

LA PATHOLOGIE DU COUDE DANS LE CADRE DE LA MP 57

Dr. Renaud GRAVIER- Chirurgien orthopédiste- Marseille

Compression du nerf ulnaire au coude

Anatomie clinique

La compression du nerf ulnaire au niveau du membre supérieur peut survenir au niveau du coude ou plus distalement au niveau du poignet à son passage dans le tunnel de Guyon. La compression au niveau du canal ulnaire au coude est cependant de loin la plus fréquente.

Le canal cubital débute au niveau de la gouttière cubitale en arrière de l'épicondyle médial. A il est constitué de d'un fascia composé de plusieurs épaisseurs tendu au dessus de la gouttière osseuse. Le nerf ulnaire plonge ensuite entre les deux chefs du flexor capi ulnaris (FCU) sur le corps musculaire du flexor digitorum profundus.

Le tunnel cubital est classiquement divisé en trois zones de compression possible: l'entrée à la face postérieure de l'épicondyle, la zone sous aponévrotique et le passage dans le FCU.

En amont d'autre zones de compression existent, au niveau du bord interne du triceps, ou de l'arcade de Struthers.

Diagnostic clinique

Le syndrome de compression du nerf ulnaire au coude entraîne de manière quasi systématique des douleurs irradiant de la face interne du coude vers le bord ulnaire de l'avant bras.

Ces symptômes s'accompagnent de dysesthésies ou plus rarement d'une anesthésie dans le territoire d'innervation du nerf ulnaire au niveau du cinquième doigt et de la moitié du quatrième. L'hyperflexion du coude en supination reproduit la sensation de fourmillement au niveau des deux derniers doigts.

La douleur est reproduite à la percussion du nerf à la face interne du coude. La palpation doit d'autre part rechercher une instabilité du nerf qui se luxe alors en avant de l'épicondyle lors de la flexion du coude au delà de 90°.

Une amyotrophie des muscles interosseux est plus rarement présente en cas de compression sévère.

Diagnostic para clinique

L'électromyogramme est l'examen de référence. Il va rechercher une diminution des vitesses de conduction sensitive et motrice au niveau du canal ulnaire.

Cet examen doit être fait si possible en position de flexion du coude pour reproduire la compression mécanique responsable la symptomatologie.

Si la réalisation de cet examen est indispensable à la prise de décision il ne doit toutefois pas à lui seul faire porter l'indication opératoire qui reste avant tout clinique.

Une radiographie du coude devra être réalisée de manière systématique afin de rechercher une problème osseux sous jacent, en particulier, en cas d'antécédents traumatiques.

Une échographie peut être utile en cas de suspicion de compression tumorale (ganglion, lipome).

Étiologie

L'apparition d'un syndrome de compression peut être en relation avec un traumatisme direct survenant sur un terrain favorisant décompensant un état limite par la création d'un hématome puis d'une réaction inflammatoire passant à la chronicisation.

Le plus souvent il s'agit cependant d'appuis répétés sur la face interne du coude, de travail en flexion prolongée ou de mouvements de flexion-extension répétitifs entraînant l'apparition des symptômes.

Traitement médical

Indiqué en premier lieu en l'absence de signes moteurs cliniques ou électromyographiques.

L'essentiel du traitement médical réside dans des conseils simples de maintien du coude en rectitude en particulier la nuit et le plus souvent possible dans la journée en évitant les position de flexion prolongée. Un exemple simple étant l'utilisation d'écouteurs dans le cas des standardistes pour éviter le port du téléphone.

On peut y adjoindre la confection d'orthèses en extension souples à port nocturne, pour une durée de deux à trois mois; les attelles rigides en prono-supination neutre à 70° de flexion étant plus difficile à faire accepter de jour comme de nuit, même pour un mois.

La résolution de symptômes survient alors en règle générale dans 40 à 50% des cas.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical, ou de signes moteurs cliniques ou électriques.

De multiples techniques ont été décrites reposant toute sur les mêmes principes.

En cas d'absence d'instabilité du nerf une libération simple au niveau du canal cubital est préconisée en prenant soin de prolonger la neurolyse distale jusqu' à la naissance des branches à destinée motrice. Certains proposent une ostéotomie de l'épicondyle dans le plan frontal.

En cas d'instabilité, une transposition du nerf est alors nécessaire en sous cutané ou sous musculaire.

Le bras est ensuite immobilisé dans une simple écharpe antalgique pendant 7 à 10. Une immobilisation un peu plus longue et une réadaptation progressive étant nécessaire en cas de transposition.

Les suites sont en général simples avec un arrêt de travail n'excédant pas 3 semaines pour les libérations simples et pouvant aller jusqu' à 6 semaines ou deux mois en cas de geste osseux ou musculaire associé.

Le geste opératoire est en règle générale efficace dans plus de 80 à 90% des cas.