

# UN PARCOURS SEMÉ D'EMBUCHES

**Dr Jacques Parier**

Médecine Physique et Réadaptation, Paris



## XXX

Jean-Pierre est âgé de 35 ans. Il aurait sans doute pu être un très bon joueur de tennis puisqu'il est déjà classé en junior en début de seconde série. Malheureusement, il commence à cette époque à ressentir des douleurs du membre supérieur droit, son côté dominant. En dehors du tennis il n'est pas ou peu gêné mais s'il essaye d'enchaîner les matches une douleur s'installe peu à peu dans son bras. S'il insiste, une impotence fonctionnelle lui interdit non seulement la pratique du tennis mais aussi une utilisation un tant soit peu répétitive de ce bras.

L'examen clinique est pauvre. Même s'il décrit une douleur du coude, il n'existe aucun signe articulaire. Les classiques manœuvres de mise en tension des épicondyliens, épitrochléens, biceps et triceps sont négatives. Il n'existe pas de signes neurologiques, tout au plus un point exquis situé à la partie moyenne et externe du bras, que le patient semble reconnaître.

Les différents traitements médicaux, anti inflammatoires, mésothérapie, ostéopathie, rééducation, étirements, modification de matériel... n'ont pas eu d'efficacité durable.

**Quiz 1 • Chez un joueur de tennis qui présente depuis près de 20 ans lors du jeu une douleur du bras dominant, c'est-à-dire unilatérale, on peut envisager :**

- A. Une souffrance osseuse
- B - Une pathologie vasculaire
- C - Une enthésopathie
- D - Une souffrance neurologique

▷ Réponses : XXX

**Message-clé n° 1**

Chez ce joueur, compte tenu de la localisation et de la durée d'évolution, une enthésopathie ne paraît pas logique. Parmi les trois dernières hypothèses une pathologie

vasculaire peut être « partiellement » récusée par la clinique. Pas de fatigabilité particulière lors du travail les bras en l'air, pas de sensation de bras lourd, les

tests vasculaires (Adson,...) sont négatifs. Pour aller plus loin il faut avoir recours aux examens complémentaires.

**Quiz 2 • Quelle imagerie demanderiez-vous pour cette pathologie ?**

- A. Une radiographie
- B - Une échographie
- C - Une IRM
- D - Une scintigraphie

▷ Réponses : XXX

**Message-clé n° 2**

Compte tenu d'un diagnostic hésitant, l'examen de débrouillage logique est l'IRM. Une souffrance de l'os sera visualisée ainsi qu'une anomalie des parties molles. Cet examen s'est révélé normal chez ce joueur ! La scintigraphie, également

réalisée, était normale. Dans ces conditions on peut sans doute éliminer un problème osseux. Se pose la question de l'échographie. Aujourd'hui, il s'agit d'un examen très performant si certaines conditions sont réunies. Une machine de qualité, un praticien

très entraîné, une ordonnance qui précise la localisation de la pathologie supposée et son diagnostic éventuel : entrapement nerveux, vasculaire ? Dans ce cas l'échographe n'a pas retrouvé d'anomalie formelle au niveau du bras.

