

Semaine à l'étranger

par le Dr Marjorie Dufaux, médecin généraliste, 5170 Lesve

Marbella, du 27 mars au 3 avril 2011

TRAUMATOLOGIE

Fracture du scaphoïde

Les fractures du scaphoïde qui se situent au niveau du tiers moyen et distal (c'est-à-dire proches du carpe) consolident bien, et ce, grâce à la bonne vascularisation de cette région de l'os. Par contre, les fractures du tiers proximal consolident mal, et peuvent évoluer en pseudarthroses. Les nécroses y sont également plus fréquentes.

La fracture du scaphoïde survient à un âge moyen de 25 ans et 80% sont des sujets de sexe masculin. Il s'agit le plus souvent d'un accident de sport ou d'un accident de la voie publique.

L'examen clinique recherche trois signes :

- comblement par œdème de la tabatière anatomique avec douleur à la pression ;
- manœuvre du piston (avec le pouce) douloureuse ;
- pronation contre résistance douloureuse.

Aucun de ces signes n'a de valeur isolément. On note par ailleurs une impotence fonctionnelle.

La radiographie standard face et profil de la main n'est pas suffisante pour poser le diagnostic. Une incidence spéciale est nécessaire pour tenter de mettre en évidence la fracture. C'est une incidence perpendiculaire au grand axe du scaphoïde. Une radiographie en stress (traction sur le pouce) peut permettre d'ouvrir le trait de fracture et donc de mieux visualiser celle-ci. Si la suspicion clinique est présente avec une radiographie normale, on peut immobiliser 2 semaines par un plâtre et, ensuite, recontrôler la radiographie hors plâtre ensuite. Des examens complémentaires peuvent s'avérer utiles. La RMN est la plus sensible et la plus spécifique. La scintigraphie peut révéler la fracture de même qu'un scanner.

Le traitement chirurgical est proposé dans les cas de fractures déplacées et les fractures du pôle proximal

D'après un atelier de traumatologie, par le Dr Kathleen Hutsebaut, orthopédiste à Bruxelles.

Sensibilité de la main

Un examen clinique rapide permet de situer rapidement une lésion de l'innervation au niveau de la main.

Le **nerf radial** est un extenseur de la main, on peut donc rechercher une lésion en testant l'extension de la main du patient contre résistance.

Le **nerf cubital** innerve les interosseux. On recherche donc une lésion en demandant au patient d'écartier les cinq doigts.

Le **nerf médian** innerve l'opposant du pouce. En cas de lésion, le patient ne sait plus faire « OK » entre le pouce et l'index (test de la boucle).

D'après un atelier de traumatologie, par le Dr Kathleen Hutsebaut, orthopédiste à Bruxelles, Hôpital Iris Sud site Molière.

LOMBO-SCIATALGIES PROFESSIONNELLES

Fonds des maladies professionnelles

Le Fond des maladies professionnelles (FMP) assure une réparation des dommages résultant des maladies professionnelles et promeut la prévention de celles-ci. Il existe une liste belge des maladies professionnelles indemnifiables et un système ouvert pour des cas exceptionnels qui ne font pas partie de la liste actuelle.

Le FMP n'accorde jamais une double réparation pour une même pathologie. Ainsi, il n'indemnise pas un accident de travail reconnu.

Tout le monde ne peut pas être indemnisé par le FMP : les indépendants, les militaires et les statuts spéciaux comme la SNCB n'ont ainsi pas droit à une indemnisation.

Il est impératif de bien remplir le formulaire. En cas d'erreur, un classement vertical s'opère et il faut recommencer les démarches. Il faut, en moyenne, un

an et demi pour être indemnisé. Généralement, c'est le médecin du travail qui remplit le formulaire avec le patient. Il faut particulièrement veiller à utiliser les nouveaux formulaires, à bien faire signer la demande d'indemnité au patient, à joindre les examens (même normaux) ainsi qu'un rapport clinique circonstancié (descriptif des plaintes et anomalies de l'examen clinique) rédigé par le médecin traitant, qui connaît et suit l'évolution du patient. Même en cas de mise au point normale, une clinique, si elle est contributive, peut aider le patient à être indemnisé.

La demande est prise en compte par le FMP et est écartée d'emblée si le patient est indépendant ou si la demande n'est pas correctement remplie ou non signée par ce dernier. Il faut veiller à bien indiquer la pathologie pour laquelle le patient demande une réparation. Une mauvaise formulation mène au refus et oblige le médecin à recommencer la démarche. Par exemple : demander une réparation pour lombalgie est refusé. Il faut stipuler une des 3 pathologies reconnues du syndrome mono ou polyradiculaire de la liste (maladie 1.605.03).

Certaines maladies sont en attente pour être incluses prochainement dans la liste du FMP dont les tendinites (PSH, épicondylites, tendinite de Quervain...).

