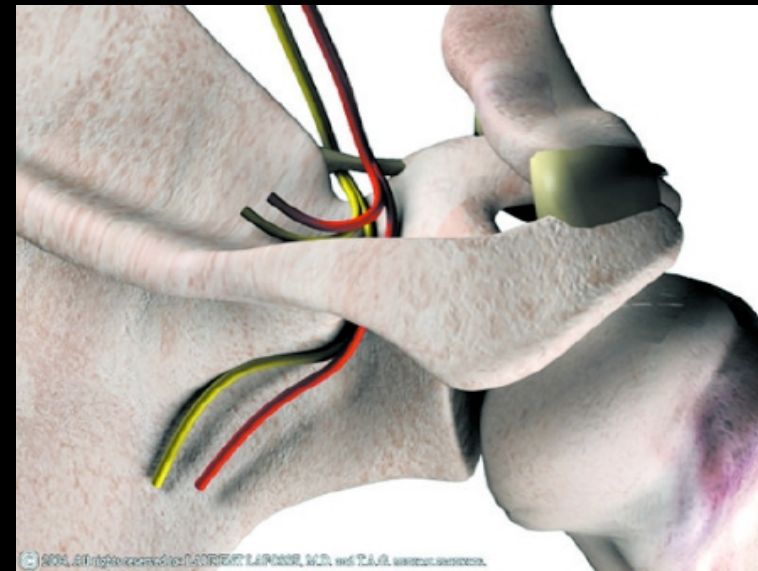
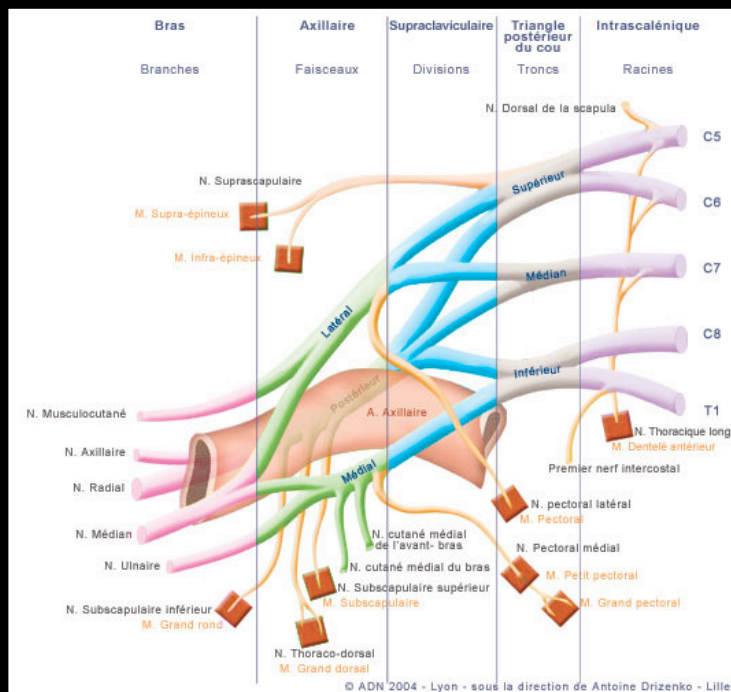


R. Gravier, S. Airaudi, J. L Pellat,
P. Samson
Institut de la Main et du Membre Supérieur
Clinique Monticelli





- Douleur sourde parfois à type de **brulure** sans déclenchement mécanique
- Irradiant dans la **fosse sus épineuse** et vers le cou
- Parfois reproduite à la palpation de la fosse sus épineuse

