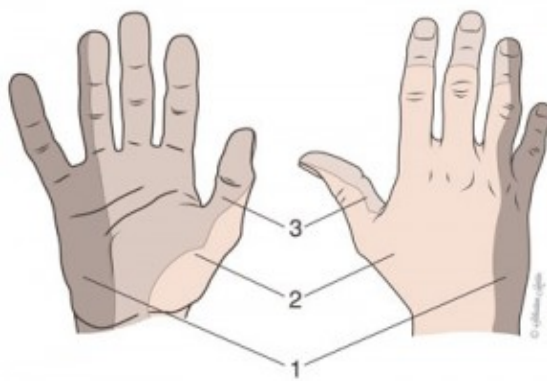


Compression du nerf cubital

Le site de compression le plus fréquent du nerf ulnaire (ou nerf cubital) est situé au **niveau du coude**.

Anatomie

Le nerf ulnaire (ou nerf cubital), issu du plexus brachial dans la région axillaire, parcourt tout le membre supérieur puis s'épuise en rameaux sensitifs et moteurs pour la main. Il est responsable de la sensibilité de la moitié interne de la paume, du cinquième doigt et de la moitié interne du quatrième doigt.



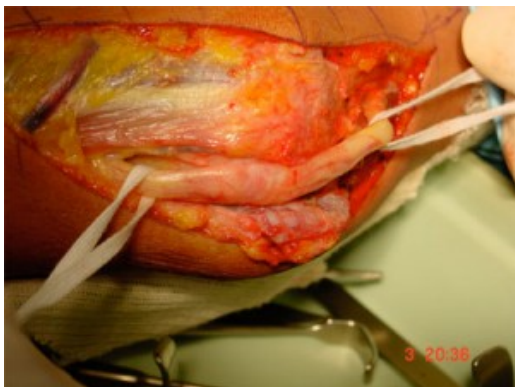
Innervation sensitive de la main:

- 1 – Nerf cubital
- 2 – Nerf radial
- 3 – Nerf médian

Etiologie

Les nerfs, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, peuvent être comprimés sur leur trajet, surtout lorsqu'ils passent dans des canaux ostéo-fibreux. Le nerf ulnaire s'engage dans un rétrécissement au niveau du coude où il peut être comprimé.

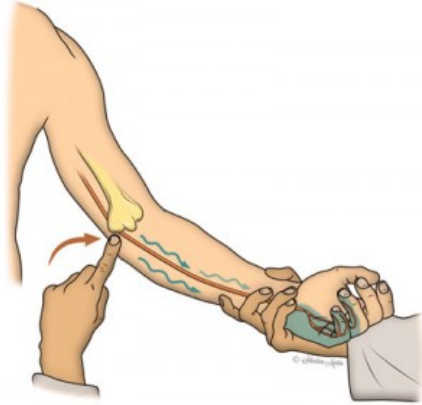
L'origine de la compression peut être liée à un canal naturellement trop étroit, à une modification des rapports du nerf avec les éléments anatomiques de voisinage (fracture ancienne du coude, kyste, etc...) ou à une pression continue pendant une longue période (appui du coude sur la table d'ordinateur pendant la manipulation de la souris).



Nerf ulnaire au niveau du coude

Diagnostic

Les fourmillements dans les deux derniers doigts sont les signes essentiels. Ils se majorent lors de la flexion du coude et sont réveillés par la percussion de la face interne du coude.



Douleur à la percussion du nerf

Il existe des circonstances déclenchantes telles que le fait de téléphoner (coude fléchi) ou de plier le coude pendant la nuit. Une perte de la sensibilité des deux derniers doigts peut être présente. La faiblesse musculaire de la main témoigne d'une atteinte plus grave, et l'on voit parfois une fonte de certains muscles (entre le pouce et l'index surtout), appelée amyotrophie. Au maximum, la main se présente en griffe caractéristique.

Examens Complémentaires

L'examen électromyographique (électromyogramme), enregistre le courant électrique véhiculé par le nerf, confirme le site de compression et en évalue l'importance.

Une radiographie du coude voire une IRM peuvent être utiles (séquelles de fracture, kyste...)

Traitement

Traitement médical

On peut proposer dans les formes récentes une immobilisation-protection du coude par attelle nocturne, ou des règles de posture pour éviter la compression nerveuse.

Traitement chirurgical

Le traitement reste dans un grand nombre de cas chirurgical : décompression du nerf (neurolyse) ou transposition.

L'intervention se fait le plus souvent sous anesthésie locorégionale. Par une ouverture à la face interne du coude, l'arcade fibreuse sous laquelle le nerf s'engage est ouverte. Il est parfois nécessaire d'associer un geste complémentaire comme l'ablation de la saillie osseuse interne du coude (épithrochléctomie) ou de transposer le nerf en avant. Dans ce cadre, une immobilisation du coude à 40 degrés d'extension est nécessaire pendant 15 jours.

Evolution Post Operatoire

L'évolution est souvent marquée par la disparition rapide des douleurs et des troubles sensitifs dans les formes débutantes. Dans les formes plus anciennes ou sévères, les troubles peuvent persister encore quelques mois, en particulier pour la sensibilité et la force musculaire.

Complications

Il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque de complication secondaire. Toute décision d'intervention doit être prise en connaissance de ces risques, dont le chirurgien se doit de vous avoir informé.

Complications communes à la chirurgie de la main :

- **Infections nosocomiales** : elles sont rares et se maîtrisent aisément lorsque le diagnostic est précoce. La prise d'antibiotiques et une nouvelle intervention sont parfois nécessaires.
- **Hématome** : le diagnostic doit être précoce et, la reprise chirurgicale est également parfois nécessaire
- **Syndrome de Sudeck** (algodystrophie) :
 - il s'agit d'un « dérèglement » de la douleur alors qu'il n'y a aucun problème sous jacent. Sa manifestation est indépendante du type de chirurgie et peut survenir même après une simple immobilisation. La main devient gonflée, douloureuse, et s'enraidit progressivement. L'évolution peut être très longue. Des séquelles sont possibles (douleurs résiduelles, raideur des doigts et /ou du poignet, parfois de l'épaule). Le traitement est difficile et fait appel à des produits spécifiques et à la rééducation
- **Accident d'anesthésie** : du plus simple au plus grave, y compris le décès (1 décès sur 100.000 à 150.000 anesthésies).

Complications spécifiques à la compression du nerf ulnaire :

- **Amélioration incomplète** (dans les formes évoluées ou sévères) : il n'est pas exceptionnel de constater la persistance d'un manque de force ou d'une perte de sensibilité des doigts
- **Lésions nerveuses d'origine chirurgicale** (exceptionnelles) : discutées en cas de fourmillements importants et persistants, elles imposent une confirmation électromyographique. L'intervention peut être rediscutée
- **Douleurs au niveau de la cicatrice** (rares) : elles disparaissent le plus souvent à l'aide de massages et de physiothérapie
- **Persistance d'une tendinite au coude** (complication la plus fréquente) : elle nécessite massages, immobilisation prolongée et/ou infiltration.