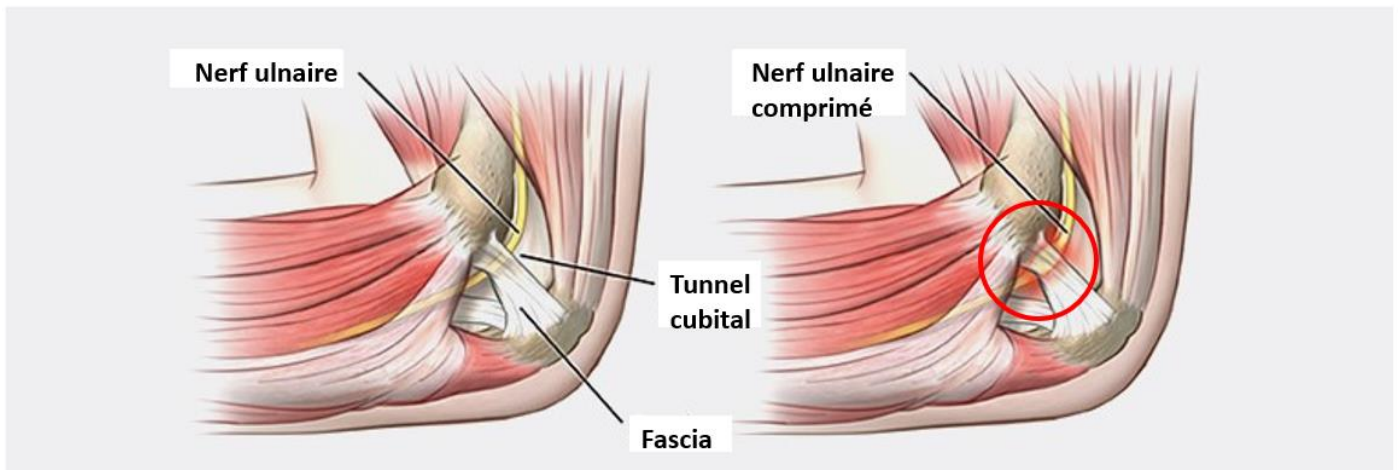


Fiche d'information

LIBERATION DU NERF ULNAIRE AU COUDE

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Le nerf cubital chemine en arrière du coude dans un tunnel fibreux, puis s'engage sous une arcade fibreuse à la partie haute de l'avant-bras. Tout mécanisme qui empêche le nerf de coulisser normalement va entraîner une souffrance neurologique (celle-ci provoque des fourmillements au niveau du 5ème et du 4ème doigt, pouvant aboutir à une perte de sensibilité de ces doigts et une fonte musculaire au niveau des muscles de la main) ; en général le nerf est bloqué au niveau de l'arcade fibreuse (« arcade d'Osborne »).



La chirurgie devient nécessaire pour une forme chronique confirmée par EMG et résistante au traitement médical :

- L'intervention habituelle va décompresser le nerf en sectionnant l'arcade fibreuse en aval de l'épitrachée. Cette technique est adaptée à la plupart des compressions chroniques.
- La transposition antérieure est plutôt adaptée aux récurrences et aux instabilités du nerf.

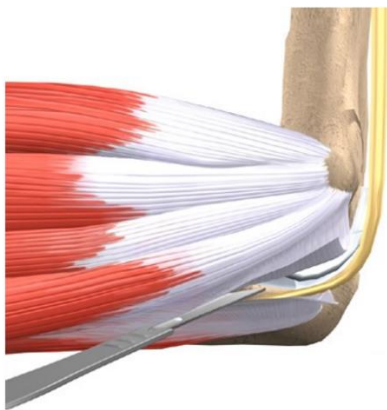
COMMENT SE DERoule L'INTERVENTION ?

L'intervention :

