

## Cubital au coude

Le nerf cubital peut être comprimé comme d'autres nerfs du bras dans des passages étroits lorsqu'il descend à la main. Le site de compression le plus fréquent est le coude lorsqu'il passe en arrière de la saillie osseuse du coude appelée "épitrochlée". Les autres sites de compression sont beaucoup plus exceptionnels au niveau de la base du cou, notamment au niveau des racines du nerf et encore plus exceptionnellement au niveau de la main, au niveau du poignet. Dans ces derniers cas, il existe souvent une cause de compression locale particulière comme un ligament inhabituel, un os surnuméraire ou un kyste.

### **La compression du nerf cubital au coude donne plusieurs problèmes :**

- sensitifs : il s'agit d'endormissements, de fourmillements, de paresthésies dans le bord interne de la main et des deux doigts internes de la main.
- moteurs : il s'agit essentiellement d'une diminution de la force et de l'adresse de la main dans les formes débutantes. Dans les formes graves, presque tous les petits muscles de la main qui donnent l'harmonie et la finesse du mouvement de la main peuvent perdre leur force, voire s'atrophier.

Les causes de compression du nerf au coude sont multiples : outre une fragilité individuelle constitutionnelle, les causes principales sont la compression du nerf sous l'arcade musculaire du cubital antérieur, l'angulation que fait le nerf en passant derrière l'épitrochlée. La position fléchie du coude répétée, prolongée, exagérée éventuellement par certaines déformations arthrosiques ou congénitales du coude sont autant de facteurs traumatisant le nerf cubital.

### **Les examens complémentaires :**

L'examen électromyographique est le plus important et a deux intérêts : le 1<sup>er</sup> est de confirmer l'endroit où le nerf est comprimé, principalement le coude et ensuite d'en apprécier la gravité.

Les radiographies simples recherchent une cause locale comme une arthrose ou une déformation du coude.

**Plusieurs traitements sont possibles** selon ces différents facteurs causals et les différentes degrés de gravité : La simple mise au repos du nerf en prenant quelques mesures ergonomiques en gardant le coude le plus souvent étendu peut suffire dans les formes bénignes. Cette technique a l'avantage de son innocuité. La simple ouverture de l'arcade tendino-musculaire du cubital antérieur ne serait efficace que sur les compressions situées sous cette arcade. Elle s'adresse qu'aux cas de compression limitée sans cause locale et peu graves. Son avantage est sa simplicité : petite incision, pas d'immobilisation, suites habituellement simples, possibilité de se resservir de son bras et de sa main immédiatement.

Dans les formes graves avec paralysie partielle ou complète et/ou avec les causes locales comme une déformation osseuse, le traitement repose sur la suppression de la cause de la compression et de l'angulation du nerf dans la flexion du coude.

Plusieurs possibilités thérapeutiques existent : résections partielles de l'épitrochlée, ou déplacement du nerf cubital en avant de celui-ci sous la peau ou à travers les muscles. Ces interventions sont plus importantes, entraînant forcément une impotence fonctionnelle plus longue et un taux d'incidents ou de complications plus important comme des hématomes, une cicatrice plus sensible, par exemple. Dans

les formes graves et/ou avec causes locales, ce traitement est recommandé par la plupart des auteurs. Une translocation antérieure sous cutanée est mon choix pour ce qui me semble être le meilleur rapport : intérêt – inconvénient. Une immobilisation relative de 8 jours pour éviter que le nerf ne reparte en arrière est nécessaire ainsi qu'un drainage nécessitant quelques jours d'hospitalisation.

La récupération de la fonction du membre est en général assez rapide au bout de quelques jours et les fils sont retirés au 15<sup>e</sup> jour.

**La récupération neurologique** est fonction de la gravité de la compression. La disparition des douleurs et des impressions électriques de paresthésies disparaît en général rapidement en quelques jours. La récupération de l'endormissement permanent des doigts du territoire cubital peut prendre de 6 mois à un an dans les formes sévères. En effet si certaines fibres nerveuses sont simplement sidérées et redeviennent fonctionnelles dans les semaines qui suivent, certaines fibres nerveuses sont interrompues et nécessitent de repousser jusqu'à la main. Cette repousse se fait à la vitesse d'1 à 2 mm par jour et peut s'épuiser avec le temps et la récupération ne sera alors pas totale. La sensibilité récupère en règle mieux que la motricité. Cette repousse sera pénalisée par l'âge, les troubles métaboliques comme le diabète, l'alcool. Dans quelques cas particulièrement graves, sans récupération satisfaisante de la motricité, on peut être amené, plusieurs mois après la libération du nerf, à proposer une chirurgie sur les tendons de la main, pour améliorer la fonction de la main.

