

**Clinique Jules Verne – Chirurgie de la main**  
**Secrétariat :**  
**Dr Edward de Keating-hart**

## LA COMPRESSION DU NERF CUBITAL AU COUDE

Fiche d'information de la société Française de Chirurgie de la Main

Les nerfs périphériques, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, peuvent être comprimés sur leur trajet lorsqu'ils passent dans les canaux ostéo-fibreux. Il faut distinguer, en ce qui concerne le nerf cubital au coude, les cas où le canal ostéo-fibreux situé en dedans de l'articulation joue le rôle essentiel avec décompression possible à plusieurs niveaux et des cas secondaires à des causes bien précises, par exemple à une inflammation du tissu synovial qui tapisse l'articulation du coude ou à des séquelles de fracture. Dans les cas secondaires à une cause bien précise, il faut à la fois libérer le nerf et dans certains cas traiter la cause de la compression. Dans les cas où le canal ostéo-fibreux joue le rôle essentiel, la compression peut siéger à plusieurs niveaux, soit à la sortie du canal lorsque le nerf va s'engager sous l'arche fibreuse du fléchisseur interne du poignet, soit en arrière de la saillie osseuse interne (épitrochlée), soit plus proximal lorsqu'il va traverser l'aponévrose interne du bras.

La notion d'ancienneté des troubles est importante ainsi que l'existence de troubles uniquement subjectifs, c'est-à-dire correspondant à une irritation du territoire sensitif du nerf à la main au niveau des 4ème et 5ème doigts. Un examen électrophysiologique (enregistrement du courant électrique véhiculé par le nerf) confirmera le site de compression du nerf cubital au coude. Celle-ci peut aussi être plus importante. Il existe alors des troubles objectifs sensitifs, moins bonne perception de la sensation au niveau des 4ème et 5ème doigts, et moteurs avec d'abord une diminution de la force de serrage puis progressivement une fonte des petits muscles de la main (amyotrophie).

**Le traitement de la compression** du nerf cubital au niveau du coude est dans un grand nombre de cas chirurgical mais certains auteurs peuvent proposer une immobilisation du coude par une attelle nocturne dans les formes débutantes. L'intervention chirurgicale pour libérer le nerf et le décompresser se fait le plus souvent sous anesthésie loco-régionale du membre supérieur. Dans un premier temps, on va ouvrir l'arcade sous laquelle le nerf passe à la partie distale du canal. Si la compression siège bien à cet endroit et que lors des mouvements de flexion extension le nerf reste bien stable dans sa gouttière, ce simple geste suffit à faire disparaître les troubles. Dans d'autres cas, le nerf est instable dans sa gouttière et lors du passage de l'extension à la flexion, passe en permanence sur la saillie interne du coude avec une irritation due à cette instabilité. On peut soit diminuer l'épaisseur de cette saillie osseuse (épitrochléectomie), soit sortir le nerf de sa gouttière et le passer en avant de l'épitrochlée qui, rappelons-le, est la partie interne de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Dans les suites opératoires, la mobilisation peut être immédiate, mais dans certains cas une attelle

maintenant le coude pour quelques jours est utile. L'évolution est souvent marquée par la disparition rapide des douleurs et des troubles sensitifs dans les formes débutantes. Lorsqu'il existe des troubles objectifs en rapport avec une interruption des fibres nerveuses au niveau du coude, la réparation nerveuse se faisant à 1 mm par jour, il faudra attendre 6 mois, voire plus, pour récupérer une meilleure sensibilité et une meilleure force en sachant que lorsque les troubles évoluent depuis très longtemps, la force ne revient jamais complètement.

Il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque de **complication secondaire** :

- l'infection post-opératoire se maîtrise assez aisément lorsque le diagnostic est précoce, douleurs anormales, pulsatiles, gonflement et rougeur importante, une réintervention est toujours possible,
- gonflement douloureux du coude, puis raideur, complication rare mais préoccupante (algodystrophie), cela peut également atteindre la main et l'épaule. L'évolution est traînante, plusieurs mois, plusieurs années, des séquelles sont possibles (*douleurs résiduelles, une certaine raideur des doigts et/ou du poignet, parfois même de l'épaule*).
- les lésions nerveuses sont exceptionnelles.
- la récurrence est inhabituelle mais n'est jamais exclue.

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