

## Compression du nerf cubital au coude

---

**Le nerf cubital, ou nerf ulnaire, donne la sensibilité du petit doigt et de la moitié de l'annulaire, ainsi que la force de la main. Contrairement au nerf médian au niveau du canal carpien, le site de compression le plus courant est au niveau du bord interne du coude. Moins fréquent que le syndrome du canal carpien, ce syndrome compressif est cependant souvent mal connu et diagnostiqué tardivement.**

### **1.SYMPTÔMES :**

Paresthésie (fourmis), perte de sensibilité dans l'auriculaire et l'annulaire, et sur le bord interne de la main. Diminution de la force de serrage, fonte des muscles de main.

Douleurs en remontant sur le bord interne de l'avant bras, au coude et pouvant remonter le long du bras jusqu'à l'épaule et au cou. L'apparition peut-être progressive, ou à la suite d'un traumatisme ou de mouvements inhabituels (sport, déménagement...)

-Le diagnostic peut être confirmé par une échographie ou par une IRM en cas de doute. Une IRM ou un arthroscanner de l'épaule en cas de rupture haute peut également être prescrit à la recherche d'une lésion associée des tendons de la coiffe des rotateurs.

### **2.DIAGNOSTIC :**

Essentiellement clinique par l'observation de ces symptômes, une douleur à la pression du nerf au niveau du coude peut également être retrouvée. Un électromyogramme est systématiquement demandé. Cet examen se déroule chez un neurologue, il permet de diagnostiquer une éventuelle compression du nerf. Cependant, cet examen est moins fiable que pour le syndrome du canal carpien, la compression pouvant être dynamique, c'est à dire s'effectuer pendant le mouvement alors que l'examen se réalise au repos.

L'électromyogramme ne constitue donc qu'une aide au diagnostic. Les examens d'imageries (radiographies, échographies, IRM ou scanner) ne sont en général pas nécessaires, sauf cas particuliers. En cas de compression débutante ou peu symptomatique, le traitement est fonctionnel avec éventuellement rééducation, changement de la gestuelle pouvant être responsable de la compression. Un traitement anti-inflammatoire peut éventuellement être prescrit pendant quelques jours. En cas de signes persistants, de gêne fonctionnelle majeure, d'hypoesthésie persistante des doigts ou de compression marquée sur l'électromyogramme, le traitement est alors chirurgical.

### 3.INTERVENTION CHIRURGICALE :

- **Durée** : ambulatoire à 2 jours
- **Anesthésie** : loco-régionale
- **immobilisation** : écharpe 8 jours

Elle consiste à redonner de l'espace au nerf cubital au niveau du coude. L'intervention se déroule sous anesthésie régionale, c'est à dire n'endormant que le bras. Un garrot posé à la racine du bras limite les saignements. Une libération simple du nerf dans sa gouttière est réalisée dans les cas simples. Si le nerf passe par-dessus l'épitrôchlée lors de la flexion du coude (la saillie osseuse interne au niveau du coude, constituant la poulie de réflexion antérieure du nerf), je réalise une épitrôchléectomie, c'est à dire que j'enlève cette saillie osseuse de manière à redonner de l'espace au nerf lors du mouvement de flexion du coude.

### 4.SUITES OPERATOIRES :

Une écharpe de repos est à conserver pendant une semaine, les pansements à changer sur la cicatrice tous les deux jours pendant deux semaines.

Un hématome est souvent présent pendant les premières semaines et disparaît progressivement complètement. Les différents symptômes de compression nerveuse disparaissent après quelques jours ou peuvent mettre chez certains patients plusieurs mois avant de s'atténuer. Une rééducation peut être nécessaire à partir du quinzième jour afin de récupérer les amplitudes du coude. L'appui sur le bord interne du coude en regard de la cicatrice peut rester douloureux pendant plusieurs mois.

La récupération fonctionnelle est en général complète si l'intervention a eu lieu précocement.

### 5.COMPLICATIONS SECONDAIRES POSSIBLES :

- Infection post opératoire, rare, qui se maîtrise en général aisément lorsque le diagnostic

est précoce.

- Hématome important pouvant nécessiter une évacuation secondaire chirurgicale.
- Les lésions nerveuses, qui sont exceptionnelles.
- Une récupération incomplète, fréquente si l'intervention est faite trop tardivement.
- La récurrence, inhabituelle mais toujours possible.
- L'algodystrophie qui peut également atteindre la main et l'épaule, et qui est imprévisible.

---

### Espace Médical Vauban

2A Avenue de Ségur - 75007 Paris Tél : +33 (0)1 53 59 88 09 - Fax :+33 (0)1 53 59 88 01

Syndrome du canal carpien | Tendinite coiffe des rotateurs | Tendinite de l'épaule | Tendinite coiffe des rotateurs | Douleur épaule | Luxation de l'épaule | Luxation de la clavicule | Chirurgie clavicule | Tendinite du coude | Rupture du biceps | Entorse du poignet | Chirurgie du poignet | Tendinite du poignet | Rhizarthrose | Entorse du pouce | Chirurgie Orthopédique | Chirurgien Orthopédiste | Microchirurgie | Arthroscopie | Anesthésie | Nerf cubital | Kyste mucoïde | Kyste synovial | Maladie de Dupuytren |

Mentions légales

Crédits

Dernière modification  
le 06/11/2008