

Relecture scientifique
Société française de
chirurgie orthopédique et
traumatologique (SOFCOT)

Relecture juridique
Médecins experts SOFCOT

Relecture déontologique
Médecins Conseil national de
l'ordre des médecins (CNOM)

Relecture des patients
Collectif inter associatif
sur la santé (CISS)
Association française de lutte
anti-rhumatismale (AFLAR)



Persomed
7 rue Ste Odile BP 62
67 302 Schiltigheim
tél. : +33 (0)3 89 41 39 94
fax : +33 (0)3 89 29 05 94

Traitement chirurgical de la compression du nerf ulnaire



Persomed

Fonds documentaire
d'information patient



Tous droits réservés
ISBN 2-35305-048-4

Chirurgie
orthopédique

2006

www.persomed.com

Rédaction : P. Simler

Illustration : J. Dasic

Code de la Santé Publique
Article L1111-2

Toute personne a le droit d'être informée
sur son état de santé.

Cette information porte sur les différentes
investigations, traitements ou actions
de prévention qui sont proposées, leur
utilité, leur urgence éventuelle, leurs
conséquences, les risques fréquents ou
graves normalement prévisibles qu'ils
comportent ainsi que sur les autres
solutions possibles et sur les conséquences
prévisibles en cas de refus.

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner
les réponses aux questions que vous vous
posez.

Il ne présente cependant que des généralités.
Il ne remplace pas les informations que vous
donne votre médecin sur votre propre état de
santé.

Quelle partie du corps ?

Utilité de cette partie du corps ?

Notre **coude** nous sert à plier et à étendre le
bras ainsi qu'à placer la paume de la main vers
le sol ou vers le plafond.

C'est une **articulation** : plusieurs os y sont
reliés entre eux tout en pouvant bouger les
uns par rapport aux autres dans certaines
directions.

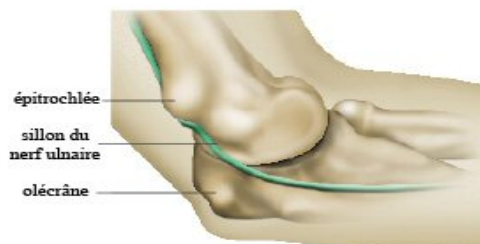


De quoi est-elle constituée ?

L'articulation du coude fait intervenir trois os :
l'**humérus**, qui relie l'épaule au coude, l'**ulna**
(anciennement appelé **cubitus**) et le **radius**,
qui relie tous deux le coude au poignet.

En touchant votre coude, vous pouvez palper
plusieurs bosses formées par l'os.
Vers l'extérieur du coude, il s'agit d'une
partie de l'humérus appelée **épitrochlée
latérale**. A l'intérieur, la boule formée
par l'humérus s'appelle **épitrochlée** (ou
épitrochlée médiale). Entre les deux, on peut
sentir une partie de l'ulna que l'on appelle
olécrâne.

Entre l'épitrochlée et l'olécrâne, un tunnel
est creusé dans l'os. C'est la **gouttière
épitrochléo-olécrânienne**, également
nommée **sillon du nerf ulnaire**.

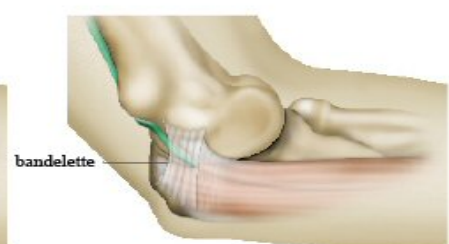


Les **nerfs** sont des fibres qui véhiculent
différentes informations dans notre corps. Il
peut s'agir d'ordres de mouvement envoyés par
le cerveau. On parle alors de **nerfs moteurs**.

Les **nerfs sensitifs** quant à eux transmettent
les informations de la peau au cerveau, par
exemple la sensation de froid ou de douleur.

Le **nerf ulnaire** (aussi appelé **nerf cubital**)
passe dans le bras. Ses branches atteignent
les quatrième et cinquième doigts de la main.
C'est un **nerf mixte** : il est à la fois moteur et
sensitif.

Il passe dans le sillon formé entre l'épitrochlée
et l'olécrâne. Il y est protégé et maintenu
par une bandelette résistante : la **bandelette
aponévrotique épitrochléo-olécrânienne**.



Pourquoi faut-il traiter ?

Quel est le problème ?

Le nerf ulnaire peut être comprimé tout au long de son trajet dans le bras. Dans la plupart des cas, c'est au niveau du coude, dans le sillon du nerf.

