

Atteinte nerveuse suite à une fracture supra condylienne chez l'enfant : à propos d'un cas clinique.

Nerve Injury Following a Supracondylar Fracture in a Child: A Case Report

A. BAGHDADLI.

Chef d'unité d'orthopédie pédiatrique, Service de chirurgie pédiatrique CHU Oran.

RÉSUMÉ

L'objectif de notre travail est d'expliquer l'intérêt de la prise en charge des fractures supra condyliennes type IV à travers un cas clinique (nourrisson âgé de 30 mois), pris en charge au niveau du service des urgences médico-chirurgicales pédiatriques du CHU Oran.

Malgré un traitement bien conduit le malade n'est pas à l'abri de complications post réductionnelles tels que l'infection au niveau des orifices des broches et l'atteinte neurologique secondaire (même après un bilan initial sans particularité).

Mots clés : Fracture, Infection ostéoarticulaire, Atteinte nerveuse

ABSTRACT

The aim of our study is to explain the importance of managing type IV supracondylar fractures through a clinical case (a 30-month-old infant) treated in the pediatric emergency department of the Oran University Hospital.

Despite proper treatment, the patient is not immune to post-reduction complications such as infection at the pin sites and secondary neurological involvement (even after an unremarkable initial assessment).

Key words: Fracture, Osteoarticular infection, Nerve damage

INTRODUCTION

Les fractures supra condyliennes sont de loin les plus fréquentes de toutes les fractures du coude avec un trait métaphysaire extra articulaire, la prédominance était masculine avec un pic de fréquence autour de l'âge de 7ans (5<entre<10ans), l'atteinte vasculo nerveuse représente 10% de toutes les complications, les nerf radial, ulnaire ou médian peuvent être atteints. l'examen clinique neurologique initial été primordial. le traitement orthopédique ou chirurgical en fonction de l'indication doit être précoce et bien conduit, suivi d'un traitement fonctionnel qui joue un rôle important pour prévenir et réduire les conséquences des déficiences afin de réinsérer le patient dans son environnement.

OBSERVATION

C'était le cas d'un enfant âgé de 2 ans et Demi, victime d'une chute de sa hauteur, occasionnant chez lui une fracture supra-condylienne droite, en extension type IV selon la classification de Lagrange et Rigault, sans lésions vasculo-nerveuses associées. A rappeler que cette classification a un intérêt thérapeutique.

(Type I : fracture Non déplacée.

Type II : fracture et bascule postérieure avec contact cortical postérieur.

Type III : bascule postérieure + translation postérieure ou trouble de rotation.

Type IV : perte de contact entre les deux fragments).

Le malade opéré en urgence sous anesthésie générale après un bilan pré opératoire.

Gestes faits : réduction par manœuvres externes orthopédiques + embrochage percutané par 2 broches parallèles selon judet + immobilisation dans une attelle BABP (Brachio- Anté Brachio- Palmaire)

évolution était marquée, à l'ablation des broches et l'attelle après 4 semaines d'immobilisation par la constatation :

- d'une infection de l'orifice d'embrochage.
- la limitation des mouvements du coude.
- la main droite en griffe.
- des phlyctènes au niveau du coude.

L'enfant était mis sous antibiotiques et orienté à la rééducation pour sa prise en charge. Les séances étaient interrompues par l'installation d'un œdème important au niveau de la main,

Un EMG complété par une IRM ont été demandés.

EMG : ne retrouve pas de réponse des nerfs médian, Cubital et radial

IRM du coude droit : ostéoarthrite du coude avec ostéomyélite Humérale d'aspect irrégulier séquelleaire.

Fig. 1 | Siège des fractures supra condyliennes



Fig. 2 | Aspect radiologique de la fracture type 4 de notre malade



Fig. 3,4 | Siège des fractures supra condyliennes

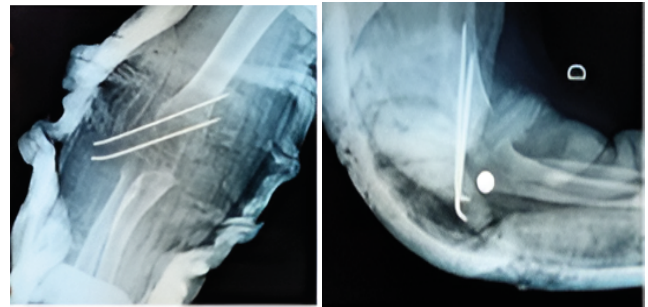


Fig. 5 | Radiographie post opératoire de face et de profile de notre patient



Fig. 6 | Œdème main en griffe



EMG de contrôle :
Importante amélioration électrique du nerf cubital et radial.
Absence totale d'amélioration concernant le nerf médian.

Fig. 7,8 | Attelle main en extension



l'enfant a été redressé en rééducation et doit porter diverses attelles nocturnes tout en mettant le poignet et les doigt en extension.

On décide de poursuivre la même attitude thérapeutique et au bout de trois mois on constate l'amélioration clinique progressive des mouvements du coude et du poignet ainsi que sur le plan radiologique.

Fig. 9,10,11,12 Évolution, aspect clinique et radiologique de l'enfant



DISCUSSION

Chez notre malade : l'immobilisation a duré 4 semaines et l'attelle portée était large.

La raideur était habituelle à la fin de l'immobilisation. Elle s'améliore lors des 6 premiers mois jusqu'à 2 ans post opératoire. La kinésithérapie post traumatique précoce et intensive n'était pas adaptée à l'enfant.

Les complications nerveuses : 10% des fractures stade IV présentent une paralysie du nerf radial, ulnaire ou du nerf médian.

Prévenir les parents qu'une paralysie peut s'installer à quelques heures voir dans les 48 premières heures du traumatisme.

Pronostic généralement bon, la récupération est habituellement complète dans les 06 mois post traumatique, chez notre malade 10 mois.

CONCLUSION

Les fractures supra condyliennes déplaçées sont des urgences thérapeutiques même en l'absence de trouble vasculo-nerveux immédiats.

Leur PEC rapide favorise la réussite de la réduction par manœuvres externes et diminue les risques des complications secondaires.

Une équipe multidisciplinaire avec des kinésithérapeutes, ergothérapeutes et médecins pour traiter les pathologies neurologiques et locomotrices.

BIBLIOGRAPHIE

https://www.google.fr/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fimages.shdeplayer.fr%2F76%2F14106957%2Fshides22Fs hide_4.jpg&tbid=Hh3DZy7byFc4IM65vet-12ahUKewjwrp3w-fractures%20supracondyliennes.Z3_Ah