

Prise en charge des plaies latérales du genou – Lésion du nerf fibulaire commun

CNT2U – 6 octobre 2023

C. HORTEUR

Introduction

3 risques principaux

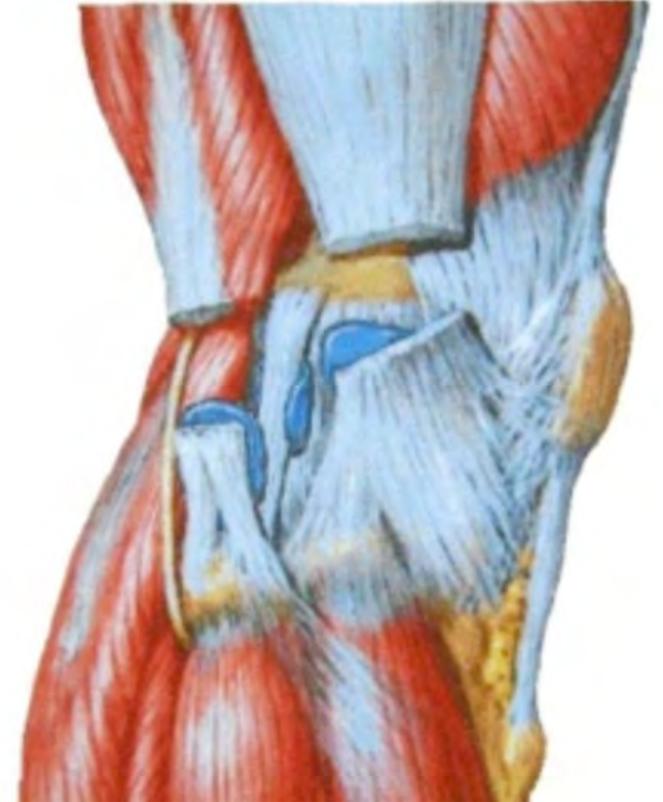
- Plaie articulaire : radio ++ et exploration
→ lavage au bloc



Introduction

3 risques principaux

- Plaie articulaire : radio ++ et exploration
→ lavage au bloc
- Lésion ligamentaires/tendineuses → examen clinique et exploration, rare car protection BIT



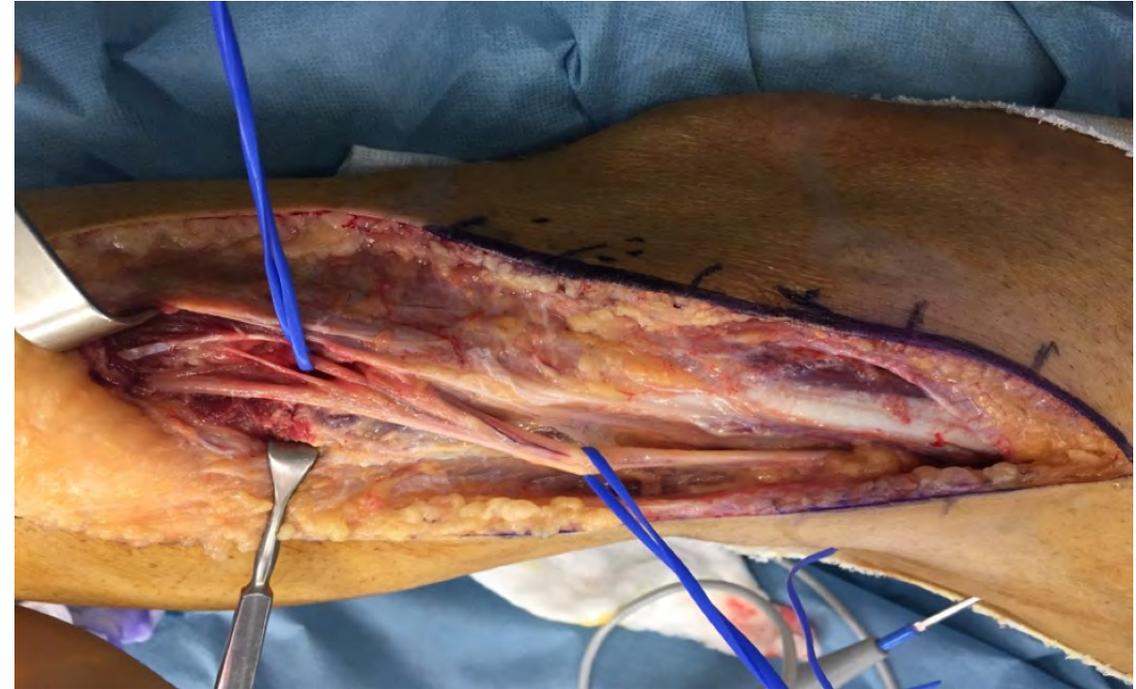
Introduction

3 risques principaux

- Plaie articulaire : radio ++ et exploration
→ lavage au bloc
- Lésion ligamentaires/tendineuses → examen clinique et exploration, rare car protection BIT
- **Lésion nerf fibulaire commun**

Introduction

- Nerf fibulaire commun (NFC) : situation superficielle
- Vulnérabilité aux traumatismes : 1^{ère} lésion nerveuse des membres inférieurs
- Séquelles fonctionnelles en cas de déficit



Introduction

- 2 types de traumatismes:
 - **OUVERTS** : plaie (carre de ski +++)
 - **FERMÉS** : Etirement → Luxation genou, entorse latérale ++
Contusion directe
latrogénie (compression sous plâtre)
Fracture fibula



Introduction

- Examen clinique: **Systematique : plaie latérale genou, entorse latérale**
- **SENSITIF** : face dorsale pied
- **MOTEUR** : Dorsiflexion
(BMRC) Extenseur Hallux
 Extenseur commun des orteils
 Jambier antérieur



Conduite à tenir

- Quand explorer une plaie latérale du genou aux urgences/cabinet ?:
- **Si déficit neurologique** → lavage et suture cutanée sans exploration → centre spécialisé en urgence (24h) + attelle anti équin
- **Si pas de déficit** → lésion sus fasciale → lavage + suture + surveillance
→ Lésion sous fasciale franche → avis centre spécialisé pour exploration au bloc

Conduite à tenir

- Où adresser?
 - **CHU Grenoble Alpes – Service chirurgie main et brûlés**
 - **CH Albertville**
 - **Médipôle de Savoie**
 - **Clinique générale d'Annecy**
 - **Autres centres ?**
- Vérifier disponibilité des chirurgiens

Résultats à 4 ans de recul des traumatismes du nerf fibulaire commun traités par neurolyse, suture directe ou greffe nerveuse

C. Horteur

G. Lateur

A. Forli

D. Corcella

R. Pailhé

D. Saragaglia

Introduction

- Objectif principal
 - ➔ évaluer le taux de **récupération motrice > M3** (BMRC)
- Objectifs secondaires
 - ➔ évaluer : - le taux de récupération sensitive
 - le résultat fonctionnel (score KITAOKA)
 - le délai de récupération
 - ➔ analyse en sous groupe : délai chirurgical / récupération > M3

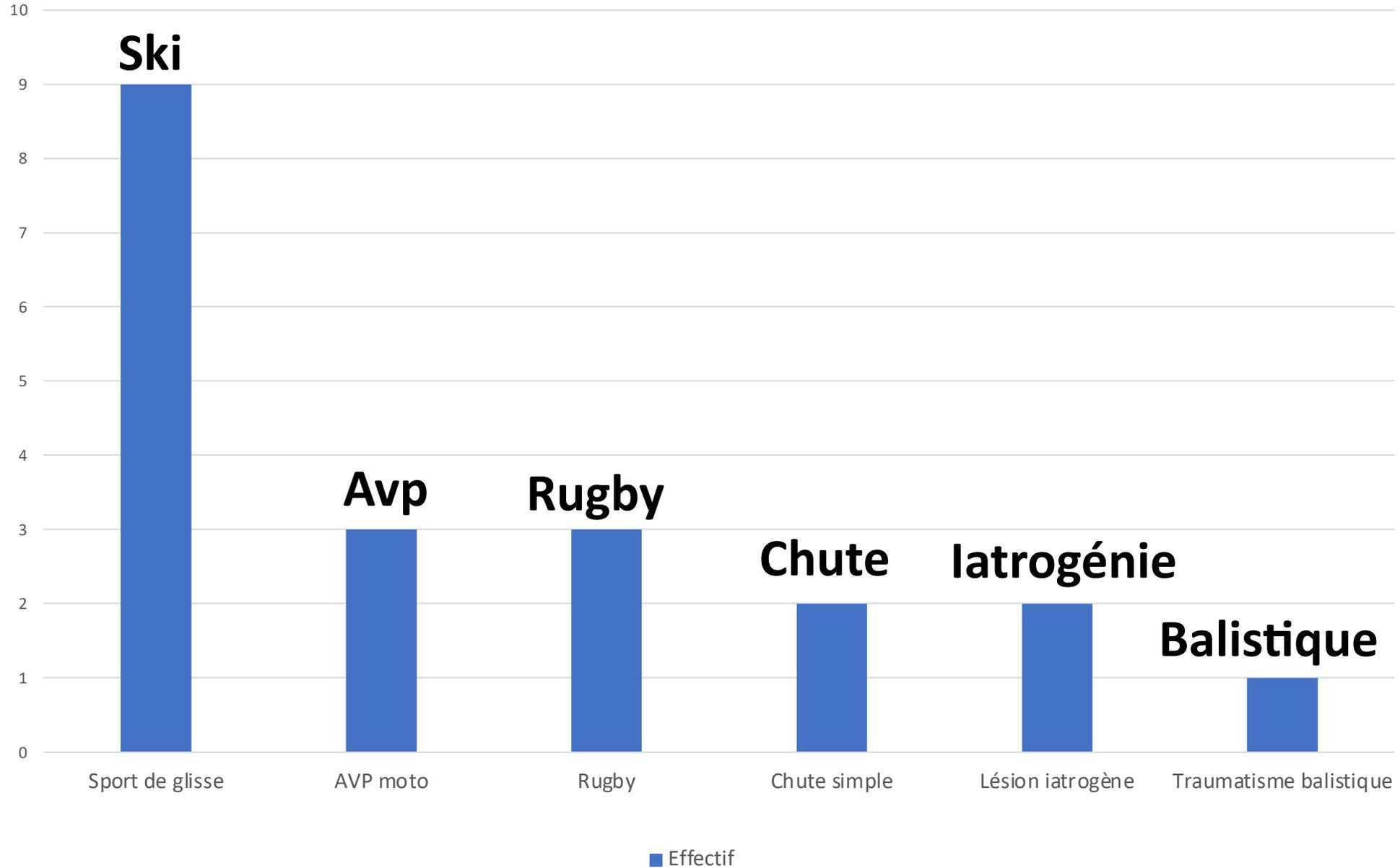
Matériel et méthodes

La série

- Janvier 2004 – Juin 2016
- Critères inclusion
 - ➔ Déficit complet NFC
 - ➔ Prise en charge chirurgicale
 - ➔ Recul > 1 an
- 16 hommes / 4 femmes
- Âge moyen : 35 ± 11 ans (21-59)
- 13 traumatismes fermés / 7 ouverts
- Recul moyen : 48 ± 46 mois (12-144)

39 patients ➔ 19 PDV ➔ **20 Patients**

Etiologies traumatiques



Matériel et méthodes

Prise en charge

Traumatismes **ouverts** : chirurgie **en urgence**

- 5 sections franches (plaies)
- 2 ruptures avec perte de substance (plaies, trauma. balistique)

Traumatisme **fermés** : exploration chirurgicale **différé après ENMG à 3 mois**

- 4 ruptures avec perte de substance (luxations du genou)
- 9 contusions / séquelles de compression locale (luxations, fractures, contusions)



5 sutures directes



6 greffes nerveuses



9 neurolyses

Discussion

Comparaison avec la littérature

- Résultats équivalents pour les neurolyses et sutures
- Résultats moins bon pour les greffes (faible effectif)

Série	Effectif	Neurolyse	Suture	Grefe
Kim et al	278	88%	84%	41%
Birch	150	74%	38%	-
Matejcik et al	40	90%	75%	25%
Gosk et al	43	63%	0%	56%
Seidel et al	38	72%	-	28%
Notre étude	20	78%	80%	0%

Conclusion

