

## Luxation post-traumatique du nerf ulnaire au coude (A propos d'un cas)

## Traumatic dislocation of the ulnar nerve at the elbow

(\*) Bennis A, Youssef J, Ouzaa MR,  
Lamkhanter A, Ayoub B, Benchekroune  
M, Jaafar A

### RESUME

Les auteurs rapportent un cas rare d'un patient présentant une luxation post-traumatique du nerf ulnaire au coude. Le diagnostic est fait à l'examen clinique. L'exploration chirurgicale a mis en évidence une absence totale du rétinaculum du tunnel ulnaire. La transposition antérieure sous cutanée du nerf ulnaire a permis d'obtenir un bon résultat fonctionnel.

MOTS-CLÉS: Nerf ulnaire, luxation, traumatique.

### ABSTRACT

The authors report a rare case of a patient with traumatic dislocation of the ulnar nerve at the elbow. The diagnosis is made by clinical examination. Surgical exploration revealed a complete absence of the retinaculum Ulnar tunnel. An anterior

Conflit d'intérêt: Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article

\* Service de Traumatologie-Orthopédie I, Hôpital Militaire d'Instruction Med V, Rabat-Maroc

subcutaneous transposition of the ulnar nerve was performed and yielded a good functional outcome.

Keywords: Ulnar Nerve, dislocation, traumatic.

### INTRODUCTION

Affection assez fréquente, la première description de la luxation du nerf ulnaire au coude a été rapportée par Childress en 1956. Elle se voit le plus souvent dans un contexte congénital (1) et les formes post-traumatiques restent plus rares (2, 3). Nous en rapportons le cas d'un patient chez qui la transposition antérieure sous cutanée a permis une guérison complète de la symptomatologie.

### OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'un patient âgé de 22 ans, droitier, ayant comme antécédent un traumatisme négligé du coude gauche remontant à six mois. Il avait consulté pour un ressaut douloureux au niveau du même coude, associé à des fourmillements de l'avant-bras et des doigts cubitiaux homolatéraux. A l'examen clinique, la luxation du nerf ulnaire était évidente, elle se produisait à la flexion du coude avec une réduction à l'extension. L'examen sensitivo-moteur de la main était sans particularité. Le coude controlatéral était normal. La radiographie du coude, seul examen para-clinique demandé était sans anomalie évidente. Devant l'importance de la gêne fonctionnelle, une indication chirurgicale de stabilisation du nerf ulnaire a donc été posée. L'intervention a été menée sous anesthésie locorégionale avec un garrot pneumatique à la racine du membre. Une voie d'abord médiale du coude centrée sur la gouttière épitrochléo-olécraniennne (E-O) a été utilisée. L'exploration chirurgicale avait révélé l'absence totale du rétinaculum du tunnel ulnaire (Fig1-2) et l'aspect pseudo-

névromateux localisé du nerf ulnaire (Fig3). Dès lors, une transposition antérieure sous cutanée de ce dernier fût alors réalisée (Fig4). Le résultat post-opératoire était satisfaisant avec une disparition complète du ressaut et des douleurs, et un retour à la vie normale à un mois après l'intervention.



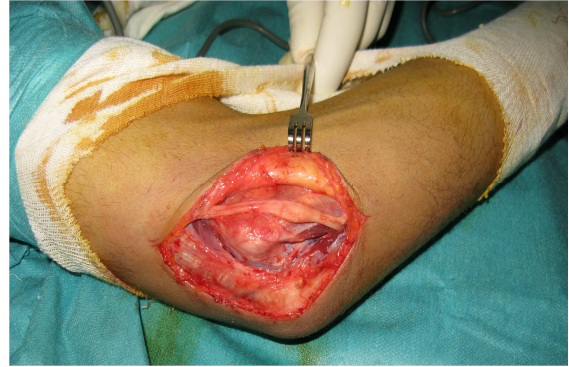
**Fig 1 :** Nerf ulnaire dans sa gouttière à l'extension du coude.



**Fig 2 :** Luxation du nerf ulnaire en avant de l'épitrôchlée à la flexion du coude.

## DISCUSSION

L'instabilité du nerf ulnaire au niveau du coude est une affection assez fréquente puisque son incidence a été estimée à 16,2 % de la population générale (1). La pathogénie de cette instabilité reste mal définie car plurifactorielle (4), pouvant être due à un triceps proéminent, une absence



