

FAITS CLINIQUES

PARALYSIE DU PLEXUS BRACHIAL SECONDAIRE A UN FAUX ANEVRYSMES AXILLAIRE

S. BELLARBI (1), H. FAHIM (1), A. BOUARHROUM (2), A. BOUZAROUATA (2).

(1) Service de Chirurgie Orthopédique, Hôpital Ibn Sina, Rabat.

(2) Service de Chirurgie Vasculaire, Hôpital Ibn Sina, Rabat.

RESUME

Les étiologies des paralysies du plexus brachial sont nombreuses. Elles sont dominées chez l'adulte par les traumatismes fermés et les plaies. Nous rapportons le cas d'une patiente de 44 ans qui s'est présentée en consultation pour une paralysie du membre supérieur gauche évoluant depuis quatre mois sans notion de traumatisme. Le bilan étiologique a permis la mise en évidence d'un faux anévrysme compressif de l'artère axillaire secondaire à une maladie de Behcet. Le mode révélateur et la rareté de cette étiologie nous ont incité à rapporter cette observation intéressante.

Mots clés : plexus brachial ; faux anévrysme axillaire.

INTRODUCTION

Les paralysies du plexus brachial sont de plus en plus fréquentes chez l'adulte jeune. Les étiologies sont dominées par les traumatismes fermés et les plaies. Leur pronostic est mauvais avec une faible chance de récupération spontanée. Les paralysies secondaires à une compression d'un anévrysme artériel sont rares en dehors du contexte traumatique. Le mode évolutif lent dans ce cas est responsable d'un retard du diagnostic et influence beaucoup les résultats du traitement étiologique seul.

OBSERVATION

Mme H.M. âgée de 44 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté en décembre 2003 pour des douleurs qui siègent au niveau de l'avant-bras et de la main gauches, à type de brûlures sourdes avec une impotence fonctionnelle évoluant depuis quatre mois. Il n'y avait pas de notion de traumatisme dans les antécédents.

Notre attention était attirée dès le départ par une paralysie totale du membre. L'examen clinique a objectivé un œdème et une cyanose du membre supérieur gauche. La palpation a mis en évidence une masse palpable au niveau du sillon délto-pectoral, battante, soufflante faisant évoquer son origine vasculaire.

Un échodoppler a permis de faire le diagnostic d'un faux anévrysme de l'artère axillaire, ce qui a été confirmé à l'artériographie (Fig. 1).

Le bilan radiologique standard du membre était normal.

L'exploration chirurgicale en urgence a mis en évidence un faux anévrysme de l'artère axillaire avec compression du plexus brachial qui était atrophique.

Une mise à plat de l'anévrysme avec pontage veineux par la saphène interne étaient réalisés. Une neurolyse des différentes branches du plexus brachial a été associée.

Un EMG post opératoire a objectivé un bloc total des nerfs médian, radial et cubital au niveau du bras.

Une rééducation du membre a été entamée précocement.

A six mois de recul on a noté une discrète récupération de la sensibilité sur le territoire du nerf médian et cubital.

Un bilan étiologique du faux anévrysme a conclu à une maladie de Behcet.

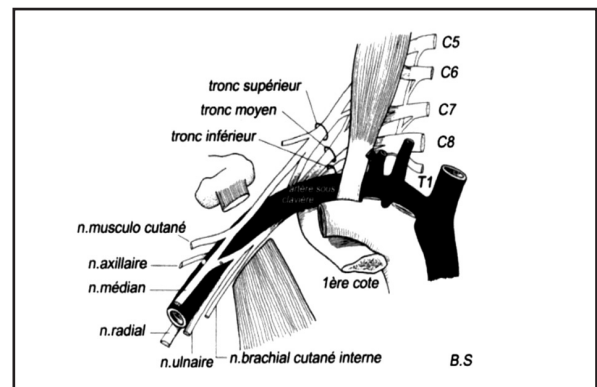


Fig. 1 : Illustration des rapports étroits entre les artères axillaire et sous clavière et le plexus brachial.

