

La prise en charge chirurgicale du membre supérieur de l'enfant dans la paralysie cérébrale et les maladies neuromusculaires

CAROLINE LECLERCQ

Chirurgien du membre supérieur
Présidente de l'Institut de la Main
Paris, France

Résumé

La chirurgie n'est pas fréquemment indiquée dans le traitement de la spasticité du membre supérieur chez l'enfant.

Les indications en sont diverses : déformation orthopédique résistante ou en aggravation malgré un traitement conservateur bien conduit, demande d'amélioration fonctionnelle supplémentaire, alternative à la toxine botulinique à répétition et, surtout chez les adolescents, demande d'amélioration esthétique. Dans les cas de déformation sévère avec raideurs multiples, il peut s'agir d'une indication de confort pour traiter des phénomènes douloureux et faciliter le nursing.

Les indications opératoires ne sont retenues qu'après un examen clinique multidisciplinaire détaillé, parfois répété après injection de toxine botulinique. Cet examen permet d'identifier toutes les composantes de la déformation : spasticité proprement dite, rétractions musculaires, déformations articulaires (raideur, ou au contraire hyperlaxité) et paralysie ou pseudo-paralysie des groupes musculaires antagonistes. Il recherche également d'éventuels mouvements anormaux qui représentent habituellement une contre-indication à la chirurgie.

La toxine botulinique est utile pour distinguer spasticité et rétraction musculaire, particulièrement quand la spasticité est importante, pour démasquer la spasticité de certains groupes musculaires difficiles à évaluer (interosseux), pour évaluer des antagonistes pseudo-paralysés et pour simuler dans une certaine mesure les résultats de la chirurgie.

Chaque élément de la déformation requiert un traitement spécifique, le but étant de rééquilibrer les forces s'exerçant autour de l'articulation.

La spasticité est accessible à la neurectomie partielle, sélective ou hypersélective.

Les rétractions musculaires bénéficient d'allongements musculaires, musculo-tendineux ou intra-tendineux.

Les antagonistes paralysés peuvent être réanimés par transfert musculo-tendineux, à condition de disposer d'un muscle donneur adéquat.

Les hyperlaxités articulaires (pouce, doigts longs) peuvent nécessiter une stabilisation. Enfin, dans

certains cas de déformation majeurs du poignet en flexion, une arthrodèse partielle ou totale du poignet peut être nécessaire. Ces différents gestes sont souvent associés dans une même séance opératoire.

La rééducation nécessite une prise en charge spécialisée, associant physiothérapie et ergothérapie.

L'âge de l'intervention est critique quand il s'agit de chirurgie fonctionnelle, une prise en charge précoce favorisant une meilleure intégration des nouvelles possibilités fonctionnelles du membre supérieur.

DOI : 10.34814/sofop-2023-011