

# 32

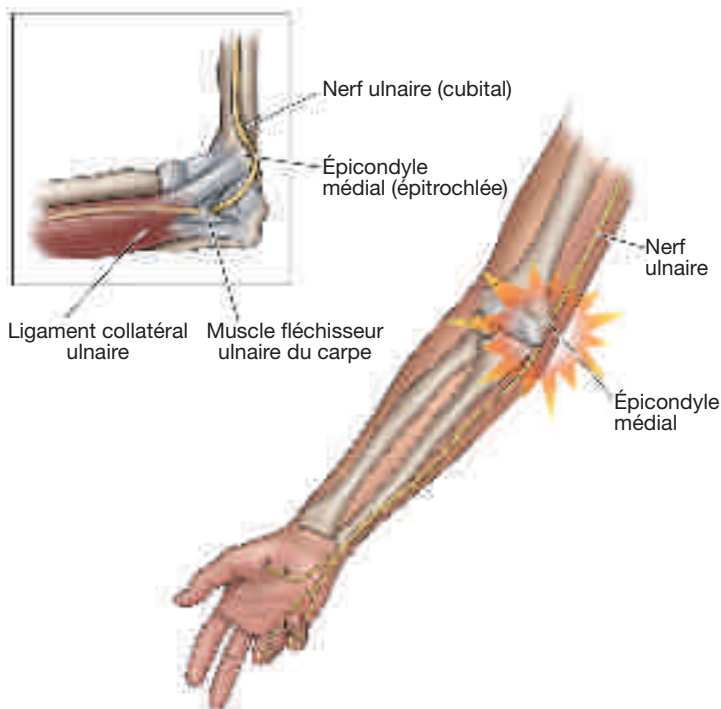
## Syndrome du tunnel cubital

### SYNDROME CLINIQUE

Le syndrome du tunnel cubital est une cause rare de douleur et de faiblesse de la partie latérale de l'avant-bras qui peut être assez pénible pour le patient. Ce syndrome canalaire se manifeste par une douleur et une paresthésie associées de la partie latérale de l'avant-bras qui irradient dans le poignet, l'annulaire et l'auriculaire. Ces symptômes sont souvent aggravés par une flexion prolongée du coude. La douleur du syndrome du tunnel cubital a été décrite comme désagréable et dysesthésique. Le déclenchement des symptômes se produit généralement après des mouvements répétitifs du coude ou lorsqu'une pression répétée est exercée sur le coude, par exemple en s'appuyant pour se lever d'un lit. Un traumatisme direct du nerf ulnaire (cubital) au niveau de sa pénétration dans le tunnel cubital peut également provoquer un tableau clinique similaire. Sans traitement, un déficit moteur progressif et, à terme, une contracture en flexion des doigts affectés peuvent survenir. Le syndrome du tunnel cubital est provoqué le plus souvent par une compression du nerf ulnaire par une bande aponévrotique qui s'étend de l'épicondyle médial de l'humérus (épitrochlée) au bord médial de l'olécrâne.

### SIGNES ET SYMPTÔMES

L'examen physique retrouve une douleur à la palpation au niveau du nerf ulnaire dans le coude. Un signe de Tinel positif sur ce nerf au niveau de son passage sous les aponévroses est généralement présent. Le déficit des muscles intrinsèques de l'avant-bras et de la main qui sont innervés par le nerf ulnaire peut être identifié par un examen attentif des muscles de la main, bien que, dans les premières phases du syndrome, la seule anomalie clinique, à l'exception de la douleur à la palpation sur le nerf, ne soit qu'une perte de sensibilité de la face ulnaire de l'auriculaire. Au fur et à mesure de la progression du syndrome, la main affectée peut prendre une apparence de main en griffe (figure 32.1). Un signe de Wartenberg positif, qui



**Figure 32.1.** Les patients souffrant d'un syndrome du tunnel cubital montrent une faiblesse des muscles intrinsèques de l'avant-bras, et la main peut prendre une apparence de main en griffe.

indique un déficit de l'adduction de l'auriculaire, est souvent présent (figures 32.2 et 32.3).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Un électromyogramme peut permettre de distinguer une radiculopathie cervicale et un syndrome du tunnel cubital d'un coude du golfeur (épitrochléite). Des radiographies standard sont réalisées chez tous les patients présentant un syndrome du tunnel cubital afin d'éliminer une pathologie osseuse occulte, notamment des ostéophytes comprimant le nerf ulnaire. Selon le tableau clinique



**Figure 32.2.** L'adduction de l'auriculaire est souvent retrouvée dans le syndrome du tunnel cubital. (Source : Waldman SD. *Physical diagnosis of pain : An atlas of signs and symptoms*. Philadelphie : Saunders; 2006. p. 127.)

