

## TRAITEMENT DE LA RAIDEUR DU COUDE

*Par le Dr Eduard Alentorn-Geli*

L'articulation du **coude** est sujette à la **raideur**, c'est-à-dire à la perte de **mobilité**. Cela peut se produire en raison de l'altération de deux types de structures différentes : les parties osseuses et les tissus mous. Les altérations osseuses qui produisent le plus souvent une raideur du coude sont des consolidations vicieuses (en mauvaise position) après une **fracture** et l'occupation des fosses olécrâniennes et coronoïdes par de l'os supplémentaire (généralement due à l'**arthrose**). Les troubles des tissus mous les plus courants qui produisent une raideur du coude sont la fibrose articulaire (formation de tissu cicatriciel dans l'articulation) et l'épaississement capsulaire avec rétraction. Il peut également y avoir des causes extra-articulaires telles que des rétractions myotendineuses ou même cutanées, comme dans les brûlures.

L'**examen physique** et les examens complémentaires permettront d'obtenir le diagnostic. Dans le premier, le clinicien verra que le patient a une rigidité avec un arrêt dur, qui n'est guère modifiée par la thérapie manuelle. Des examens complémentaires tels que **les radiographies** ou surtout la **tomodensitométrie** ou le **scanner**, permettent d'observer, de localiser et de quantifier l'excès d'**os** à l'origine de la rigidité. La première chose et la plus importante est de déterminer la cause de la raideur, car le traitement sera différent. Lorsqu'il y a une cause osseuse, la **rééducation** ou le traitement conservateur aura un bénéfice limité, et dans de nombreux cas, ils finissent par nécessiter une intervention chirurgicale appelée arthrolyse du coude (ouverte ou arthroscopique). Cette chirurgie consiste à relâcher l'articulation en retirant le tissu à l'origine de la raideur, soit **par arthroscopie** (sans ouvrir l'articulation en créant des portes d'entrée pour une caméra et des instruments), soit ouvertement. En d'autres termes, une ablation ou une **excision** de l'excès d'os devra être effectuée pour assurer une mobilité complète. En général, si la formation osseuse n'est pas importante et n'affecte pas les structures extra-articulaires, à l'extérieur de l'**articulation**, une ablation arthroscopique est recommandée. Dans les cas où il y a des chirurgies antérieures, une déformation articulaire ou une formation osseuse très proche ou même impliquant un **nerf (ossification hétérotopique)**, il est recommandé que la chirurgie soit réalisée ouvertement. Parfois, s'il y a du matériel d'**ostéosynthèse (plaques et vis)** provenant de chirurgies précédentes, il peut être recommandé d'effectuer directement une chirurgie d'arthrolyse ouverte si le matériau doit être retiré en même temps.

En cas de raideur due à une altération des tissus mous (**capsule, ligaments** ou tissu fibreux), un traitement conservateur peut être tenté dès le début, surtout si la limite de mouvement n'est pas entièrement dure. Cependant, il doit y avoir une nette progression et amélioration, car si la résistance est très prononcée, le **cartilage** pourrait également souffrir d'une manipulation forcée et prolongée dans le temps. Dans les cas où la raideur ne progresse pas suffisamment avec la **rééducation**, une arthrolyse arthroscopique sera éventuellement recommandée. Bien qu'il puisse y avoir des cas où l'arthrolyse ouverte est recommandée pour corriger la raideur due à l'altération des tissus mous, dans ce cas, la plupart des cas peuvent être résolus de manière satisfaisante par la chirurgie arthroscopique.

L'arthroscopie **du coude** pour effectuer l'**arthrolyse** est réalisée en position de décubitus latéral, et consiste en la création de **portails arthroscopiques** (petites incisions cutanées d'environ 5-10 mm) pour introduire une caméra à travers l'un d'eux, et l'instrument de travail à travers l'autre portail. Elle commence généralement par le compartiment (antérieur ou postérieur) du coude qui contribue le plus à la raideur. Le

traitement consistera en une excision du tissu fibrotique intra-articulaire et l'ablation de la **capsule articulaire** épaissie (**capsulectomie**), en maintenant les principales structures ligamentaires pour éviter l'**instabilité du** coude.

Il est important de souligner que lorsqu'il y a une perte de mobilité, les structures nerveuses (en particulier le **nerf ulnaire**) peuvent subir une lésion d'étirement (généralement une **neuroapraxie**) au moment où toute la mobilité est assurée dans **la salle d'opération**. Par conséquent, il est recommandé qu'avant d'effectuer une arthrolyse arthroscopique, une **neurolyse prophylactique** du nerf cubital soit effectuée en utilisant une mini-approche médiale. Cette approche médiale sera également utile pour éliminer **les ostéophytes** ou les corps libres présents dans la lame médiale. Le travail arthroscopique de la lame médiale comporte un risque élevé de lésion du nerf ulnaire.