

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES TRAUMATISMES DU NERF SCIATIQUE

J. MANJAOUÏ, A. KHALES*, S. DEBBOUR, S. KADI, A. BENNIS, S. BOUABID, D. BENCHEBBA, A. MORTAJI, F. MBOCA, M. TANANE, B. CHAGAR, K. LAZRAK

Service de Traumatologie-Orthopédie I, *Service des Brûlés et Chirurgie Plastique, Hôpital Militaire d'Instruction Med V, Rabat, Maroc

RESUME

Le plus volumineux et le plus long nerf de l'organisme, le nerf sciatique, est exposé à des traumatismes nombreux et divers, dont la réparation reste extrêmement délicate. Le but de notre travail est d'analyser les différentes techniques chirurgicales de la réparation nerveuse et leurs indications à travers une étude rétrospective de 20 cas de traumatisme du nerf sciatique colligés au Service de Traumatologie-Orthopédie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Med V.

Nos observations se répartissent en 3 cas de section du nerf sciatique par un objet contondant, 5 lésions par projectile, 4 traumatismes fermés et 8 cas de traumatismes iatrogènes.

Quinze malades ont été opérés : 3 sutures directes, 3 greffes nerveuses et 9 traitements palliatifs.

L'évolution fut marquée par :

- Une récupération spontanée chez 5 patients (surtout les traumatismes iatrogènes).
- Les résultats du traitement palliatif étaient bons chez 7 patients/9.
- La chirurgie nerveuse a permis une disparition des troubles trophiques et une récupération sensitive chez tous les patients qui ont subi cette chirurgie.

A travers cette étude, on a remarqué que les transferts palliatifs améliorent la fonction du membre et semblent optimiser la réussite des sutures nerveuses.

Mots clés : traumatisme, nerf sciatique, prise en charge chirurgicale, rééducation

ABSTRACT

The ulkiest and the longest nerve of the organism, sciatic nerve, is exposed to many and various traumatismes, whose repair is extremely delicate.

The objective of our study is to analyze different surgical technics for nervous repair and their indications through a retrospective study from 20 cases.

Our observations were distributed to 3 cases of section of sciatic nerve by contendent object, 5 lesions by projectile, 4 closed traumatism and 8 cases of iatrogenic traumatismes.

15 patients are operated : 3 direct joining, 3 nerve graft and 9 palliative treatment.

The palliative transfers improve the function of the limb and would seem to optimize the success of the nervous joining.

Key words : traumatism, sciatic nerve, surgical treatment, kinesitherapy

INTRODUCTION

Le nerf sciatique, compte tenu de son trajet, présente deux types de segments :

* Des segments musculaires au niveau de la fesse, la cuisse et la jambe, où il se trouve noyé dans les masses musculaires qui le protègent.

* Des segments articulaires : près des articulations coxo-fémorale et du genou, où un étirement même minime peut causer une lésion du nerf.

Le traitement des lésions du nerf sciatique a été révolutionné ces dernières décennies par l'avènement de techniques microchirurgicales de plus en plus performantes et par l'adoption de nouveaux moyens comme la colle biologique.

Les auteurs ont colligé 20 cas de traumatisme du nerf sciatique et exposent leurs méthodes thérapeutiques et leurs résultats.

MATERIEL ET METHODES

Les patients inclus dans cette étude souffrent d'une paralysie du nerf sciatique ou de ses branches terminales survenant suite à un traumatisme ouvert ou fermé (les étiologies tumorales et les affections médicales ont été exclues).

L'âge moyen de nos patients était de 38 ans.

Il s'agissait de 15 hommes et 5 femmes.

Le recul moyen de notre série est de 18 mois.

Les atteintes ont prédominé au niveau de la hanche (40%) et le genou (40%).

Il s'agissait de 3 cas de sections du nerf sciatique par un objet contondant, 5 lésions par projectiles, 4 traumatismes fermés et 8 cas de traumatismes iatrogènes.

La lésion a intéressé Le SPE (60%), le tronc du sciatique (35%) et le SPI (5%).

Tous les malades présentaient un déficit sensitivo-moteur avec des troubles trophiques.

Tous nos malades ont bénéficié au moins une fois d'un électromyogramme.

Le délai moyen de l'intervention est de 5 mois (un seul malade a bénéficié d'un traitement chirurgical urgent).

Six de nos patients ont été explorés chirurgicalement :

- Trois présentaient une section nerveuse franche qui a été suturée.
- Trois présentaient une perte de substances dont 2 tronculaires et 1 sur le SPE : ces patients ont bénéficié d'une greffe nerveuse à partir du nerf saphène externe controlatéral.

Les sutures ont été réalisées avec du fil prolène 9/0 sous lunettes grossissantes.

Neuf patients ont eu un traitement palliatif (transfert du muscle jambier postérieur par voie inter-tibiopéronière).

L'abstention chirurgicale était la décision chez 5 patients :

- Quatre atteintes iatrogènes suite à une chirurgie prothétique de la hanche.
- Et une paralysie du SPI suite à un éclat d'obus au creux poplité.

RESULTATS

Chez les 3 patients qui ont eu une suture nerveuse directe, on a assisté à :

- Une disparition rapide et spectaculaire des troubles trophiques.

- Une récupération de la sensibilité.

- Aucune récupération motrice à 14 mois d'intervention.

Chez les 3 patients qui ont eu une greffe nerveuse :

- Une disparition des troubles trophiques.

- Une récupération de la sensibilité chez 2/3.

- Pas de récupération motrice.

Chez les 9 patients qui ont reçu un traitement palliatif:

- Sept ont eu un bon résultat fonctionnel.

- Deux ont gardé un équinisme du pied.

Une récupération spontanée a été observée chez les 4 patients qui ont eu une paralysie du sciatique suite à une chirurgie prothétique de hanche.

Le patient qui a eu une paralysie du SPI a gardé un léger déficit sensitif.



Fig. 1. Paralysie du SPE après une plaie par balle au niveau de la cuisse donnant une section complète du nerf sciatique

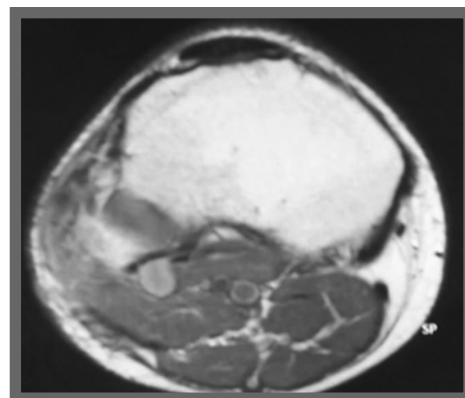


Fig. 2. Aspect IRM : contusion du SPE après un traumatisme fermé

DISCUSSION

Le traitement des traumatismes du nerf sciatique comporte plusieurs volets :

- La suture primitive en urgence : doit être réalisée devant toute section totale et surtout partielle du nerf, sans perte de substance. Dans les plaies confuses ou avec perte de substance, la réparation secondaire est programmée dans 3 à 4 semaines, mais en urgences il faut rapprocher les extrémités nerveuses pour éviter leur rétraction et réaliser ainsi une greffe courte.

Un patient de notre série a bénéficié d'une suture nerveuse directe en urgence du tronc du nerf sciatique au niveau de la fesse suite à une agression par un coup de sabre, l'exploration a trouvé une section quasi-complète du nerf qui a été suturée.

- Les sutures secondaires et les autogreffes nerveuses : lorsque les conditions locales deviennent favorables.

Si après résection du névrome, la perte de substance est limitée à 5 ou 10 mm, il est possible d'effectuer une suture secondaire.

Si la perte de substance dépasse 10 mm, il faut avoir recours aux allogreffes nerveuses faisant appel le plus souvent au nerf saphène externe controlatéral.

- Le traitement palliatif : 2 types d'intervention sont utilisés : l'arthrodèse et surtout le transfert du muscle jambier postérieur.

Neuf patients de notre série ont bénéficié d'un traitement palliatif (45%), ce qui présente un taux élevé par rapport à ce qui est décrit dans la littérature (ex : Bolton dans une série de 117 cas a utilisé le traitement palliatif uniquement chez 13 patients (10%)).

Ceci est expliqué par le fait que ces patients nous ont été adressés dans des délais tardifs.

- Ce qui serait intéressant, c'est de réaliser une réparation nerveuse en même temps qu'un traitement palliatif, ceci est rapporté dans un travail de Garrozo sur une série de 62 malades où un traitement mixte a permis d'optimiser la récupération nerveuse dans 90% des cas.

L'abstention thérapeutique associée à une surveillance clinique et électrique est la règle pour la plupart des

auteurs en matière de paralysie du sciatique dans les suites d'une chirurgie prothétique de hanche.

- La rééducation fonctionnelle maintient le membre paralysé dans un état d'eutrophie, évite les attitudes vicieuses et permet d'entretenir la mobilité des articulations.

CONCLUSION

Les résultats des réparations microchirurgicales des sections du nerf sciatique, aussi bien par suture directe ou par greffe nerveuse, permettent une amélioration nette des troubles trophiques et sensitifs, et n'ont presque aucun effet sur la récupération motrice.

Les transferts du jambier postérieur permettent de rétablir l'équilibre entre l'antéflexion et la dorsiflexion, et semblent optimiser la réussite des sutures nerveuses.

Enfin, certains facteurs comme l'âge jeune, le siège distal de la lésion et le délai de réparation (avant 6 mois) semblent améliorer le pronostic.

REFERENCES

1. Alnot JY, Oberlin C. Les lésions traumatiques du tronc du nerf sciatique et de ses branches terminales. Rev Chir Orthop 1993 ; 79 : 205-17.
2. Bleton, Cesad B. Les lésions traumatiques du nerf sciatique. Cahiers d'enseignement de la SOFCOT 1997 ; 64 : 115-25.
3. Ferraresi S, Garozzo D. Common peroneal nerve injuries : results with one-stage nerve repair and tendon transfert. Neurosurg Rev 2003 ; 26 : 175-9.
4. Garozzo D. Surgical treatment of common peroneal nerve injuries: indications and results : a series of 62 cases. J Neurosurg Sci 2004 ; 48 : 105-12.
5. Piton C. Les lésions du nerf fibulaire commun. Rev Chir Orthop 83 : 115-25.
6. Plangger CA. Sciatic nerve injury. J Neurosurg 1999 ; 90 : 806-7.
7. Sarnardzic MM, Rasulic LG, Vuckovic CD. Missile injuries of the sciatic nerve. Injury 1999 ; 3 : 15-20.