



Ensemble avec le jeune et sa famille

Bienvenue à la clinique surspécialisée du plexus brachial

Cette brochure s'adresse aux parents, aux référents et aux partenaires.

Personne-ressource :

Nom : _____

Poste : _____

Pour plus de renseignements, contacter le programme des amputés et lésions musculo-squelettiques au 514 374-1710 poste 8447.

Brochure réalisée par l'équipe de la clinique du plexus brachial :

Francine Bérubé, coordonnatrice clinique
Dre Chantal Janelle, chirurgienne orthopédiste
Éliane Jean-Ricard, physiothérapeute
Tatiana Kitsikis, travailleuse sociale
Claire Lastère, ergothérapeute
Dre Jenny Lin, chirurgienne plastique
Annie-Claude Ranger, ergothérapeute
Sandra Sanchez, physiothérapeute
Dr Constantin Stanciu, chirurgien orthopédiste



Centre de réadaptation
Marie-Enfant

CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant


Université
de Montréal

5200, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1T 1C9
Tél. : 514 374-1710
www.crme-sainte-justine.org
crme-web.hsj@sss.gouv.qc.ca

L'information contenue dans cette brochure concerne principalement les lésions du plexus brachial reliées à l'accouchement.





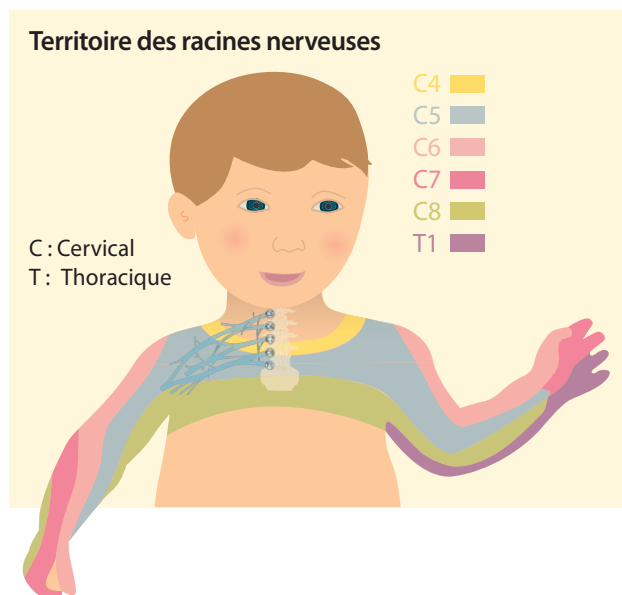
La clinique du plexus brachial fait partie du programme des amputés et des lésions musculo-squelettiques (AMS) du Centre de réadaptation Marie-Enfant (CRME) et dessert la clientèle âgée de 0 à 18 ans provenant de toutes les régions.

L'équipe est composée de médecins spécialistes en chirurgie orthopédique et en chirurgie plastique, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, d'un travailleur social, ainsi que d'un coordonnateur clinique.

Voici quelques informations permettant de mieux comprendre l'atteinte du jeune et de connaître le déroulement d'une visite à la clinique.

Qu'est-ce que le plexus brachial ?

Le plexus brachial est le nom donné aux cinq racines nerveuses (C5, C6, C7, C8 et T1) qui originent de la moelle épinière au niveau du cou et qui se dirigent vers le membre supérieur (bras, avant-bras et main). Le plexus brachial transporte les messages électriques qui activent les muscles qui font bouger le membre supérieur. Il donne aussi au cerveau l'information sur le sens du toucher, le chaud, le froid et la douleur.