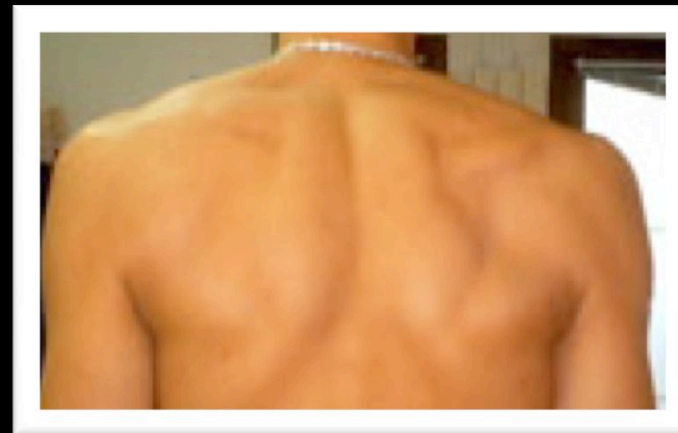


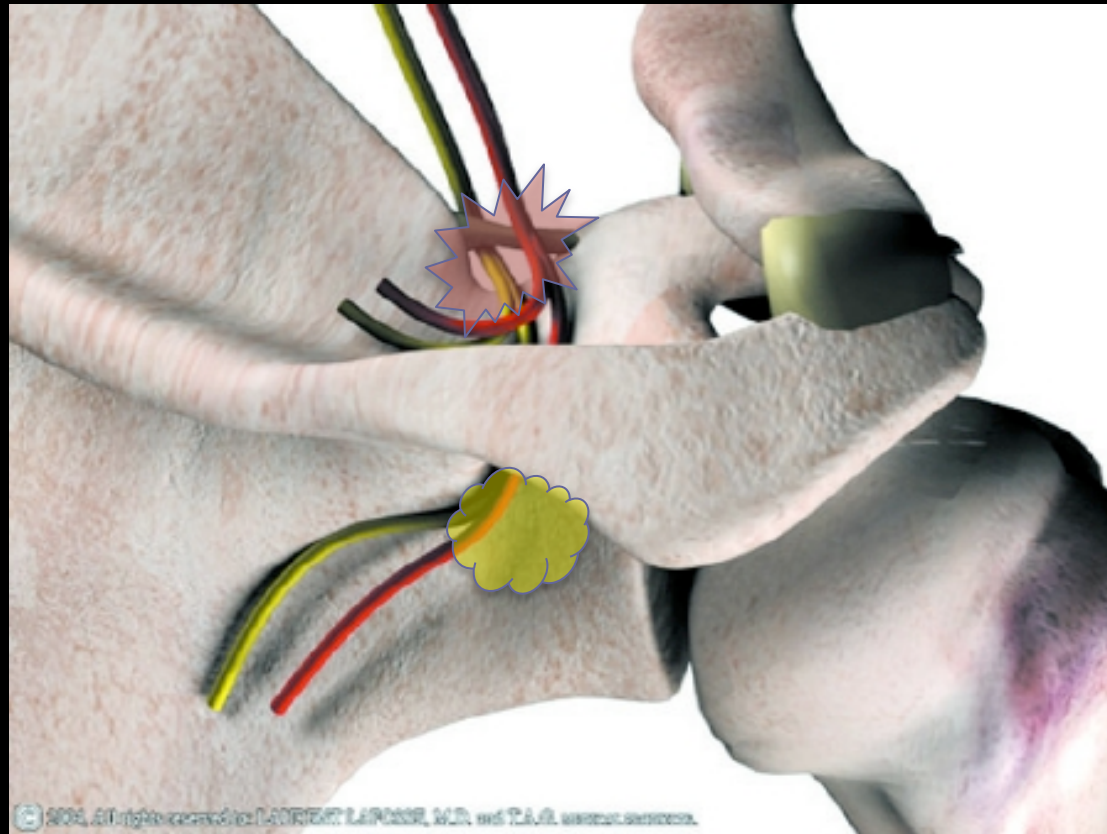
- Sportif de lancé parfois associée à une lésion du bourrelet



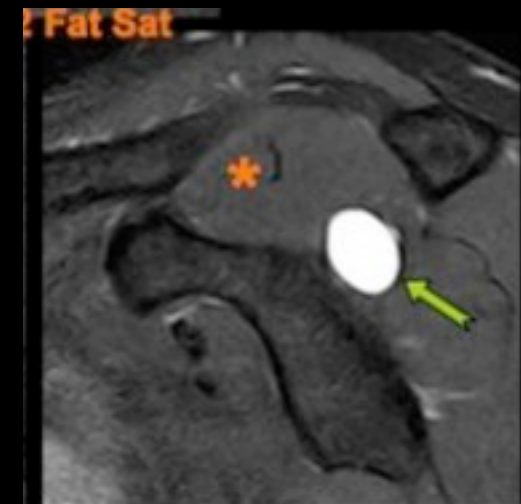
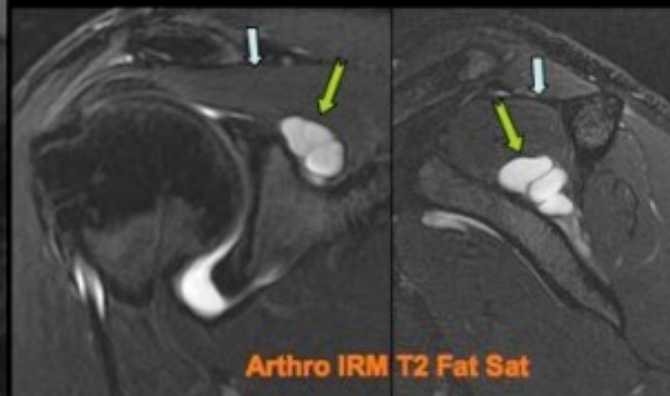
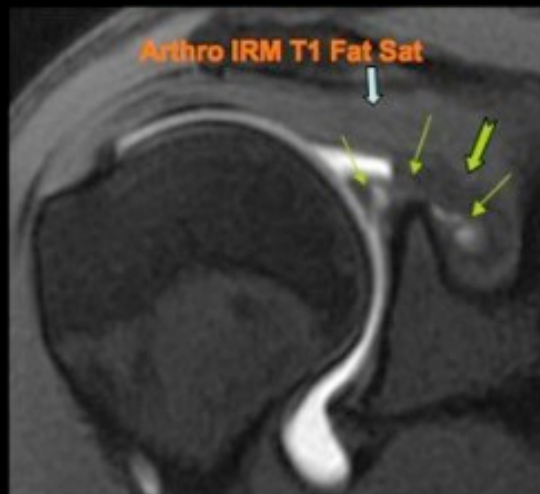
- Mais souvent idiopathique