D'après l'exposé du Dr Kathleen Hutsebaut, orthopédiste à Bruxelles, Hôpital Iris Sud site Molière.

Pathologies lombaires et FMP

La maladie 1.605.03 reconnaît un syndrome mono ou poly-radicaire objectivé comme pathologie indemnisée par le FMP. Il peut s'agir :

- d'une sciatique ;
- d'un syndrome de la queue de cheval ;
- d'un syndrome du canal lombaire étroit.

Ces lésions peuvent être consécutives à une hernie discale dégénérative provoquée par le port de charges lourdes ou des vibrations mécaniques transmises au corps par le siège. Il est impératif que le syndrome radicaire se produise

pendant l'exposition au risque professionnel ou au plus tard un an après la fin de cette exposition.

Elles peuvent aussi être consécutives à une spondylose ou spondylarthrose dégénérative **précoce** aux niveaux L4-L5 ou L5-S1, provoquées par le port de charges lourdes ou des vibrations mécaniques. La notion de «précocité» est importante: l'arthrose doit s'être manifestée radiologiquement avant l'âge de 40 ans (ou aux alentours de 40 ans). Cet âge a été retenu sur base de l'étude de Dupuis et Zerlett en 1987 qui a établi une probabilité de corrélation radiographie-exposition en fonction de l'âge:

- 47% pour les 32-34 ans;
- 23% pour les 35-39 ans;
- 17% pour les 40-49 ans.

Il est essentiel de joindre une radiographie face + profil de la colonne lombaire réalisée avant l'âge de 40 ans au dossier introduit au FMP.

Il faut atteindre au minimum un degré 3 de gravité sur l'échelle de Kellgren/Copeman pour que la lésion soit qualifiée de spondylarthrose dégénérative précoce et **significative**.

- degré 0 (pas d'arthrose): hauteur discale normale sans ostéophyte;
- degré 1 (douteux): usure disco-vertébrale antérieure, ostéophytose débutante;
- degré 2 (minime): nette altération disco-vertébrale antérieure, ostéophytose et minime pincement discal;
- degré 3 (moyen): affaissement discal significatif (1/3), ostéophytose et sclérose sous-chondrale;
- degré 4 (sévère): ostéophytes développés, affaissement discal important (> 1/3) et sclérose des plateaux vertébraux.

D'après l'exposé du Dr Kathleen Hutsebaut, orthopédiste à Bruxelles, Hôpital Iris Sud site Molière.

Canal lombaire étroit

Le canal lombaire étroit est une maladie acquise dans 95% des cas. Il s'agit d'une compression des racines nerveuses ou de la moelle dans un canal rachidien trop étroit. Les niveaux le plus souvent atteints sont L3-L4 et L4-L5, et, plus rarement, L1-L2 ou L5-S1.

La sténose est relative si le calibre du canal est < 10 mm, significative si ce calibre est < 8 mm et sévère s'il est < 6 mm.

L'anamnèse recherche:

- une claudication neurogène (syndrome de Verbiest) avec diminution du périmètre de marche, douleurs et faiblesse des membres inférieurs disparaissant en position assise;
- une camptocormie (signe du caddie): cyphose lombaire réductible;
- une lombalgie debout aggravée par la marche;
- une cruralgie ou sciatgie uni- ou bilatérale qui peut évoquer une hernie discale. Le diagnostic différentiel se fait avec le valsava et le Lasègue qui sont ici négatifs;
- des paresthésies des membres inférieurs (brûlures, engourdissements, fourmillements, picotements parfois nocturnes);
- plus rarement, des troubles sphinctériens (dysurie, pollakiurie, incontinence) ou une érection à la marche.

L'EMG peut parfois être négative, elle devrait pouvoir être réalisée en position debout! Par contre, la normalité de l'examen ne contre-indique pas contre pas l'indemnisation par le FMP.

D'après l'exposé du Dr Kathleen Hutsebaut, orthopédiste à Bruxelles, Hôpital Iris Sud site Molière.

Système ouvert du FMP

Ce système permet d'introduire des demandes de réparation pour des maladies qui ne figurent pas sur la liste des maladies reconnues par le FMP belge.

Il s'agit de cas exceptionnels et la procédure est très longue et difficile. La victime doit prouver le lien causal sans qu'il n'y ait aucun doute. La cause doit être déterminante (prépondérante) et directe (indiscutable). L'exposition professionnelle doit être suffisante en intensité et en durée.

Le patient doit rédiger un rapport où il décrit sa carrière, son travail et tous les mouvements qu'il réalise en détail. L'analyse tient compte de la vie de famille et des contraintes privées.

Un ingénieur est également chargé d'évaluer l'exposition professionnelle du patient via différentes méthodes de calculs, des témoignages de collègues, des photos ou des vidéos.

D'après l'exposé du Dr Kathleen Hutsebaut, orthopédiste à Bruxelles, Hôpital Iris Sud site Molière.