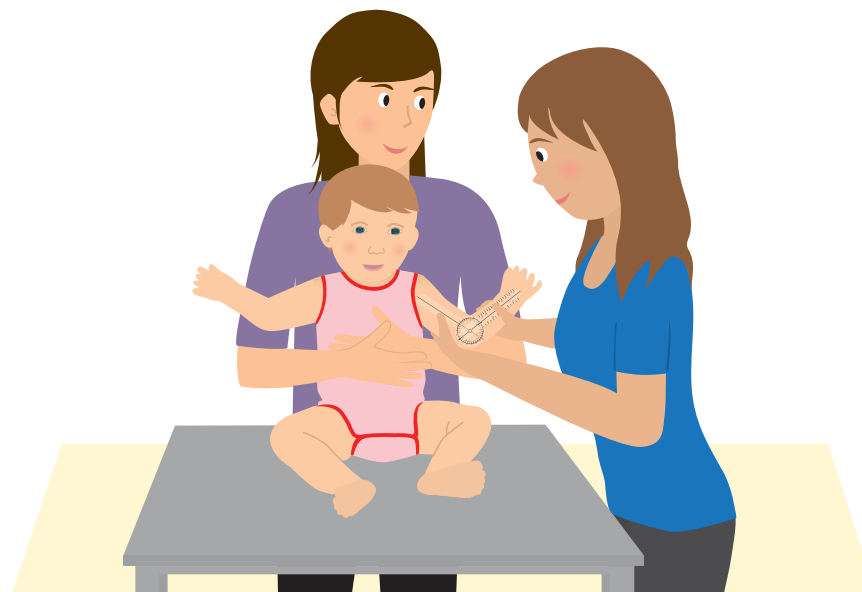


Par la suite, des recommandations sont émises pour améliorer le fonctionnement ou diminuer les manifestations et les complications (ex.: tests d'investigation supplémentaires, exercices, orthèse, intervention chirurgicale au besoin). Finalement, le prochain rendez-vous est planifié.

Le coordonnateur clinique s'assure du cheminement des recommandations et fait le lien entre les différents partenaires impliqués auprès du jeune.

En signant un formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier, le parent peut obtenir une copie du rapport d'évaluation clinique pour lui-même, pour son médecin traitant ou pour un intervenant en réadaptation de sa région.

Une référence médicale ou professionnelle est requise pour être inscrit au programme AMS et doit être acheminée par télécopieur à l'Accueil-Évaluation-Orientation du CRME au 514 723-7127.



En général, deux ans après la lésion, la phase de récupération nerveuse est terminée. Le retour moteur a atteint son potentiel de récupération, mais peut laisser des limitations physiques ou fonctionnelles dans certains cas. Des raideurs peuvent aussi s'installer durant la période de croissance, c'est pourquoi un suivi en clinique est requis.

Les objectifs de la clinique

- Préciser le diagnostic, évaluer le degré de sévérité de la lésion et recommander le traitement indiqué;
- Analyser, avec les parents et le jeune, les difficultés rencontrées dans la réalisation des habitudes de vie et donner un support à la famille durant la réadaptation;
- Favoriser l'adaptation du jeune et de ses proches aux séquelles possibles d'une atteinte du plexus brachial.

Comment se déroule un rendez-vous à la clinique ?

Le jeune est évalué par un ou des médecins spécialistes de la clinique (chirurgiens orthopédiste et plastique) accompagnés d'un ergothérapeute et d'un physiothérapeute. Au besoin, le travailleur social offre du soutien au jeune et à sa famille et s'assure de leur compréhension de la situation. Ensemble, ils procèdent à une évaluation du jeune qui comprend entre autres :

- La mesure des mouvements du membre supérieur atteint (le port d'une camisole facilite l'examen);
- L'évaluation de ses capacités à réaliser les activités de son âge (autonomie);
- Des questions sur son développement;
- Des questions sur son suivi en réadaptation.

Comment survient une lésion du plexus brachial ?

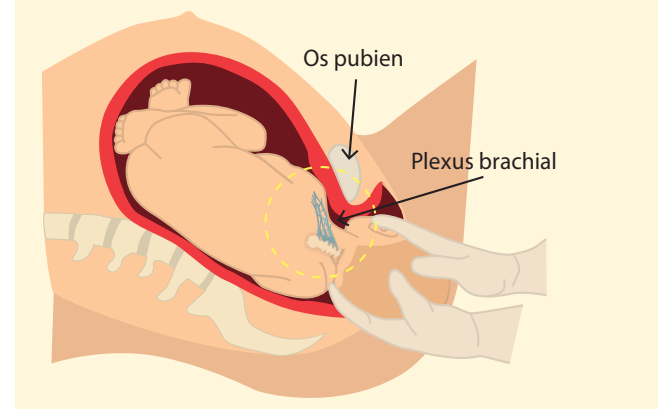
Une lésion du plexus brachial peut survenir lors d'un accident ou d'un accouchement difficile. Les nerfs du plexus brachial sont alors étirés, déchirés ou arrachés. Suite à cette blessure, les messages électriques passent peu ou pas du tout vers les muscles du membre supérieur. Les mouvements de l'épaule, du coude, du poignet ou des doigts sont alors diminués ou absents.