**Quiz 3 • Comment préciser le diagnostic ?**

- A - Un Electromyogramme
- B - Une prise de pression
- C - Une IRM cervicale

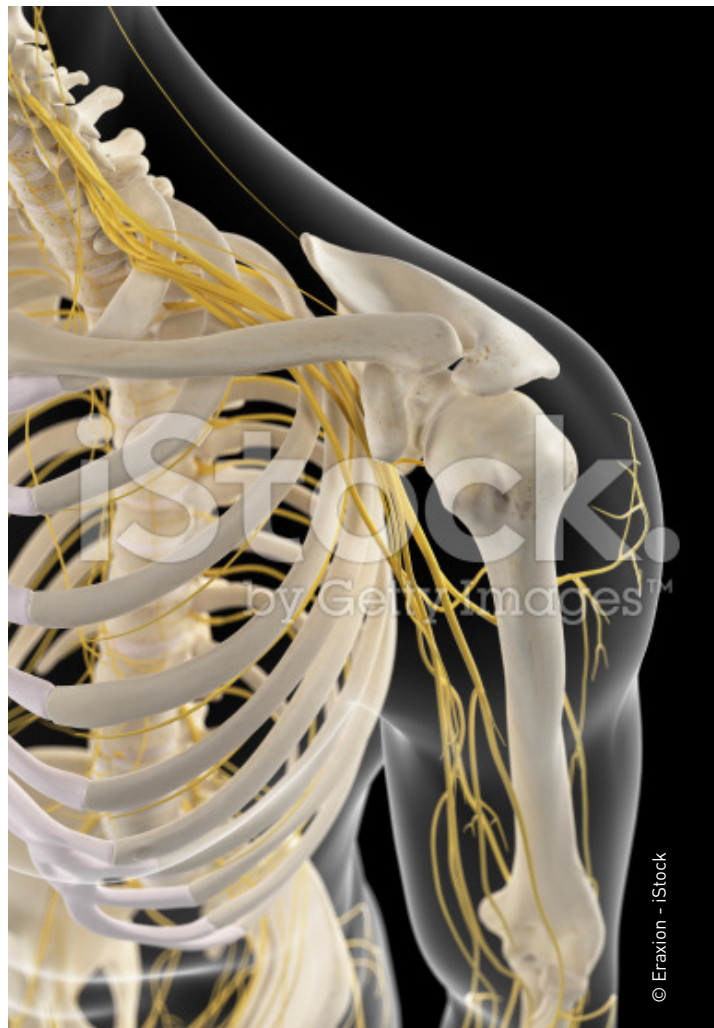
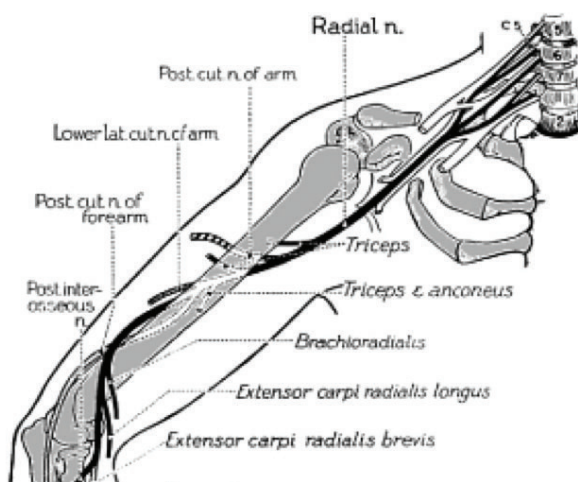
▷ Réponses : A ?

**Message-clé n° 3**

L'électromyogramme est logique. Il recherche des anomalies au niveau des muscles innervés par le radial en aval et un ralentissement de la vitesse de conduction.

Un test anesthésique peut également être utile, il est réalisé simplement pour peu que le patient retrouve le point sonnette. L'électromyogramme, dans ce cas, a

décelé des anomalies de conduction du nerf radial, le test anesthésique a été positif et les douleurs ont disparu. On peut poser le diagnostic de **syndrome de Lotem**.



© Eraxion - iStock



## Ce qu'il faut savoir

Des syndromes tunnelaires du nerf radial ont été décrits, au niveau du bras. Le premier, situé au niveau du bras, est dû soit à une compression externe du nerf radial dans la région de la gouttière humérale, soit à une lésion du nerf après des efforts musculaires répétés ou intenses.

Dans le premier syndrome, l'atteinte nerveuse est en relation avec une compression du nerf radial contre l'humérus, dans son trajet oblique derrière et juste à la partie latérale de la gouttière de l'humérus. Cela peut survenir dans des phases d'inconscience comme une anesthésie, l'abus de produits d'alcool ou de drogue, lors d'un sommeil profond quand le bras est appuyé sur une surface dure. C'est également ce qu'on appelle « la paralysie du samedi soir » ou « la paralysie des amoureux ». Cela est en relation avec un mécanisme où la tête du partenaire reste sur le bras et comprime le nerf radial. Habituellement, cette paralysie est brutale et le patient se réveille avec une paralysie complète radiale, caractérisée par une atteinte au niveau du poignet et des extenseurs des doigts. Le déficit sensitif est modéré ou localisé à la partie postérieure de la main et du pouce. Il peut aussi être absent dans certains cas.

Il existe un autre type de compression du nerf radial au bras, qui a été rapporté pour la première fois par Lotem en 1971. Il s'agissait d'une paralysie transitoire, développée à la suite

d'un travail pénible d'extension du bras, avec des poids. La récupération décrite la première fois sur 3 cas avait été complète. Des dissections montrent que le nerf radial, dans sa course à travers le compartiment postérieur du bras, le long de la gouttière de l'humérus, sous le chef latéral du triceps, passe à travers une arcade fibreuse, mais il peut également exister une compression musculaire au niveau du changement de direction du nerf par simple contrainte de torsion sans arcades compressives.

La souffrance radiale dans cette localisation a été rapportée plus tard chez un certain nombre de sportifs, tennismen, lanceurs, cyclistes, ou lors d'efforts musculaires importants. C'est une pathologie qui touche plutôt les hommes jeunes. La paralysie peut être aiguë ou progressive. La douleur est fréquente, avec une paralysie plus ou moins importante.

Le déficit sensitif est localisé sur la face dorsale de la main ou peut être absent. Dans quelques cas, les patients peuvent simplement ressentir une douleur de la partie latérale du bras.

Une décompression du nerf radial au-delà de 6 mois d'absence d'évolution peut s'effectuer dans le canal fibreux jusqu'au septum intermusculaire latéral.

D'autres compressions sont possibles sur le trajet du nerf radial, au coude et au poignet.