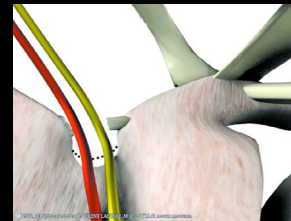
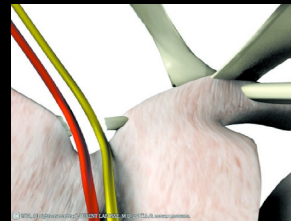
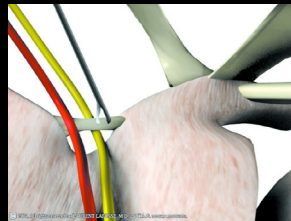
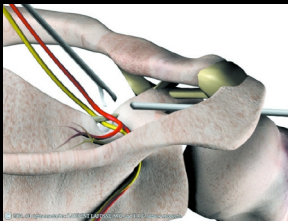
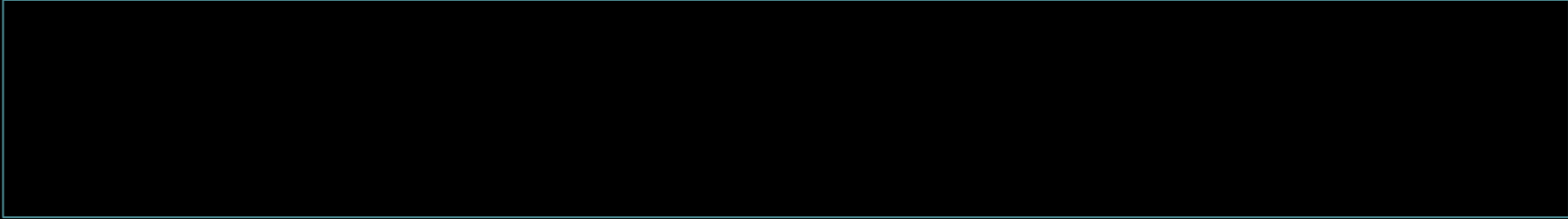
- A l'examen: **amyotrophie** des fosses sus et sous épineuse ou sous épineuse isolée

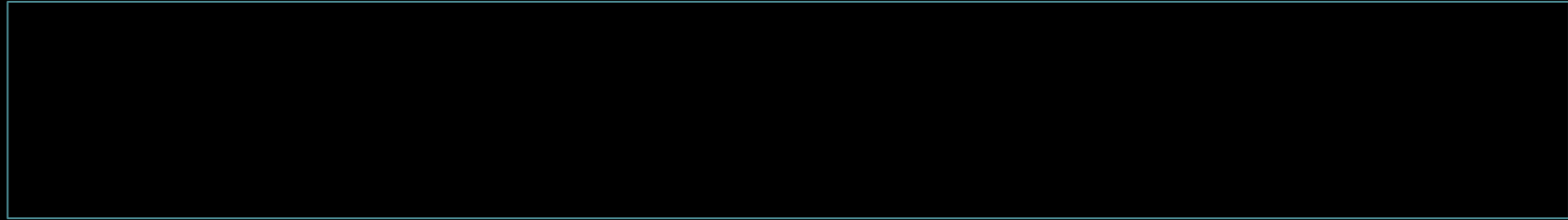




- **EMG** du nerf supra scapulaire : permet d'affirmer le diagnostic et parfois de localiser la lésion
- **IRM ou arthro IRM** recherche d'un kyste supra glénoïdien et d'une lésion du bouret supérieur ou postérieur