présenté par le patient, des analyses supplémentaires, comprenant une numération-formule sanguine complète et une vitesse de sédimentation, peuvent être indiquées. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du coude est nécessaire si une instabilité articulaire est suspectée et pour identifier la cause de la compression du nerf ulnaire (figure 32.4). L'infiltration du nerf ulnaire constitue à la fois une manœuvre diagnostique et thérapeutique.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le syndrome du tunnel cubital est souvent confondu avec un coude du golfeur. C'est l'une des raisons pour lesquelles de nombreux patients ne répondent pas aux traitements symptomatiques de leur soi-disant « coude du golfeur ». Il peut être distingué du coude du golfeur par le fait que, dans le syndrome du tunnel cubital, la douleur maximale à la palpation se situe au niveau du nerf ulnaire 2,5 cm sous l'épicondyle médial, tandis que dans le coude du golfeur, la douleur maximale à la palpation se trouve directement sur

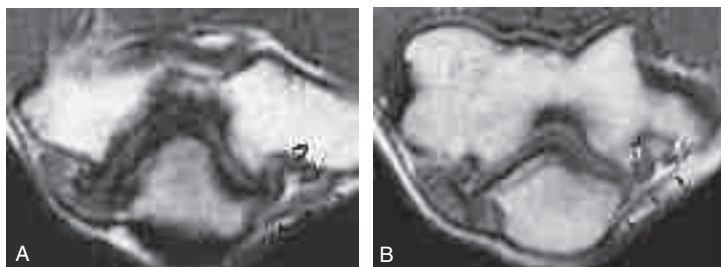


**Figure 32.3.** Signe de Wartenberg pour le syndrome du tunnel cubital. (Source : Waldman SD. *Physical diagnosis of pain : An atlas of signs and symptoms*. Philadelphie : Saunders ; 2006. p. 128.)

l'épicondyle médial. Il doit également être différencié d'une radiculopathie cervicale faisant intervenir les racines issues de C7 ou C8. En outre, une radiculopathie cervicale et une compression du nerf ulnaire peuvent coexister dans les syndromes canaux étagés (*double crush syndrome*). Les syndromes canaux étagés sont observés le plus fréquemment avec une compression du nerf médian au niveau du poignet ou un syndrome du canal carpien.

## TRAITEMENT

Le traitement initial de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle doit reposer sur l'association d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'inhibiteurs de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2) et d'une kinésithérapie. L'application locale de chaleur ou de froid peut



**Figure 32.4.** Épaississement du rétinaculum du tunnel cubital. A. L'IRM axiale pondérée en T1 montre que le nerf ulnaire (*flèche blanche*) est en profondeur par rapport au rétinaculum du tunnel cubital (*têtes de flèches*) et superficiel par rapport au ligament collatéral médial (*flèche courbe*). B. L'IRM axiale plus distale chez le même patient montre le nerf ulnaire (*flèche blanche*) plus en profondeur que la normale, une fine aponévrose du muscle fléchisseur ulnaire du carpe (*petites flèches noires*), et superficiel par rapport à la capsule articulaire médiale légèrement épaissie (*flèche vide*). (Source : Edelman RR, Hesselink JR, Zlatkin MB, Crues JV. *Clinical magnetic resonance imaging*, 3rd ed. Philadelphia : Saunders; 2006. p. 3303.)

également être bénéfique. Les mouvements répétitifs pouvant être à l'origine de ce syndrome doivent être évités. Chez les patients ne répondant pas à ces modalités thérapeutiques, l'injection d'un anesthésique local et d'un corticoïde au niveau du nerf ulnaire dans le coude peut être une intervention thérapeutique à envisager. Si les symptômes persistent, une exploration chirurgicale et une décompression du nerf ulnaire doivent être effectuées.

## COMPLICATIONS ET EFFETS INDÉSIRABLES

Les principales complications associées au syndrome du tunnel cubital peuvent être classées en deux catégories : 1) des complications iatrogènes dues à un traitement persistant et extrêmement agressif d'un « coude du golfeur résistant » ; et 2) le risque de déficits neurologiques permanents dus à une compression prolongée non traitée du nerf ulnaire. Des lésions permanentes de l'articulation ainsi qu'une douleur et une incapacité fonctionnelle chroniques risquent de se produire si le clinicien n'identifie pas une inflammation aiguë ou une arthrite infectieuse du coude.

## CONSEILS CLINIQUES

Le syndrome du tunnel cubital est une entité clinique distincte souvent confondue avec un coude du golfeur. C'est en partie pourquoi de nombreux patients ne répondent pas aux traitements symptomatiques de leur soi-disant «coude du golfeur». Le syndrome du tunnel cubital peut être distingué du coude du golfeur dans la mesure où la douleur maximale à la palpation se situe au niveau du nerf ulnaire et qu'un signe de Tinel positif est présent, tandis que dans le coude du golfeur, la douleur maximale à la palpation se trouve au niveau de l'épicondyle médial. En cas de suspicion d'un syndrome du tunnel cubital, l'injection d'un anesthésique local et d'un corticoïde du nerf ulnaire au niveau du coude peut apporter un soulagement quasi instantané. Un examen neurologique approfondi destiné à identifier des déficits neurologiques préexistants, qui pourraient par la suite être attribués par erreur au bloc nerveux, doit être effectué chez tous les patients avant de réaliser un bloc du nerf ulnaire au niveau du coude.