

## La paralysie périnatale du plexus brachial



Société  
canadienne  
de pédiatrie

English on page 111

La paralysie périnatale du plexus brachial (PPPB), également connue sous le nom de paralysie obstétricale du plexus brachial, est une paralysie flasque du bras à la naissance, touchant divers nerfs du plexus brachial innervés par les racines C5 à T1. Cette paralysie survient dans 0,42 à 5,1 cas pour 1 000 naissances vivantes. Une analyse bibliographique des essais aléatoires et contrôlés, des examens systématiques et des méta-analyses sur la prévention et le traitement de la PPPB a été exécutée. Les données de base sur lesquelles le présent document de principes se fonde se trouvent dans l'article d'Anderson et coll. (1).

Il n'existe pas d'études prospectives sur la cause ou la prévention de la PPPB. Bien que les traumatismes survenant à la naissance en soient le plus souvent responsables, des données probantes laissent supposer que la PPPB peut survenir avant l'accouchement. La PPPB s'associe à la dystocie des épaules, à la macrosomie fœtale, au diabète de la mère et à un accouchement instrumenté. Cependant, aucune association causale n'a pu être prouvée. D'après des données probantes récentes, l'évolution naturelle n'est pas favorable chez 20 % à 30 % de ces nourrissons, puisqu'ils auront des déficits résiduels. Ces constatations vont à l'encontre des estimations antérieures, selon lesquelles plus de 90 % se rétablissent complètement. Si l'examen physique démontre une récupération incomplète avant trois ou quatre semaines de vie, la récupération complète est peu probable. Aucun essai aléatoire et contrôlé ne porte sur la prise en charge non chirurgicale. De plus, aucune étude aléatoire ne démontre que la chirurgie exploratoire primaire du plexus brachial est préférable à une prise en charge conservatrice en ce qui a trait au devenir. Toutefois, d'après les résultats d'études non aléatoires, les enfants atteints de graves lésions s'en sortiraient mieux après une reconstruction chirurgicale. Les reconstructions chirurgicales secondaires sont moins efficaces que l'intervention primaire, mais elles peuvent tout de même améliorer la fonction du bras des enfants présentant une atteinte marquée.

### COMITÉ D'ÉTUDE DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ (2004-2005)

**Membres :** Docteurs Khalid Aziz (représentant du conseil), département de pédiatrie (néonatalogie), Janeway Children's Health and Rehabilitation Centre, St John's (Terre-Neuve-et-Labrador); Keith J Barrington (président), Hôpital Royal-Victoria, Montréal (Québec); Haresh Kirpalani, Children's Hospital – Hamilton HSC, Hamilton (Ontario); Shoo K Lee, BC's Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique); Koravangattu Sankaran, Royal University Hospital, Saskatoon (Saskatchewan); John Van Aerde, Walter Mackenzie Health Sciences Centre, Edmonton (Alberta) (1998-2004); Robin Whyte, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Représentants :** Docteurs Lillian Blackmon, faculté de médecine de l'université du Maryland, Baltimore (Maryland) États-Unis (comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, American Academy of Pediatrics); Catherine McCourt, Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Santé Canada, Ottawa (Ontario) (Santé Canada); David Price, Hamilton (Ontario) (comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Collège des médecins de famille du Canada); Alfonso Solimano, BC's Children's Hospital, Vancouver, (Colombie-Britannique) (section de la médecine néonatale et périnatale, Société canadienne de pédiatrie); madame Amanda Symington, Hamilton Health Sciences Centre – site McMaster, Hamilton (Ontario) (infirmières néonatales)

**Auteurs principaux :** Docteurs John Van Aerde, Walter Mckenzie Health Sciences Centre, Edmonton (Alberta); John Andersen, Stollery Children's Hospital, Edmonton (Alberta); Joe Watt, Stollery Children's Hospital, Edmonton (Alberta); Jaret Olson, Stollery Children's Hospital, Edmonton (Alberta)

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes.

Correspondance : Société canadienne de pédiatrie, 2305, boulevard St Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8, téléphone : 613-526-9397, télécopieur : 613-526-3332, Internet : [www.cps.ca](http://www.cps.ca), [www.soinsdenosenfants.cps.ca](http://www.soinsdenosenfants.cps.ca)

### RECOMMANDATIONS ET LIGNES DIRECTRICES

- Pour favoriser des attentes parentales réalistes, il est important d'expliquer clairement la nature de la lésion nerveuse et des séquelles potentielles. Ces explications devraient inclure l'information suivante :
  - il n'est pas toujours possible de prévenir la PPPB;
  - 75 % des nourrissons récupèrent complètement au cours du premier mois;
  - 25 % souffrent d'une atteinte et d'une incapacité permanentes.
- Si l'examen physique révèle une récupération incomplète à la fin du premier mois, l'aiguillage vers une équipe multidisciplinaire du plexus brachial s'impose. L'équipe devrait inclure des neurologues ou des physiatres, des thérapeutes en réadaptation et des chirurgiens plasticiens.
- Puisque aucun essai aléatoire et contrôlé n'évalue la prise en charge non chirurgicale par rapport à l'exploration chirurgicale primaire, le pronostic et la décision d'entreprendre une exploration chirurgicale primaire plutôt qu'une prise en charge non chirurgicale doivent dépendre de l'histoire de cas, de l'électrodiagnostic, de l'imagerie diagnostique et de l'examen physique effectués par l'équipe multidisciplinaire.
- La chirurgie reconstructive secondaire des tissus mous et des os peut améliorer la fonction des enfants qui ont une atteinte importante, mais elle est moins efficace que l'intervention primaire.
- Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour prévenir la lésion, améliorer les indicateurs prédictifs d'une récupération naturelle et établir de meilleurs critères de chirurgie, de prise en charge non chirurgicale et de mesure du devenir.

### RÉFÉRENCE

1. Andersen J, Watt J, Olson J, Van Aerde J. Perinatal brachial plexus palsy. *Paediatr Child Health* 2006;11:93-100.