**Fig 3 :** Aspect pseudo-névromateux localisé du nerf ulnaire.



**Fig 4 :** Transposition antérieure sous cutanée du nerf ulnaire.

ou une présence d'une laxité du rétinaculum qui ferme la gouttière E-O, une faible profondeur de cette gouttière et un cubitus valgus (5-6) ; des cas familiaux où l'instabilité est bilatérale ont été également rapportés (7). Les formes post-traumatiques avec luxation complète du nerf ulnaire en avant de l'épitrôchlée restent rares et sont le plus souvent secondaires à une déchirure du rétinaculum ou à un remaniement du massif épitrôchléen (8-9). Dans notre cas, l'absence totale du rétinaculum était la cause principale de cette luxation. Sur le plan clinique, la luxation post-traumatique du nerf ulnaire se manifeste par des douleurs du coude, à type de paresthésies irradiant le long du bord cubital de l'avant-bras et de la main,

exacerbées à la flexion du coude avec une sensation d'un ressaut qui traduit la luxation du nerf. Une amyotrophie de la loge hypothénarienne peut également se voir en cas de névrite (10-12). Le syndrome douloureux et le ressaut du nerf étaient les signes d'appels chez notre patient. La radiographie du coude peut être normale, ou révéler des remaniements traumatiques de l'épitrôchlée (11). L'échographie dynamique semble être plus intéressante dans les cas douteux, en montrant le ressaut du nerf ulnaire, associé parfois à celui du tendon du triceps selon Brasseur et Hammani (7). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ne permet pas le diagnostic, mais évoque parfois la souffrance nerveuse, sous forme d'épaississement du nerf avec accentuation de l'hyposignal à sa périphérie (13). L'électromyogramme (EMG) renseigne sur la névrite de friction, en montrant un ralentissement de la vitesse de conduction nerveuse (13-14). Le traitement de la luxation post-traumatique du nerf ulnaire est chirurgical pour la majorité des orthopédistes, en raison de la simplicité de l'acte opératoire et le retour rapide aux activités précédentes. Cette chirurgie est basée sur la transposition antérieure du nerf ulnaire, qui peut être sous cutanée, intramusculaire ou sous musculaire (1-15). D'autres techniques opératoires ont été également décrites, comme le repositionnement du nerf dans sa gouttière avec une retinaculoplastie associée ou non à l'épicondylectomie médiale partielle (4-9). Chez notre patient, nous avons réalisé avec succès la transposition antérieure sous cutanée du nerf ulnaire.

## CONCLUSION

La luxation post-traumatique du nerf ulnaire au coude est une pathologie rare et handicapante par la névrite qu'elle entraîne. Son diagnostic doit être précoce, il repose essentiellement sur la clinique. La transposition antérieure sous cutanée reste une technique simple et efficace.

## REFERENCES

- 1- Childress HM. Recurrent ulnar-nerve dislocation at the elbow. Clin Orthop 1975; 108: 169-173.
- 2- Xarchas K.C, Psillakis I, Koukou O, Kazakos K.J, Ververidis A, Verettas D.A. Ulnar Nerve Dislocation at the Elbow: Review of the Literature and Report of Three Cases. The Open Orthopaedics Journal 2007; 1: 1-3.
- 3- Hager D, Schoffl H. Traumatically-induced dislocation of the ulnar nerve. Unfallchirurg 2001;104:1186-8.
- 4- Roulot E, Charlez C. Le nerf ulnaire au coude. Chirurgie de la main. 2004 ; 23 : 110-127.
- 5- Spinner RJ, Goldner RD. Snapping of the medial head of the triceps and recurrent dislocation of the ulnar nerve. J Bone Joint Surg 1998; 80A(2):239-47.
- 6- Rosenberg ZS, Beltran J, Cheung YY. The elbow: MR features of nerve disorders. Radiology 1993;188:235-40.
- 7- Hammani L, Brasseur J-L. Nevralgie et instabilité du nerf cubital. J.Traumatol. Sport 1999; 16 :28-31
- 8- Koulali-Idrissi K, Jaafar A, Margad O, Lazrak K. Luxation récidivante post-traumatique du nerf ulnaire (à propos d'un cas et revue de la littérature). Chirurgie de la main 2006; 25 :58-60.
- 9- Farrar Cobb M-D. Recurrent Dislocation of the Ulnar Nerve. Report of a Second Case Cured by Operation. Annals of Surgery 1908; 48(3):409-19
- 10- Amadio PC, Beckenbaugh RD. Entrapment of the ulnar nerve by the deep flexor-pronator aponeurosis. J Hand Surg 1986; 11A:83-7.
- 11- Curtis BF. Traumatic ulnar neuritis. Transplantation of the nerve. J Nerv Ment Dis 1898; 25:480-3.
- 12- Kohut GN, Della Santa DR, Chamay A. Le syndrome de compression du nerf cubital au coude. Analyse de 50 cas opérés. Ann Chir Main 1996;15(3):138-47.
- 13- Britz GW. Ulnar nerve entrapment at the elbow, Correlation of Magnetic Resonance Imaging. Clinical, Electrodiagnostic and Intraoperative finding. Neurosurgery 1996; 38(3):458-65.
- 14- Eversman WW. Entrapment and compression neuropathies. In:Green DP, editor. Operative hand Surgery, ed 3. NewYork: Churchill Livingstone 1993: 1341-86.
- 15- Rayan GM. Recurrent anterior dislocation of the ulnar nerve at the cubital tunnel. Plast Reconstr Surg 1990; 86:773-5.