DISCUSSION

Le plexus brachial est un rapport intime de l'artère axillaire au niveau du défilé thoracobrachial (Fig. 2). Un anévrysme même minime peut être responsable d'une compression néfaste pour les nerfs du fait que les structures sont entourées par le même fascia(1).

La compression est souvent insidieuse ce qui est responsable d'un retard du diagnostic.

Les signes cliniques révélateurs peuvent être sous forme de douleurs comme dans notre cas, siégeant le plus souvent au niveau l'avant-bras ou au niveau de la main, à type de brûlures sourdes ou d'écrasement, continues de quelques minutes à quelques heures ou très brèves en décharges électriques. Cette douleur peut être absente dans plus de 10 % des cas (2).

Les signes artériels et veineux peuvent être d'expression tardive ou mal perçus par l'examineur du fait de la petite taille de l'anévrysme ou de la musculature développée du sujet (3, 4).

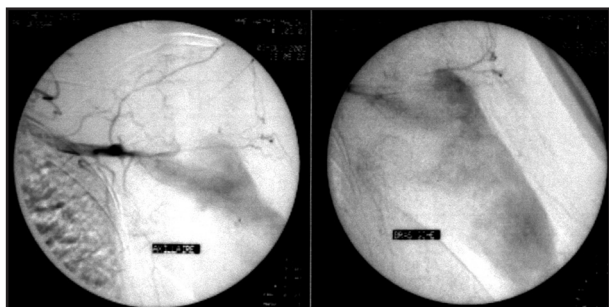


Fig. 2 : L'artériographie préopératoire a permis de confirmer l'étiologie de la paralysie du plexus brachial en mettant en évidence un faux anévrisme axillaire.

- 3- Brawley RK, Murray GF, Crisler C, et al. Management of wounds of the innominate, subclavian, and axillary blood vessels. *Surg Gynecol Obstet* 1970 ; 131 : 1130-1140.
- 4- Drapanas J, Hewitt RL, Weichert RF, et al. Civilian vascular injuries : A critical appraisal of the three decades of management. *Ann Surg* 1970 ; 172 : 351-360.
- 5- Nulsen FE, Kline DG. Acute injuries of peripheral nerves. In: Youmans JR (ed) : *Neurological Surgery*. Philadelphia, WB Saunders Co, 1973 ; 2 : pp 1089-1140.

Le traitement est tout d'abord étiologique c'est-à-dire une décompression du plexus brachial par une mise à plat de l'anévrisme et restitution de la continuité vasculaire par un greffon.

Si le diagnostic est fait assez tôt, les lésions neurologiques à ce stade sont sous forme de neuroapraxie, une décompression à ce stade peut faire espérer une récupération complète du déficit neurologique. Chez notre patiente nous avons opté pour un traitement conservateur des lésions neurologiques le temps de réaliser un bilan étiologique du faux anévrisme.

Quand la démyélinisation se produit en conséquence d'une compression prolongée, la récupération est absente ou incomplète. Le retour de la fonction motrice de certains muscles dépend de la distance entre le muscle et le siège des lésions neurologiques. La régénération axonale se fait à une vitesse de 1 mm par jour environ ce qui explique que la récupération de certains muscles comme les muscles intrinsèques de la main peut prendre des mois voire des années.

Malheureusement quand le temps de la récupération est prolongé il y a des changements secondaires irréversibles au niveau des muscles dénervés, ce qui aboutit à un résultat fonctionnel pauvre même quand la récupération axonale est complète (5).

CONCLUSION

Le membre supérieur assure une fonction importante dans la vie quotidienne. Les lésions du plexus brachial secondaires à une compression anévrysmale doivent être considérées comme une urgence chirurgicale car leur prise en charge précoce permet une récupération complète du déficit neurologique.

REFERENCES

- 1- Braun RM, Newman J, Thacher B. Injury to the brachial plexus as a result of diagnostic arteriography. *J Hand Surg* 1978 ; 3 : 90-94.
- 2- Alnot JY, Daunois O, Oberlin Ch, Bleton R. Les paralysies totales du plexus brachial par lésions supra-claviculaires. *Rev Chir Orthop* 1992 ; 78 : 495-504.