

CHIRURGIE DU COUDE

La chirurgie du coude est peu fréquente et parfois difficile. La grande majorité des pathologies rencontrées sont d'origine **traumatique**.



Cette articulation comprend en avant la région du « pli du coude ». C'est un complexe articulaire synovial du membre supérieur humain reliant le bras à l'avant-bras. Il unit ainsi trois os entre eux : Le radius, l'ulna (cubitus) et l'humérus. Elle est la réunion de **trois articulations** :
huméro-ulnaire
huméro-radiale
radio-ulnaire proximale (supérieure)

Lorsque l'avant-bras est tendu (extension complète), le bras et l'avant-bras ne sont pas alignés dans le plan frontal.

Les deux parties forment un angle ouvert en dehors, d'environ 170° chez l'homme, 160° chez la femme; c'est ce qu'on appelle le valgus physiologique.

Il s'agit d'une articulation très stable grâce aux structures qui entourent l'articulation :

- **La capsule articulaire** (doublée d'une membrane synoviale), lâche frontalement pour permettre les mouvements de flexion/extension
- **Le ligament collatéral radial**, divisé en 3 faisceaux (antérieur, moyen, postérieur), n'ayant AUCUNE insertion sur le radius
- **Le ligament collatéral ulnaire**, divisé en 3 faisceaux (antérieur, moyen, postérieur)
- **Le ligament annulaire** (stabilisant l'articulation radio-ulnaire proximale)

Quelle que soit la position de l'avant-bras, il y a toujours au moins un des faisceaux du LCR et du LCU tendu de chaque côté, ce qui explique l'extrême stabilité face au varus et valgus de coude.

La congruence osseuse participe également à cette stabilisation, et notamment le processus olécrânien de l'ulna venant se loger dans la fosse olécrânienne de l'humérus en extension de coude.

Chirurgie et pathologies du coude

LE TRAUMATISME ET LES SÉQUELLES DE TRAUMATISME :

Un traumatisme avec une fracture au coude ou des lésions ligamentaires, qu'elles soient simples ou complexes, exposent toujours au risque de **raideur importante**.

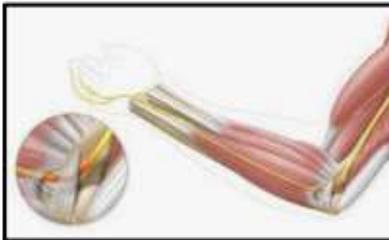
C'est la raison pour laquelle la prise en charge d'un patient pour un traumatisme du coude doit impérativement viser une solidité maximum pour une **mobilisation précoce**.



Une chirurgie secondaire appelée **arthrolyse du coude** pour restaurer de bonnes amplitudes de mobilité est lourde et incertaine. Elle peut se pratiquer à « ciel ouvert » (chirurgie ouverte) ou sous arthroscopie.

LA CHIRURGIE DES NERFS

L'articulation du coude est en contact avec les trois principaux troncs nerveux du membre supérieur. Il sollicite fortement les nerfs provoquant **instabilité ou compression**.



La principale pathologie retrouvée en pratique quotidienne est la compression et/ou l'instabilité du nerf ulnaire (**syndrome du nerf ulnaire au coude**). Suivant le degré de gravité de la compression, le traitement consistera en une neurolyse du nerf ulnaire soit par chirurgie ouverte, soit sous endoscopie. L'instabilité se traite, quant à elle, par une transposition antérieure du nerf en avant de l'épitrôchlée.

LES TENDINITES ET PATHOLOGIES TENDINEUSES DU COUDE

Une **tendinite aux coudes** est très fréquente et générée plutôt dans certaines tranches d'âge par la pratique sportive ou les mouvements professionnels répétitifs. La plus fréquente est l'**épicondylite** aussi appelée « tennis-elbow ».

La **rupture distale du tendon du biceps brachial** représente aussi un motif fréquent de consultation. Elle fait suite à un effort de soulèvement avec douleurs brutales dans le pli du coude. Cette pathologie nécessite une consultation en urgence pour une réparation dans un délai court.

L'ARTHROSE DU COUDE



La chirurgie de l'arthrose du coude est rarement pratiquée. C'est en général la conséquence d'un traumatisme ou d'une maladie du coude rhumatismale. Elle impose souvent la mise en place d'une **prothèse totale** dont la durée de fonctionnement reste limitée. Elle est donc à éviter chez des patients trop jeunes.