Plusieurs choses peuvent comprimer le nerf :

- un **épaississement anormal** de la bandelette qui ferme le sillon. C'est le cas le plus fréquent.

- une **déformation de l'os** après une fracture ou une entorse que vous avez eue il y a plusieurs années.

- une **tumeur du nerf ulnaire**, provoquée par la multiplication incontrôlée des cellules qui le composent.

- une poche remplie de liquide qui se forme proche de l'articulation (**kyste synovial**).

Plus rarement, le nerf est piégé à d'autres endroits du bras : au niveau du passage sous un muscle avant le coude (**arcade de Struthers**) ou après le coude.

Parfois, le nerf est comprimé par un choc, si vous vous cognez par exemple.

Quelles sont ses conséquences ?

Lorsque le nerf est comprimé, il ne transmet plus aussi bien les informations de mouvement et de sensibilité.

Vous ne ressentez plus toutes les sensations au niveau des quatrième et cinquième doigts (**paralysie sensitive**). Certains patients y ressentent des fourmillements, des gênes ou des petites douleurs (on parle de **paresthésies**).

Certains petits muscles de la main peuvent se paralyser progressivement (**paralysie motrice**). Cela vous empêche de faire certains petits mouvements.

Vous avez des difficultés à utiliser la pince formée par votre pouce et votre index : vous n'avez plus beaucoup de force pour pincer un objet.

Vous n'arrivez plus aussi bien à écarter vos doigts, surtout le quatrième (**annulaire**) et le cinquième (**auriculaire**).

Il est très rare que la compression du nerf disparaisse et que tout rentre dans l'ordre sans traitement, sauf si le nerf est comprimé suite à un choc.

Quels examens faut-il passer ?

Votre médecin vous demande de faire quelques petites exercices, par exemple serrer une feuille de papier entre le pouce et l'index (**signe de Froment**) ou encore presser vos petits doigts l'un contre l'autre en fermant les yeux. En plus de ces exercices, il vous examine, palpe le nerf à travers la peau... Ces différents éléments lui permettent de remarquer des troubles de la sensibilité et éventuellement une paralysie motrice.

Un examen (**électromyogramme** ou **E.M.G.**) permet de détecter une faiblesse des muscles et/ou un problème de transmission d'information au niveau des nerfs. Votre médecin stimule les muscles et les nerfs du coude à l'aide d'un petit courant électrique et enregistre leur activité. Il peut ainsi préciser le lieu exact de la compression du nerf et sa gravité.

La **radiographie standard** utilise des rayons (les **rayons X**) pour visualiser les os à l'intérieur du corps. Cet examen permet de vérifier que le nerf n'est pas comprimé par une déformation de l'os liée à une fracture, etc.

Votre médecin peut aussi vous proposer de passer un **scanner** ou un **I.R.M.**, s'il soupçonne que vous avez un kyste ou une tumeur nerveuse. Si c'est votre cas, n'hésitez pas à l'interroger afin qu'il vous explique le déroulement de ces examens.

Les différents traitements

Limites des traitements médicaux

Dans la plupart des cas, aucun traitement médical ne peut soigner la compression du nerf ulnaire.

Si le nerf est comprimé à la suite d'un choc, votre médecin peut vous proposer d'immobiliser votre coude à l'aide d'un dispositif rigide appelé **attelle**.

Quand faut-il opérer ?

Si les troubles de la sensibilité et la paralysie motrice persistent plus de trois mois, et/ou s'il y a des signes de gravité à l'électromyogramme, votre médecin peut vous proposer une opération.

Les risques si on ne traite pas

Sans traitement, la perte de sensibilité au niveau des deux derniers doigts s'aggrave.

Vous risquez de perdre la force nécessaire pour serrer quelque chose entre votre pouce et votre index. Enfin, les quatrième et cinquième doigts de la main peuvent se déformer définitivement en ce que l'on appelle des **griffes**.

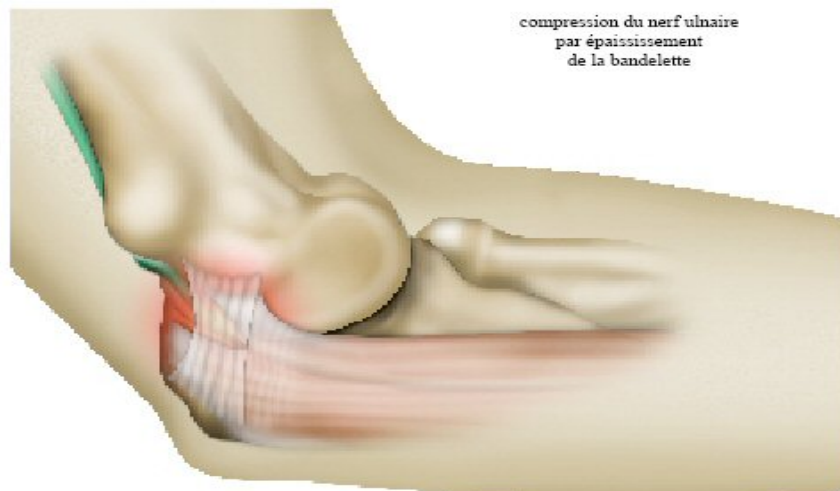
Votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement. N'hésitez pas à en discuter avec lui.

Les traitements chirurgicaux...

L'opération consiste à supprimer l'obstacle qui comprime le nerf sur son trajet. En langage médical, on parle de **neurolyse**.

... et leurs limites

Si la paralysie des muscles est déjà à un stade très avancé, la neurolyse risque de ne pas suffire. Votre chirurgien peut alors vous proposer une autre opération (**chirurgie des transferts tendineux**).



L'opération qui vous est proposée

Introduction

Plusieurs éléments peuvent comprimer le nerf ulnaire. Le plus souvent, c'est un épaissement de la bandelette épitrochléo-olécrânienne au niveau du sillon du nerf ulnaire. C'est le cas décrit dans ce fascicule.

Le chirurgien libère le nerf. En langage médical, on parle de **neurolyse**.

Avant l'opération

Avant l'opération, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** qui vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

L'anesthésie

Pour ce type d'intervention, on n'endort généralement que votre bras (**anesthésie loco-régionale du membre supérieur**).

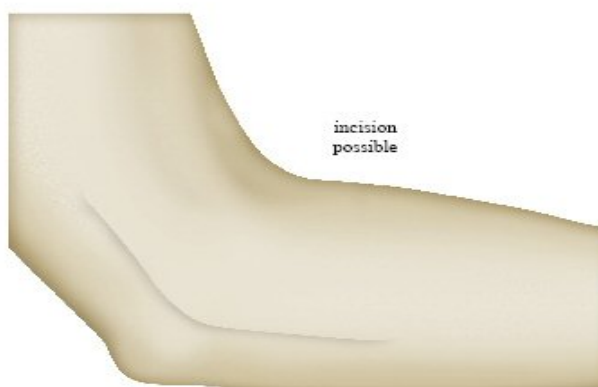
L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces appelée **bloc opératoire** conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Vous êtes allongé sur le dos, votre bras est posé sur une **table à bras**.

L'ouverture

Le chirurgien fait une incision d'environ dix centimètres, centrée sur le sillon du nerf ulnaire.



Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de son savoir-faire et de votre cas.

Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

Le geste principal

Après avoir ouvert la peau, le chirurgien repère la bandelette qui ferme le sillon du nerf ulnaire. Il la coupe et, souvent, en retire un petit morceau. Le nerf n'est alors plus comprimé : il est libéré.

Les gestes associés

Comme la bandelette ne ferme plus le sillon, il peut arriver que le nerf sorte de son logement. On dit qu'il se **luxé**. Pour évaluer cette possibilité, le chirurgien plie et déplie votre bras pendant l'intervention. Si le nerf se luxé facilement, il peut décider de le déplacer en avant de l'épitrôchlée. On parle de **transposition du nerf ulnaire**.

Si l'épitrôchlée est un peu déformée, suite à une fracture, une entorse, etc. et qu'un fragment d'os risque de comprimer le nerf, le chirurgien peut la couper (**épitrôchléctomie**).

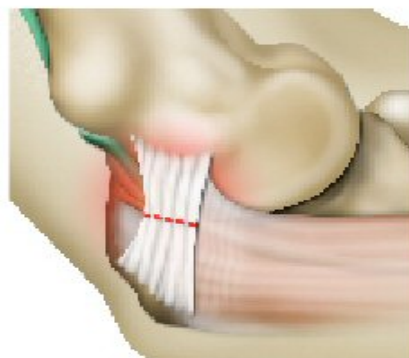
Dans le cas où un **kyste** ou une **tumeur** s'est formé au niveau du nerf, le chirurgien le retire en prenant soin de ne pas abîmer le nerf.

Si votre médecin pense que le nerf risque d'être comprimé à un autre endroit, il peut être amené à agrandir l'ouverture pour observer le nerf sur tout son trajet dans le bras.

La fermeture

Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang...). Si c'est nécessaire pour qu'elle reste saine, votre chirurgien met en place un système (**drainage**), par exemple de petits tuyaux, afin que ces fluides s'évacuent après l'intervention.

