

Résumé :

Suite à un accident de voiture datant du 23/09/2014 nous recevons Mr E. 45 ans, qui présente des fractures multiples du fémur, du tibia, de la fibula et des os du pied du membre inférieur gauche, ainsi que des fractures du membre supérieur gauche. Ces nombreuses fractures ont entraîné une lésion du nerf fibulaire commun et du nerf radial gauches. On note la présence de fractures des côtes 4, 5, 6, 7 à gauche et de la 6^{ème} côte et du calcanéum à droite.

Au moment de notre prise en charge nous sommes à J+7 mois de l'accident, l'appui complet est autorisé sur les 2 membres inférieurs et la consolidation est acquise pour toutes les fractures. Il persiste néanmoins des troubles trophiques au niveau des membre inférieur et supérieur gauches. Les nerfs radial et fibulaire commun gauches ont subi un axonotmésis, pour ce type de lésion la récupération est lente et incertaine, dans le cas de notre patient le nerf radial est en phase de repousse en début de prise en charge et le nerf fibulaire commun est en attente de repousse. Le bilan a mis en avant des déficits de force au niveau des membres inférieur et supérieur gauches, des déficits de mobilité importants au niveau de l'épaule, de la cheville et du genou gauches, qui ont entraîné une gêne importante lors des activités de la vie quotidienne et de la marche.

L'importance des lésions nerveuses et orthopédiques nous a menés vers une prise en charge plutôt fonctionnelle qu'analytique, pour améliorer au mieux la qualité de vie ainsi que le périmètre et la qualité de la marche. La complexité de cette prise en charge nous a amené à nous questionner sur la place du masseur kinésithérapeute face à ce type de pathologie dont la récupération est incertaine. Ce délai de récupération est d'autant plus important dans le cas de notre patient car le versement des indemnités liées à l'arrêt de travail ne dure que 18 mois.