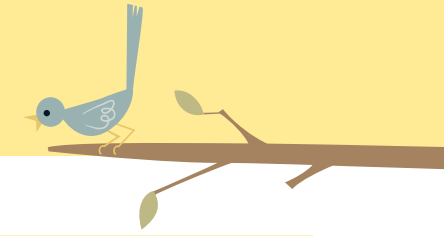
Un accouchement difficile peut être associé à la difficulté de passage des épaules lors de la naissance (dystocie des épaules). Une fracture de la clavicule ou de l'os du bras, appelé humérus, peut parfois survenir.

Selon la littérature, dans plus de la moitié des cas, les facteurs de risque suivants sont associés au passage difficile des épaules lors de la naissance :

- Bébé avec un poids supérieur à 4 kg (8 livres 8 onces);
- Diabète ou diabète de grossesse chez la mère;
- Accouchement à plus de 40 semaines de gestation;
- Obésité chez la mère;
- Mère de petite constitution.

Dystocie de l'épaule due à une blessure à la naissance





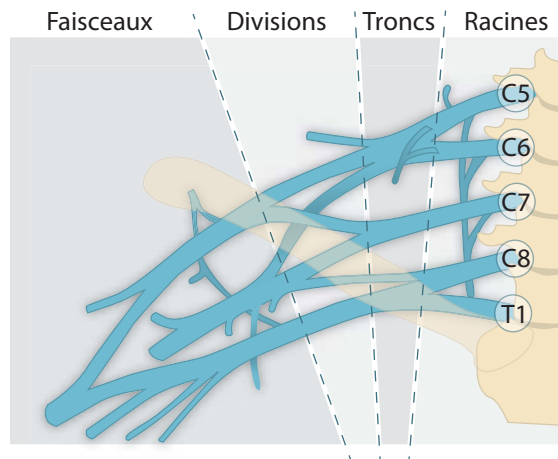
Quels sont les types de lésions ?

Paralysie partielle ou supérieure

Elle est aussi connue sous le nom de paralysie haute ou paralysie d'Erb. À la naissance, l'épaule ne bouge pas bien et le bras est gardé le long du corps. Par contre, les doigts bougent normalement. Les racines nerveuses C5 et C6 sont touchées. Ce type de lésion est le plus fréquent.

Paralysie complète ou totale

Toutes les parties du membre supérieur bougent peu ou ne bougent pas du tout. Toutes les racines nerveuses sont touchées (C5, C6, C7, C8 et T1). Dans les cas les plus sévères, ce type de lésion s'accompagne d'un syndrome de Horner (pupille de l'œil plus petite).



C : Cervical
T : Thoracique

Sévérité de la lésion

Plusieurs facteurs influencent le degré de sévérité de la lésion :

1. Le nombre de racines nerveuses atteintes :
 - Plus il y a de racines nerveuses atteintes, plus il y a de muscles qui ne fonctionnent pas.
2. La nature de la lésion (de la moins sévère à la plus sévère) :
 - L'étirement simple ou l'écrasement de la racine nerveuse;
 - Le déchirement ou la rupture (partielle ou complète) de la racine nerveuse;
 - L'arrachement complet de la racine nerveuse de la moelle épinière.

La phase de récupération

Lorsqu'une lésion du plexus brachial est diagnostiquée à la naissance, il est difficile de prédire l'amélioration des mouvements du membre supérieur. Même une absence importante de mouvements peut s'améliorer et laisser peu de limitations à long terme. En effet, 75 à 90% des jeunes avec une atteinte du plexus brachial à la naissance récupèrent d'eux-mêmes en quelques semaines ou quelques mois.

La lésion du plexus brachial est une lésion nerveuse qui nécessite une prise en charge rapide, car certains traitements doivent se faire en bas âge (avant un an) pour assurer une meilleure récupération des mouvements.

L'identification du degré de sévérité de la lésion dans les semaines qui suivent la naissance apporte plus de précisions sur le pronostic de récupération. Ainsi, un étirement ou un écrasement de la racine nerveuse récupère habituellement avant l'âge de trois mois. Par contre, un déchirement ou une rupture de la racine nerveuse nécessite plus de temps puisque la racine doit repousser lentement jusqu'aux muscles. Dans ce cas, différents traitements peuvent être proposés (ex. : exercices, orthèse, chirurgie). Finalement, un arrachement complet de la racine n'offre jamais de récupération motrice. Des indications de chirurgie et des moyens pour préserver l'état du membre supérieur sont aussi suggérés (ex. : orthèse, exercices de mobilisation).