Pour refermer, votre médecin utilise du fil, des agrafes, ou un autre système de fixation. Il peut s'agir de matériel qui reste en place ou au contraire se dégrade naturellement au fil du temps (**matériel résorbable**). L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'intervention...

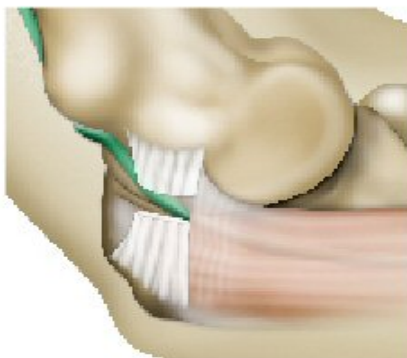


La durée de l'opération

La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés...). Habituellement, elle dure environ 30 minutes.

Faut-il une transfusion?

Non, c'est une intervention pendant laquelle le patient saigne très peu. Il n'est habituellement pas nécessaire de redonner du sang (**transfuser**).



Dans les jours qui suivent...

Douleur

Chaque organisme perçoit différemment la douleur. Habituellement, elle est très faible, sauf si votre médecin a retiré un morceau d'os (**épitrochléectomie**), mais des traitements adaptés permettent de la contrôler.

Si malgré tout vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

Fonction et autonomie

La reprise du travail se fait à une date variable selon votre métier et le type de chirurgie qui a été nécessaire. Elle varie de quelques jours à parfois trois mois si vous faites un métier manuel.

On vous conseille d'éviter de poser votre coude trop longtemps sur une surface dure (table de bureau...) pour éviter de comprimer le nerf qui reste sensible.

Il faut attendre au moins trois mois avant de reprendre vos activités sportives. N'hésitez pas à interroger votre médecin si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

Principaux soins

Si votre médecin a jugé utile de mettre un drain pour éliminer les liquides produits par la zone opérée, il est habituellement retiré le lendemain.

Les fils ou agrafes sont enlevés au bout d'une dizaine de jours.

Certains chirurgiens proposent d'immobiliser le coude pendant quelques semaines, et/ou des séances de **rééducation** auprès d'un spécialiste (**kinésithérapeute**), mais cela n'est pas systématique et dépend de vos besoins.

Retour à domicile

Si votre médecin n'a pas mis de drain, vous rentrez généralement chez vous le jour même de l'intervention (**chirurgie ambulatoire**).

Sinon vous rentrez le lendemain, voire quelques jours plus tard en cas d'épitrochléectomie. Cela dépend de l'établissement dans lequel vous êtes soigné et surtout de votre cas et de votre état de santé.

Le résultat

Suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin. Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passez les examens de contrôle. C'est important.

Habituellement, vous revoyez votre chirurgien dix jours, trois semaines, six semaines puis trois mois après l'opération pour vérifier que tout se passe bien.

Douleur

Vous n'avez plus mal.

Fonction et autonomie

Vous retrouvez progressivement la sensibilité et vos capacités de mouvement au bout de trois à six mois, mais des progrès sont parfois possibles pendant près de deux ans.

Généralement, vous récupérez toutes vos fonctions, sauf si on a agit trop tard et que les fibres nerveuses sont trop abîmées.

Le fait de couper et de retirer un bout de la bandelette n'a pas de conséquences négatives sur le fonctionnement du coude.

Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention.

Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ».

Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

Pendant l'intervention

Le nerf ulnaire peut être blessé accidentellement pendant l'opération. Heureusement, cela est souvent réparable.

Après l'intervention

Il est possible que la zone qui a été opérée saigne et qu'il se forme une poche de sang (un **hématome**) qui nécessite un traitement complémentaire.

Il est rare que la zone opérée soit envahie par des microbes (**infection**). Des médicaments (les **antibiotiques**) suffisent généralement à les éliminer.

Des analyses permettent d'identifier le microbe et ainsi d'adapter le traitement pour une efficacité maximale.

Il y a un risque que l'articulation du coude s'irrite, enflie (**algodystrophie**) et que cela provoque d'intenses douleurs. La peau est rouge et brillante. Vous prenez alors un traitement pour avoir moins mal (**antalgiques**). Dans certains cas, cela évolue et entraîne une raideur du coude. Rassurez-vous, ce phénomène est rare.

Après l'intervention (suite)

Il est possible que le nerf soit à nouveau comprimé (**récidive**). Il faut parfois opérer une deuxième fois.

Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes complémentaires ou une nouvelle opération. Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter.

En fonction de votre état de santé vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.