



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Travaux de la Société d'orthopédie et de traumatologie de l'Ouest (SOO). Réunion de Tours, juin 2013.  
Note de technique

## Traitement d'un névrome en continuité du nerf médian par allongement du nerf et suture directe manchonnée<sup>☆</sup>



*Neuroma-in-continuity of the median nerve managed by nerve expansion and direct suture with vein conduit*

J. Jeudy\*, G. Raimbeau, F. Rabarin, P.-A. Fouque, Y. Saint-Cast, B. Césari, N. Bigorre

Centre de la main, village santé Angers-Loire, 47, rue de la Foucaudière, 49800 Trélazé, France

### INFO ARTICLE

#### Mots clés :

Nerf  
Perte de substance  
Névrome  
Élongation  
Expansion

### RÉSUMÉ

L'autogreffe nerveuse est, à ce jour, la technique de référence pour combler une perte de substance nerveuse importante sur un gros tronc sensitif et moteur. Elle permet une amélioration fonctionnelle et douloureuse. À l'image des allongements de nerfs constatés au contact des processus tumoraux, l'élongation progressive du moignon proximal a été étudiée chez l'animal. Cette technique rend possible la réalisation d'une suture directe pour rétablir la continuité nerveuse. Nous rapportons ici un cas de névrome en continuité du nerf médian traité par résection et suture directe après allongement du nerf. Il s'agit à notre connaissance du seul cas rapporté dans la littérature. La réparation secondaire à trois ans du traumatisme initial a permis une amélioration des douleurs, de l'allodynie avec une récupération sensitive modeste de protection S1.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

Si la réparation microchirurgicale en urgence d'une section d'un nerf médian fait l'unanimité, la conduite à tenir vis-à-vis d'un névrome en continuité, à distance du traumatisme initial, reste mal codifiée. Lorsque la perte de substance est importante, une résection du névrome avec réalisation d'une autogreffe est généralement indiquée pour permettre une récupération fonctionnelle au prix de deux rangées de suture.

À l'image des allongements de nerfs constatés au contact des processus tumoraux, l'élongation progressive du moignon proximal permet de réaliser une suture directe pour rétablir la continuité nerveuse.

Nous rapportons ici, un cas de résection de névrome en continuité du nerf médian et réparation par suture directe après allongement du nerf.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2014.03.013>.

<sup>☆</sup> 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 : [jeudy@centredelamain.fr](mailto:jeudy@centredelamain.fr) (J. Jeudy).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2014.03.027>

1877-0517/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 2. Cas clinique

Nous rapportons le cas d'un homme de 42 ans, tabagique présentant un névrome en continuité du nerf médian à distance d'une lésion par automutilation. Il s'agissait d'une section plurifocale du nerf ayant nécessité en urgence une suture microchirurgicale dans un centre de traumatologie en juin 2008.

À trois ans de la réparation, on notait une récupération partielle. Sur le plan moteur, il existait une récupération de l'opposition du pouce avec une amyotrophie importante de l'*abductor pollicis brevis*. La sensibilité était nulle (S0), sans réponse aux tests au monofilament de Semmes-Wenstien ou au test de discrimination de Weber. Il existait une exclusion des deuxième et troisième doigts lors des pincées pollicidigitales.

La douleur a été évaluée selon le score d'Elliot [1,2] qui étudie la douleur ressentie en individualisant la « douleur spontanée de base », les « pics spontanés douloureux », la « douleur à la pression », la « douleur à la mobilisation », l'allodynie et permet une cotation par le patient de chaque élément douloureux (aucune, légère, modérée, sévère) (Fig. 1).

À trois ans du traumatisme, l'exploration IRM mettait en évidence un large névrome en continuité de 47 mm en amont du canal carpien (Fig. 2), l'examen électromyographique faisait état d'une récupération motrice partielle avec une perte de conduction

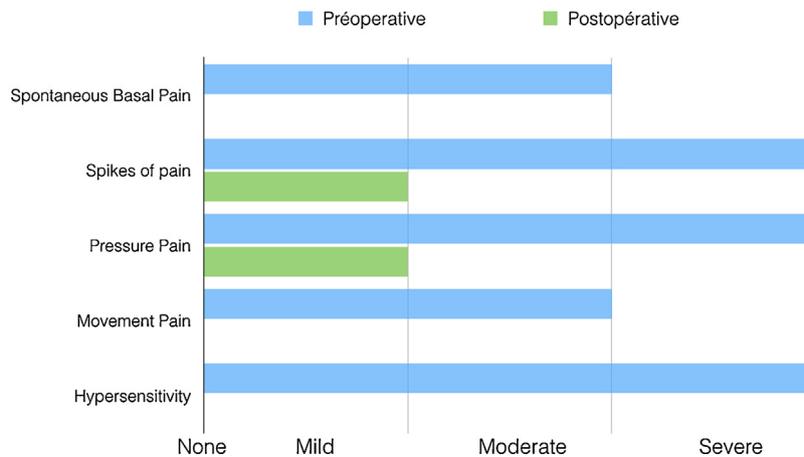


Fig. 1. Cotation de chaque type de douleur neurologique ressentie avant et après chirurgie.

