

Syndrome du nerf ulnaire au coude

Dr L. Ardouin

Dr A. Fournier

Dr F-A. Lecoq

Dr P. Bellemère

Dr E. Gaisne

Dr M. Leroy

Dr Y. Bouju

Dr Y. Kerjean

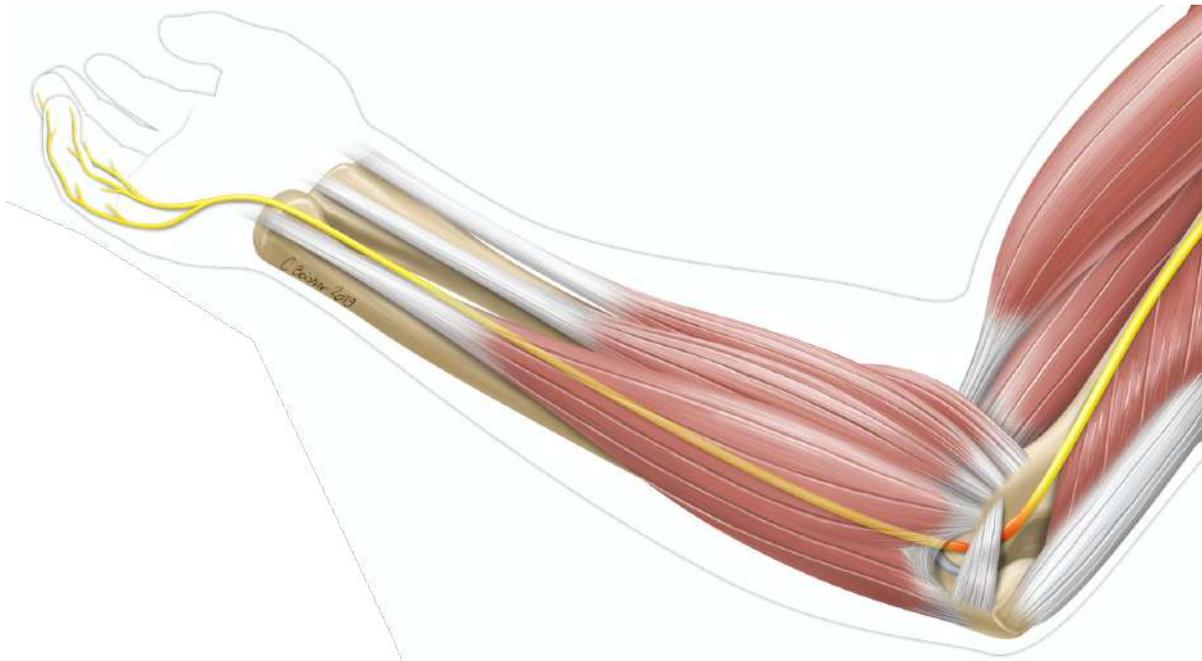
Dr T. Loubersac

LA PATHOLOGIE :

Au niveau du coude, le **nerf ulnaire** ou **nerf cubital** est pratiquement sous-cutané donc facilement vulnérable. Il passe en arrière de l'axe de rotation du coude dans une **gouttière épitrochléo-olécranienn**e puis s'engage sous diverses arcades fibreuses du muscle fléchisseur ulnaire du carpe à la partie haute de l'avant-bras sur son versant interne.

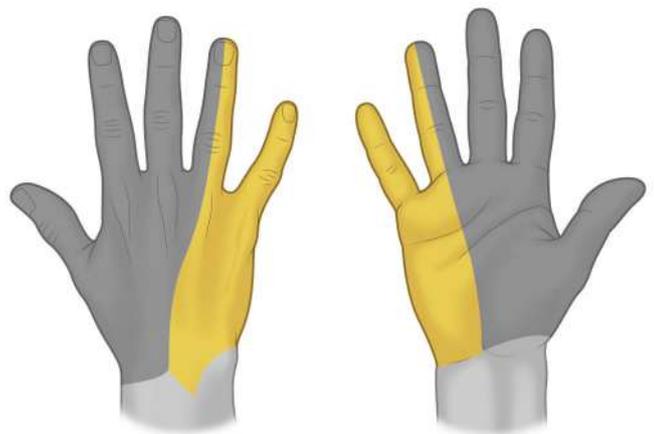
Donc tout mécanisme qui empêche ce nerf de coulisser normalement va provoquer des signes de souffrance du nerf, ce qui altère sa structure cellulaire.

Les causes de compression du nerf ulnaire au coude sont variables : elles surviennent dans plus de la moitié des cas dans les suites plus ou moins lointaines de traumatismes de la région du coude (fracture, hématome, compression posturale...), ou simplement de manière idiopathique (sans raison précise).



Les **troubles sensitifs** se traduisent par :

- des **fourmillements**
- une sensation **d'engourdissement**, voir une diminution de la sensibilité du **petit doigt** et de la **moitié de l'annulaire**
- ils apparaissent lors de positions prolongées d'appui ou de flexion ou de mouvements répétés de flexion extension du coude.