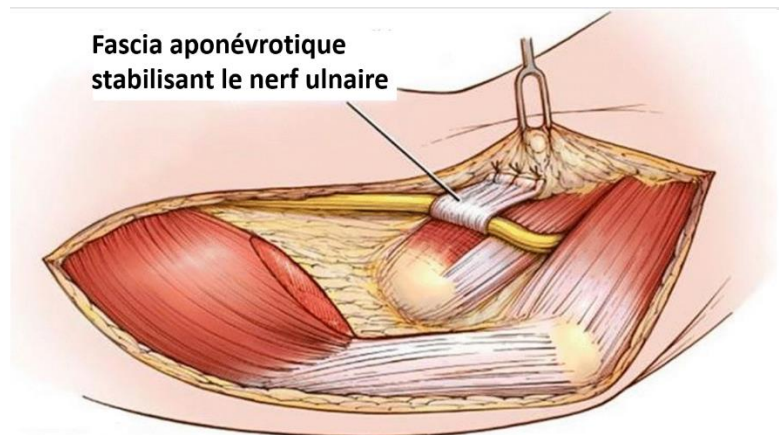
- **L'hospitalisation** : elle se déroule en ambulatoire, sur une demi-journée. Votre sortie se fera une à deux heures après l'intervention.
- **L'anesthésie** : elle se fait sous anesthésie locorégionale (bloc plexique) qui garantira une indolence complète de votre membre opéré dans les heures qui suivront l'intervention.

• Le geste chirurgical :

- Pour une neurolyse simple, il se fait par une courte incision transversale, de 2 cm environ, juste en aval de l'épitrôchlée. Les tissus sont écartés en préservant les rameaux nerveux superficiels, et le nerf repéré à sa sortie du tunnel ostéofibreux épitrôchléo – olécrânien. L'arcade fibreuse du muscle cubital antérieur est incisée, et le nerf libéré sur les 3 cm en aval en ouvrant le fascia d'Osborne. Les tissus sont ensuite refermés et aucune immobilisation n'est nécessaire.
- Lorsqu'il faut réaliser une transposition antérieure, l'incision est un peu plus longue, en arc de cercle, car il faut libérer le nerf jusqu'à la partie basse du bras puis le faire glisser sur l'attache des muscles épitrôchléens où il sera stabilisé par une petite languette fibreuse. Un drainage sera mis en place dans ce cas et une attelle prenant le coude est mise en place.



Neurolyse simple



Transposition antérieure

• **Votre départ** se fera une à deux heures après votre intervention après l'ablation de votre drainage. Nous vous remettrons les différents documents et ordonnances nécessaires, ainsi qu'un arrêt de travail et un rendez-vous de contrôle fixé au bout de 3 semaines.

Les suites de l'intervention :

- N'hésitez pas à mobiliser votre coude durant cette période, cela ne sollicite pas anormalement les tissus réparés, et évite qu'il ne s'enraidisse. Il faut éviter de forcer avec la main pendant les trois premières semaines surtout en cas de transposition antérieure. La douleur peut rester présente plusieurs jours mais est rarement importante, dans ce cas prenez rigoureusement les médicaments qui vous sont prescrits et n'hésitez pas à appliquer du froid sur la zone opérée. La première visite a lieu trois semaines avant l'intervention, elle permet de vérifier comment votre coude cicatrise, et l'amélioration des troubles sensitifs ; selon leur importance, un engourdissement peut encore être présent ainsi qu'une faiblesse de la main.
- La reprise de la plupart des activités fera à partir de là, plus ou moins rapidement selon l'importance de la souffrance initiale du nerf. Un arrêt de travail est envisageable entre 3 et 6 semaines. Des activités de loisir modérées (jardinage, vélo) sont possibles au-delà de 3 semaines. Quant à la récupération neurologique, celle-ci dépend de la gravité de la compression originelle. La sensation d'endormissement des doigts peut subsister jusqu'à 6 mois à 1 an après l'opération, pour les formes les plus sévères. La rééducation n'est nécessaire que dans de très rares cas.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- **Des risques non spécifiques :**

- un hématome peut survenir, qui se résorbe en général tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

- L'infection profonde est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et un traitement prolongé par antibiotiques. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

- L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois une prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

- Il y a parfois une **irritation de petits nerfs cutanés** près de l'incision, qui disparaissent en quelques semaines. Une atteinte nerveuse du nerf ulnaire (pris dans un tissu fibreux cicatriciel) est rare.
- **La cicatrice** peut rester gonflée et sensible pendant plusieurs semaines avec gêne à l'appui. **Une raideur** temporaire du coude peut être observée, elle va très rarement justifier une rééducation complémentaire.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

EN RÉSUMÉ la libération chirurgicale du nerf ulnaire au coude est une intervention justifiée devant un syndrome compressif clinique et électromyographique du nerf ulnaire. Le geste chirurgical en est bien codifié, les résultats en sont le plus souvent bons, mais le degré et la vitesse de récupération sont variables et imprévisibles, en fonction notamment du degré de l'atteinte.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION :

Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ?

Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ?

Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?

Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?

Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

Me recommandez-vous un second avis ?

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher