

INSTABILITÉ DU COUDE

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

Le **coude** est l'**articulation** qui nous permet de positionner la main dans l'espace. Il est situé entre l'**épaule** et le **poignet** et est composé de l'**humérus**, du **radius** et du **cubitus**. C'est une articulation qui présente une série de particularités : 1) C'est une articulation complexe formée par l'articulation **ulno-humérale** (entre le cubitus et l'humérus), **radio-humérale** (entre le radius et l'humérus), **radio-ulnaire** proximale (entre le radius et le cubitus au niveau du coude) et l'articulation **de l'avant-bras** à travers la **membrane** interosseuse; 2) C'est une articulation sujette à **des complications** après une blessure, telles que l'**arthrose** post-traumatique, **la raideur** ou l'**ossification hétérotopique** (**formation osseuse** supplémentaire); et 3) C'est une articulation sujette à des complications après une **intervention chirurgicale** telles que celles énumérées ci-dessus ainsi qu'à une **infection**.

L'instabilité **du coude** est définie comme le spectre de **la pathologie** qui implique la perte de stabilité articulaire , c'est-à-dire la capacité des **os** qui composent l'articulation à rester unis face au **mouvement**. Ces blessures surviennent généralement après une **chute** au cours de laquelle le contact est établi avec le **sol** soit par la **main** (**traumatisme** indirect), soit par le coude lui-même (traumatisme direct). Parfois, il y aura une **blessure** combinée dans laquelle les ligaments seront blessés, mais en même temps l'**os**, ce qu'on appelle une **fracture-luxation**. Ces **blessures** seront d'autant plus complexes qu'elles impliqueront la nécessité non seulement de restaurer les tissus mous blessés (**capsule** et **ligaments**), mais aussi la partie osseuse blessée dans la **fracture**.

Il existe différents types d'instabilité du coude à la suite d'un traumatisme non fracturé : **instabilité postérolatérale rotationnelle**, **instabilité postéromédiale varus**, **instabilité circonférentielle** (combinée). Dans le premier, il y a une lésion de la composante **cubitale** du **ligament collatéral latéral**, qui produit une **rotation du radius** sur le cubitus en **supination** (mouvement de rotation de la **main** vers le haut) qui entraîne le second et produit une ouverture ou une instabilité de l'articulation ulno-humérale, en particulier en **extension**. L'instabilité postéromédiale, quant à elle, sera causée par une blessure au **ligament collatéral médial** ou ulnaire, en particulier dans son faisceau antérieur, qui produira une ouverture en **valgus** (à l'intérieur du coude) et une **pronation** (mouvement vers le bas de la main) lors de l'extension du coude. L'instabilité circonférentielle se produit lorsque l'atteinte ligamentaire se produit à la fois dans les ligaments collatéraux ainsi que dans la **capsule** antérieure et souvent les structures myotendineuses (**biceps** brachial, **triceps** brachial, masse pronatrice-fléchisseuse ou masse supinatrice extensrice).

Il existe des modèles typiques de **fracture-luxation** tels que la **terrible triade** (fracture de la **tête radiale**, **luxation du coude** et fracture du **processus coronoïde**) ou l'instabilité postéromédiale varus elle-même avec fracture du tubercule subliminal où il s'insère dans le faisceau antérieur du ligament collatéral ulnaire. D'autres lésions présentes dans la pathologie traumatique du coude sont la fracture-luxation de Monteggia **et ses variantes**, **et** la fracture-luxation transolécrânienne **et ses variantes**.

Le **traitement chirurgical** de l'instabilité postérolatérale rotationnelle comprend la réparation dans la phase aiguë et tant qu'il existe une forte possibilité de **cicatrisation** (avulsion humérale ou ulnaire ou percées du tissu mais avec une bonne qualité de tissu) ou de **reconstruction**, qui implique la mise en place d'une greffe de **tendon** par le **patient** lui-même ou une banque de tissus à l'emplacement d'origine du ligament

à reconstruire. La **réparation** peut être effectuée **par arthroscopie** lorsqu'il y a une **avulsion** au niveau **huméral**, en effectuant un réancrage avec une ancre de suture au point **isométrique** (centre du **capitelle**). Ensuite, la suture sera passée à travers le tissu avulsé, complétant ainsi le réancrage. En cas de lésions chroniques, **une plicature capsuloli-gaméte arthroscopique peut être réalisée** lorsque l'instabilité du patient n'est pas très symptomatique ou limitante. Comme dans d'autres articulations, de nombreux **chirurgiens** préféreront parfois combiner réparation et reconstruction pour plus de sécurité, surtout dans les cas subaigus ou avec des tissus restants qui ne sont pas entièrement sains en apparence. Lorsque la reconstruction sera effectuée, deux **tunnels seront créés**, l'un au centre du capitellum au niveau latéral et l'autre recouvrant le tubercule supinateur. Le greffon entrera ensuite par les tunnels et sera fixé à l'aide de sutures ou d'ancrages selon la préférence **du chirurgien**.

En cas d'instabilité médiale, les principes seront similaires. La réparation peut être effectuée dans les cas aigus de tissu avulsé sans mauvaise qualité des tissus mous, ainsi que la reconstruction. La particularité au niveau interne est la présence du **nerf ulnaire**, qui est très proche de la zone **d'opération**. Cela implique que son identification et sa protection sont recommandées tout au long de la chirurgie. Si cela n'est pas fait, le **nerf** est plus à risque lorsque les tunnels de l'humérus et du cubitus sont créés.

Une fois la chirurgie de stabilisation du coude terminée, il faut vérifier que l'articulation est effectivement stable. Si ce n'est pas le cas, il est recommandé de placer un **fixateur externe** pour assurer la **stabilité** pendant la phase de cicatrisation ou d'incorporation du greffon.