Les **troubles moteurs** se traduisent par une faiblesse ou un manque d'habileté de la main, il peut s'agir plus spécifiquement d'une **faiblesse de la poigne** ou de la **pince** en particulier pour tourner une clé dans une serrure ou de manier des couverts de table, certains vont remarquer une incapacité d'écarter ou de rapprocher les doigts, une absence de contrôle du petit doigt qui peut rester écarté et ainsi gêner lorsque le patient met sa main de sa poche.

Si la compression n'est pas traitée à temps, le déficit va **s'aggraver** avec une amyotrophie des interosseux (diminution du volume des muscles) et des déformations des doigts (griffe ulnaire).

L'ÉLECTROMYOGRAMME:

L'**électromyogramme (EMG)** effectué par un neurologue est l'examen complémentaire essentiel : il mesure la capacité du nerf ulnaire à transmettre les signaux électriques. Cet examen permet de confirmer le diagnostic, de localiser le niveau de la compression et de rechercher une anomalie sur les autres nerfs du bras.

Lorsque le nerf est instable, cet EMG est parfois négatif alors qu'il existe réellement une atteinte du nerf et l'on peut parfois compléter le bilan par une échographie. Une intervention peut alors se discuter avec votre chirurgien.

LE TRAITEMENT:

Le traitement médical par attelle ou infiltration n'a pas prouvé d'efficacité.

L'opération chirurgicale se passe en **ambulatoire** et **sous anesthésie locorégionale**, consiste à faire une :

- **Neurolyse « simple »** : il suffit de sectionner les arcades fibreuses qui empêchent le nerf de se mouvoir dans le canal cubital. Souvent l'incision ne représente que quelques centimètres (4 à 5cm). Votre chirurgien s'assure de la bonne stabilité du nerf en position anatomique (gouttière) après libération dans tous les secteurs de mobilité du coude.
- **Une neurolyse associée à une Transposition antérieure sous-cutanée du nerf ulnaire** : l'incision est plus grande, la technique consiste à faire passer le nerf ulnaire en avant de l'épicondyle médial, ce qui diminue la tension et l'étirement ou l'irritation/traction que subit le nerf lors de la flexion du coude, d'autant plus qu'il est luxable.

La consultation pré-anesthésie a lieu à la clinique et est **TOUJOURS** obligatoire

LES SUITES OPERATOIRES:

- La récupération dans les formes sensibles est **rapide** avec disparition quasi immédiate des fourmillements. Les récurrences sont rares dans moins de 10% des cas.
- Dans les formes de compression sévères avec **amyotrophie de la main**, la disparition des fourmillements est **plus lente**, et la récupération motrice prend **plusieurs mois** (le nerf repoussant de 0.5mm par jour). Elle peut être incomplète aussi bien sur le plan sensitif que moteur.
- La zone opérée reste « sensible » plusieurs mois, il ne faut pas hésiter à la masser
- Il n'y a pas d'attelle nécessaire, juste le pansement durant 15 jours, ce qui permet une mobilisation **immédiate** du coude opéré.

LES COMPLICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque de complication secondaire, par exemple :

- **L'hématome** : comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical. Une ecchymose à la face interne du bras, du coude et de l'avant-bras est très fréquente et disparaît spontanément en 3 semaines.
- **L'infection locale** : elle est rare. La prise d'antibiotiques est parfois nécessaire pour l'éviter. Dans certains cas, une intervention peut être indiquée
- **L'algodystrophie** : c'est une main gonflée, douloureuse, inflammatoire qui devient raide progressivement. L'évolution est traînante sur plusieurs mois voire plusieurs années. Des séquelles sont possibles comme des douleurs résiduelles, une certaine raideur des doigts et / ou du poignet (parfois même de l'épaule). Le traitement fait appel à la mise en place d'un protocole adapté par une équipe de médecins de la douleur,
- **Les lésions nerveuses**: elles sont rares mais possibles. Il peut s'agir d'une contusion ou section de branches sensibles du nerf ulnaire. Il en résulte des fourmillements désagréables autour de la cicatrice qui passent la plupart du temps.
- **La récurrence** : bien qu'elle soit rare, elle peut survenir en cas de fibrose autour du nerf.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

LES CONSIGNES POST-OPERATOIRE:

- Evitez le port de charges lourdes ou des activités nécessitant un serrage fort, la première semaine surtout.
- Vous pouvez plier votre coude normalement **immédiatement**, dès que l'anesthésie ne fait plus effet.
- Il ne faut pas avoir mal, des traitements antalgiques vous sont prescrits, n'hésitez pas à les prendre.
- La cicatrice de la peau peut être **désagréable et gonflée** durant plusieurs semaines, réalisez-vous même des **massages** à l'aide d'une crème hydratante.
- Parfois, la main peut être douloureuse en permanence avec des crises hyperalgiques, gonflée avec des doigts « boudinés ». Dans ce cas, il faut consulter votre médecin pour éliminer une **algoneurodystrophie**.

Votre chirurgien est le mieux placé pour répondre à toutes les questions que vous vous poseriez avant et après votre intervention.
N'hésitez pas à lui en reparler avant de prendre votre décision.

Vous pouvez relire ces informations sur notre site internet et télécharger ce document