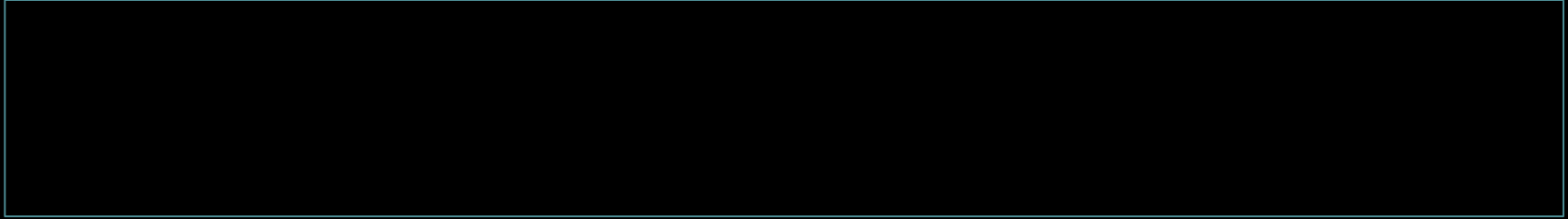






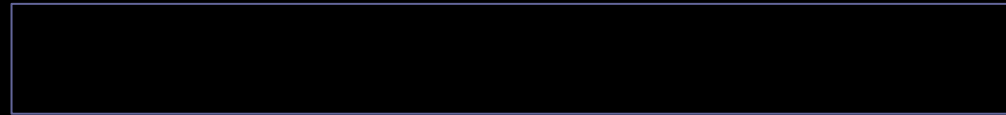
- Dégénérescence brutale des gaines de myéline entourant les nerfs
- Origine ? Virale probable
- Baisse de la vitesse de conduction nerveuse
- Touche le plus souvent le nerf du grand dentelé, le nerf supra scapulaire, le nerf circonflexe

- Douleur brutale nocturne à caractère inflammatoire mais de courte durée
- Puis installation d'une sensation de perte de force globale avec parfois déficit franc d'antépulsion



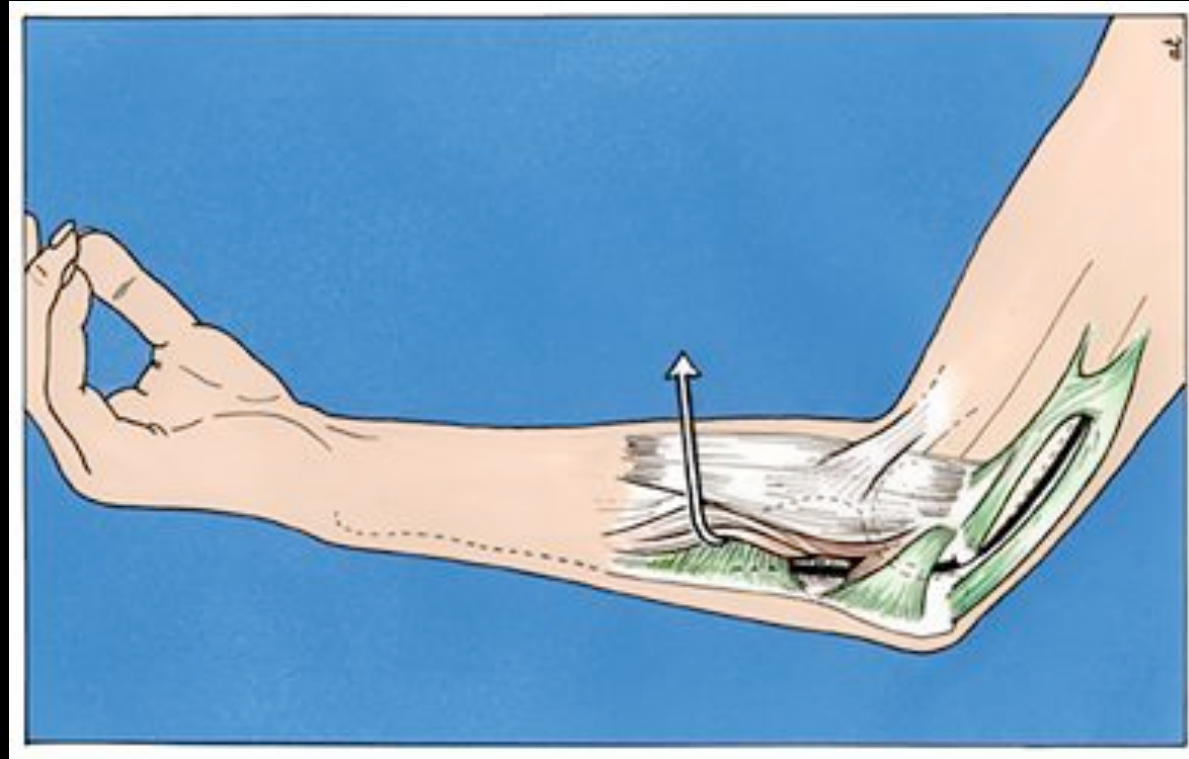
-
- **EMG** du nerf supra scapulaire, du nerf du grand dentelé, et du nerf circonflexe
 - Diagnostic d'élimination

