu'il

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4090209>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4090209>

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