estimée à 70% de la normale dans les muscles *opponens* et *abductor pollicis brevis*. Aucune réponse électrique sensitive n'ayant pu être recueillie à la stimulation des trois premiers doigts.

Du fait des douleurs et de l'anesthésie des trois premiers rayons, le patient n'avait pas pu reprendre ses activités professionnelles.

Différents traitements antalgiques ont été essayés. Les traitements antalgiques simples de niveau 1, 2 et morphiniques n'ont pas présenté d'efficacité significative. Les traitements plus spécifiques (prégabaline et gabapentine) n'ont permis d'obtenir qu'une amélioration partielle mais restaient mal supportés sur le plan général. La stimulation électrique locale par gant de neurostimulation électrique transcutanée (TENS®) a permis une amélioration temporaire lors du port de l'appareillage sans résultat durable.

Du fait de l'absence d'amélioration à trois ans une reprise chirurgicale a été proposée. Il a été décidé d'un allongement progressif du nerf suivi d'une suture microchirurgicale directe après recoupe en zone saine.

### 3. Technique opératoire

L'intervention a nécessité deux temps chirurgicaux sous anesthésie locorégionale tronculaire humérale échoguidée.

#### 3.1. Premier temps opératoire

Le premier temps opératoire a été planifié à trois ans de la réparation initiale.

Le nerf a été abordé en zone saine, en amont du névrome et en distalité des branches motrices antébrachiales par une incision longitudinale. Un ballonnet d'expansion tissulaire en silicone de taille 4,9 × 3,9 × 5,1 cm (100 cc) (Eurosilicone®) a été positionné sur la

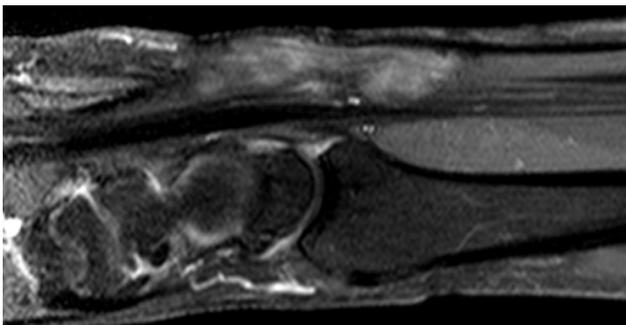


Fig. 2. Aspect IRM préopératoire du névrome en continuité du nerf médian mesuré à 47 mm.

face profonde du nerf, en refoulant le corps musculaire des tendons fléchisseurs au niveau de la jonction myotendineuse. La valve a été positionnée en superficie dans le tissu adipeux sous-cutané. Le fascia musculaire a été laissé ouvert afin d'éviter la survenue d'un syndrome de loges lors de l'expansion.

L'inflation de la chambre a été débutée après deux semaines de cicatrisation cutanée. L'augmentation de volume a été réalisée par deux injections hebdomadaires de 12 cc de sérum physiologique. À chaque injection, l'apparition d'une douleur faisait cesser l'expansion. Au bout de huit semaines, le volume maximum de 100 cc de la chambre a été atteint (Fig. 3).

#### 3.2. Deuxième temps opératoire

Le deuxième temps opératoire a été réalisé à la fin du deuxième mois postopératoire. L'incision initiale a été prolongée en distalité afin d'exposer le névrome dans sa totalité. Il a été disséqué et isolé de la zone fibreuse sous grossissement optique. Il s'agissait d'un névrome fibreux de 47 mm dont l'extrémité distale venait au contact du bord proximal du ligament annulaire (Fig. 4). Une exérèse monobloc a été réalisée avec une recoupe en zone saine emportant 5 mm de résection supplémentaire de part et d'autre du névrome, laissant une perte de substance nerveuse totale estimée à 60 mm. La chambre d'expansion a été retirée (Fig. 5) pour réaliser une suture microchirurgicale directe par points séparés d'Ethilon® 9/0 (Fig. 6), manchonnée dans une veine prélevée au pli du coude selon la technique du service (Fig. 7) [3].



Fig. 3. Aspect de l'avant-bras après expansion complète de la chambre (100 cc).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4090738>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4090738>

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