



COMPRESSION DU NERF ULNAIRE AU COUDE



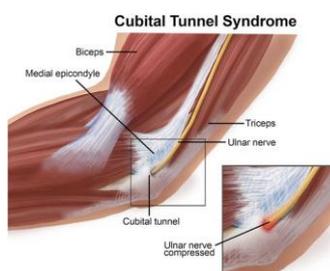
www.flandre-orthopedie.com

Qu'est ce que la compression du nerf cubital (ulnaire) au coude?

Les nerfs radial, médian et cubital assurent la sensibilité et la motricité du bras. Le nerf cubital assure la sensibilité des 4^{ème} et 5^{ème} doigt et une partie de la motricité de la main et du poignet.

Le syndrome de compression du nerf cubital au coude est un syndrome canalaire relativement fréquent.

Le nerf cubital passe dans la gouttière épitrochléo-olécraniennne puis sous diverses arcades fibreuses sur le versant interne de la partie proximale de l'avant bras. Lors de la flexion du coude, le nerf cubital est tendu et coulisse dans ce tunnel. En cas de compression, le nerf cubital ne coulisse pas normalement et des signes cliniques de souffrance vont alors apparaître.



La souffrance du nerf cubital se manifeste par des picotements ou fourmillements douloureux (paresthésies), localisés au niveau du coude, et s'étendant au niveau du 4^{ème} et le 5^{ème} doigt de la main. Ces atteintes sensitives peuvent être accompagnées d'une diminution de la force musculaire de la main et du poignet.

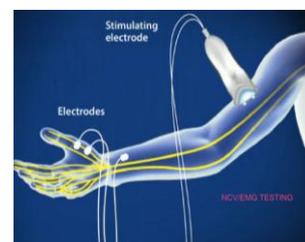
Comment en faire le diagnostic ?

Le diagnostic s'appuie sur l'interrogatoire, l'examen clinique et la réalisation d'un électromyogramme.

L'électromyogramme (EMG) permet de confirmer le diagnostic avec un allongement des latences distales, une perte d'amplitude de la réponse et une diminution de la vitesse de conduction nerveuse.

Un bilan radiologique permet de rechercher une arthrose associée, des séquelles de fracture... pouvant favoriser les compressions.

L'échographie ou l'IRM permet de visualiser des signes de compression (modification du diamètre du nerf) et parfois retrouver une cause à la compression.



Quels sont les risques en l'absence de traitement ?

Si l'on ne traite pas, on observe des sensations croissantes d'engourdissement, une faiblesse musculaire, une restriction du toucher, fréquemment aussi des douleurs se manifestant la nuit. A long terme, il faut s'attendre à une atrophie musculaire. Si l'opération est reportée à une date trop lointaine, il peut s'ensuivre une lésion durable du nerf qui n'est plus possible de récupérer.

Quel traitement possible?

- Le traitement médical

Le traitement par médicaments anti-inflammatoires, par le port d'une orthèse nocturne à 30° de flexion, par la modification des habitudes gestuelles et par l'adaptation du poste de travail peut permettre de traiter les symptômes, mais ne garantit aucun succès durable. C'est pourquoi nous vous conseillons, en cas d'échec de ce traitement ou d'une atteinte sévère, une opération pour parvenir à une guérison.



- Votre intervention chirurgicale

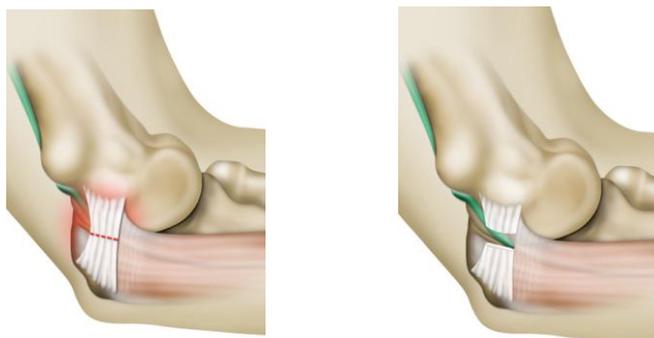
Le traitement a pour but de soulager les douleurs et de diminuer les signes sensitives (fourmillements, engourdissements...)

L'intervention consiste à lever la compression en ouvrant le tunnel cubital (neurolyse). Il est parfois nécessaire de stabiliser le nerf si celui-ci a tendance à se luxer en avant lors des mouvements de flexion du coude.

L'opération est réalisée en ambulatoire, sous anesthésie régionale (bloc loco-régional) ou générale et dure environ 30 à 45 minutes. Vous serez informé des détails et des risques de la technique utilisée lors de la consultation d'anesthésie.

Pour éviter des hémorragies et avoir ainsi une meilleure vue d'ensemble, l'intervention est effectuée après interruption de la circulation sanguine dans le membre supérieur grâce à la pose d'un garrot pneumatique à la racine du membre.

Une incision est réalisée à la face interne du coude. Le nerf est libéré, et l'origine de la compression est supprimée par section de l'arcade fibreuse du tunnel.



Images persomed (fiche information Sofcot.fr)

Il est parfois nécessaire d'associer un geste complémentaire comme l'ablation de la saillie osseuse interne du coude (épithrochléectomie) ou de transposer le nerf en avant en cas d'instabilité de celui-ci lors des mouvements de flexion du coude (transposition du nerf).

Les suites opératoires.

Le succès du traitement dépend de votre coopération et de votre application consciencieuse des règles de conduite postopératoire.

- Après l'opération, la main doit être maintenue de façon conséquente en position surélevée afin de combattre la tendance au gonflement.
- Une rééducation est rarement nécessaire si le patient commence à bouger rapidement ses doigts et utilise le plus rapidement possible son membre supérieur pour les petits gestes de la vie courante.
- Les fils sont retirés après 15 jours.
- La récupération est en générale complète et rapide avec une disparition des douleurs et des engourdissements nocturnes. Cependant, en cas de compression évoluant depuis plusieurs années et/ou d'une atteinte très sévère à l'électromyogramme, la récupération peut être longue (plusieurs mois) voire même partielle.

Les complications possibles.

En dépit de toute la méticulosité apportée, il est possible que des incidents isolés surviennent pendant et après l'opération. D'autres gestes thérapeutiques ou même des opérations sont alors nécessaires.

- Pendant l'intervention, une blessure du nerf et des tendons peut survenir. Une suture de la plaie nerveuse ou tendineuse est alors nécessaire et malgré celle-ci une des troubles passagers ou durable de la sensibilité au toucher, une limitation de la mobilité des doigts peut persister à long terme.
- Un hématome peut survenir devant la présence de nombreux vaisseaux au niveau du site opératoire.
- Un hématome et/ou un retard de cicatrisation peuvent entraîner une infection locale nécessitant parfois un drainage chirurgical.
- Dans des cas exceptionnels, un gonflement douloureux du coude accompagné de troubles fonctionnels peut témoigner d'une algodystrophie. Son traitement est long mais la récupération est le plus souvent complète.