- Récupération spontanée en quelques semaines ou quelques mois
- Rééducation en phase de récupération
- Vitaminothérapie



- Clinique
 - Fatigabilité bras en l'air
 - Sensation d'engourdissement du bras
 - Disparition du pouls en antépulsion maximale
- Echo doppler
 - Fait le diagnostic
- Traitement
 - Rééducation
 - Résection de la première cote

- Irradiant du cou vers le bras en suivant le bord supérieur du trapèze, vers la pointe de l'omoplate , jusqu'aux doigts
- Reproduites à la palpation du rachis++++
- ATCD traumatiques, arthrose connue
- RX, IRM et EMG



Douleur

- d'installation progressive **face interne de l'avant bras** et du coude irradiant au **bord ulnaire de la main**
- Exacerbées par la position coude fléchi prolongée: la nuit, téléphone, lecture
- Irradiations possibles vers la racine du membre et vers la pointe de l'omoplate
- Atcd traumatique au micro traumatiques

- A l'examen: amyotrophie du premier espace inter osseux, déficit d'adduction du V et du pouce puis griffe cubitale



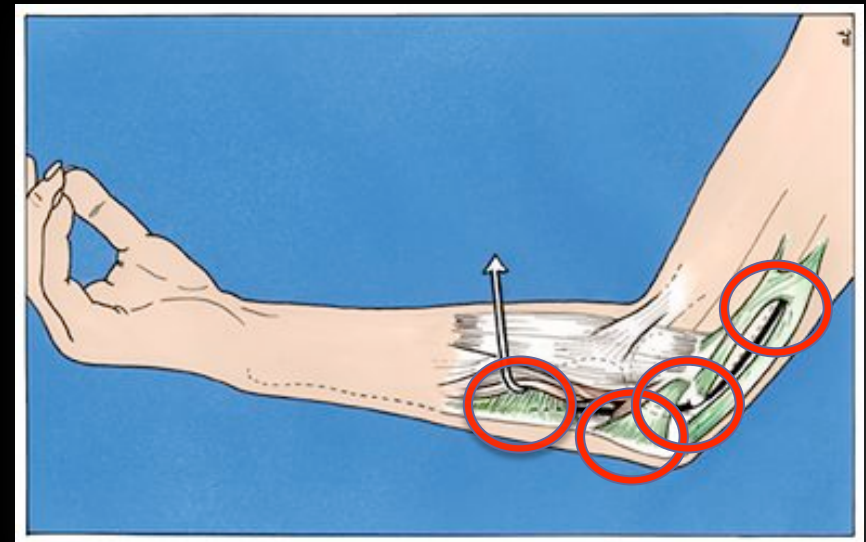
- Tinel au coude



- Recherche d'une instabilité du nerf au coude
ressaut perçu en flexion du coude avec
sensation de décharge électrique dans le
trajet du nerf

4 sites de compression

1. Sous l'aponévrose profonde du flexor carpi ulnaris
2. Sous l' arcade d'Osborne réunissant les deux chefs du flexor carpi ulnaris +++
3. Dans la gouttière épitrochléo-olécraniennne
4. Au niveau de l'arcade de Stuthers



- EMG du nerf ulnaire et du nerf médian
- Echographie: recherche une instabilité
- Radiographie du coude: recherche d'une malformation de la gouttière rétro épitrochléene

- En fonction de la gêne et de l'atteinte à l'EMG
- Traitement conservateur symptomatique si gêne modérée et atteinte sensitive pure:
 - AINS, infiltration?
 - Attelles nocturnes

- Libération chirurgicale si gène importante et/ou atteinte motrice
 - Libération simple

– Transfert



5/15