

Le syndrome du canal cubital

De quoi s'agit-il ?

Le syndrome du canal cubital désigne une compression du nerf cubital (ou nerf ulnaire) au coude. Plus rarement, la compression de ce nerf peut avoir lieu au poignet (canal de Guyon). Le nerf cubital passe à la face postérieure du coude. Il est, par conséquent, exposé à une compression en cas de choc, d'appui prolongé ou de mouvements répétés de flexion du coude.

Schéma du trajet du nerf cubital

Au début, le patient note l'apparition de fourmillements dans l'auriculaire. Tardivement, on observe une diminution de la sensibilité de ce doigt. Il existe alors également une perte de force de la main, associée à une fonte de la musculature, donnant un aspect atrophique (amaigri). Un examen complémentaire (ENMG) permet de préciser le lieu et l'importance de la compression. Cet examen est pratiqué par un neurologue. Il est souvent décrit comme désagréable par les personnes chez qui il a été pratiqué.

Quel est le traitement ?

Dans les cas récents, le nerf peut être mis au repos en évitant l'appui ou la flexion du coude. La prise d'anti-inflammatoires ou leur application sur le lieu de compression peut favoriser la guérison. La mise au repos du nerf dans une attelle maintenant le coude en extension peut également être utile.

La tactique thérapeutique est analogue à celle utilisée pour le traitement du nerf médian au poignet.

Si la pathologie est ancienne, ou si elle n'a pas cédé après 6 mois de traitement conservateur, une intervention chirurgicale est justifiée.

Comment l'opération se déroule-t-elle ?

(En ce qui concerne la préparation à l'opération, veuillez consulter le chapitre 2. Chirurgie de la main).

L'incision cutanée est pratiquée sur la face interne du coude. Le nerf est mis en évidence. Suivant son apparence et l'état des tissus environnants, il est simplement libéré (neurolyse). Une résection osseuse (épicondylectomie), afin de pratiquer une décompression indirecte du nerf, ou un transfert du nerf en avant du coude (transposition) sont des alternatives classiques. La peau est ensuite

refermée sur un drain.

La durée opératoire oscille entre 60 et 90 minutes. La durée réelle dépend des techniques et des altérations anatomiques rencontrées.

A la fin de l'opération, le coude est immobilisé dans un pansement plâtré. Seuls l'épaule et les doigts restent libres.

En quoi consistent les soins post-opératoires ?

Après l'intervention, le patient est installé dans un lit à la salle de réveil, où l'infirmière anesthésiste veille à son bien-être. Si, durant les deux heures de surveillance, tout se déroule normalement, l'opéré peut regagner son domicile avec une prescription, un certificat médical, un rendez-vous, ainsi que les recommandations d'usage.

En fonction de la technique utilisée, le coude est immobilisé 10 à 20 jours, de manière à éviter l'irritation du nerf. En revanche, durant cette période, le patient doit mobiliser régulièrement ses doigts, ainsi que son épaule (mouvements amples de rotation), afin d'éviter leur enraidissement.

Les fils sont enlevés vers le 10^{ème} jour. Après l'ablation du plâtre, le patient commence lui-même les exercices quotidiens d'assouplissement du coude. En cas de difficulté (douleurs, raideur), une rééducation dirigée par un thérapeute de la main lui sera prescrite.

Quels sont les risques de l'intervention ?

La libération d'un nerf comporte certains risques caractéristiques à ce type de chirurgie. Au cours de l'opération, si le nerf ne suit pas sa voie habituelle ou s'il se trouve englobé dans un tissu cicatriciel, il risque d'être lésé. Même réparé, celui-ci peut alors laisser des séquelles sous forme de douleurs, de troubles de la sensibilité ou d'une certaine faiblesse de la main.

Après l'intervention, dans quelques cas, on peut être confronté aux complications inhérentes aux risques de tout geste chirurgical: hématome, infection, voire algodystrophie. Cette redoutable complication survient le plus souvent après un certain laps de temps (10 jours à 3 semaines). Elle doit être traitée le plus rapidement possible de façon spécifique. Il s'agit d'une réaction particulière du membre supérieur, qui peut se manifester sous la forme d'une tuméfaction

douloureuse avec tendance à l'enraidissement de la main et de l'épaule. Traitée convenablement et rapidement, le pronostic est bon, c'est-à-dire la récupération de la fonction sera complète.

Quel est le pronostic du traitement ?

Lorsque les lésions sont récentes et opérés alors qu'il n'y a encore ni perte de la sensibilité, ni de la force, la récupération fonctionnelle est habituellement rapide et complète. En revanche, une compression de longue date, avec perte de la sensibilité de l'auriculaire, associée à une faiblesse de la main, laisse prévoir une récupération lente et souvent incomplète.