

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

TRANSPOSITION ANTÉRIEURE DU NERF ULNAIRE (CUBITAL)

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est la technique chirurgicale utilisée pour la cure du syndrome du nerf ulnaire au coude. Il s'agit d'un syndrome canalaire avec compression du nerf au niveau du coude. Celui entraîne des fourmillements au niveau du 5^{ème} et du 4^{ème} doigt, pouvant aboutir à une perte de sensibilité de ces doigts et une fonte musculaire au niveau des muscles de la main. Il peut s'y ajouter un effet de luxation du nerf dans les mouvements de flexion extension sur l'épitrôchlée.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une transposition antérieure du nerf ulnaire. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra le cas échéant, en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan d'imagerie peut être demandé par votre chirurgien avec une radiographie. Un EMG est indispensable pour confirmer le diagnostic et préciser l'importance de l'atteinte, mais le diagnostic en demeure clinique.

QUEL TRAITEMENT ?

L'intervention chirurgicale est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale ou locorégionale. Le chirurgien réalise une incision au bord interne du coude, centrée sur le nerf ulnaire. Elle consiste en une dissection du nerf ulnaire au coude d'une manière suffisamment large pour pouvoir le transposer en avant de l'épitrôchlée, et le stabiliser dans un tunnel qui peut être soit intra musculaire soit sous cutané. Un geste osseux complémentaire peut parfois être nécessaire.

APRÈS L'INTERVENTION

L'hospitalisation est ambulatoire. La mobilisation des doigts et du coude est immédiate. La surveillance ultérieure des pansements, la couverture anti-douleurs ainsi que les rendez-vous de contrôle vous seront indiqués au cas par cas par votre chirurgien.

COMPLICATIONS

Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois une prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

Plus rarement

L'infection profonde est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et un traitement prolongé par antibiotiques. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Une atteinte nerveuse du nerf ulnaire (pris dans un tissu fibreux cicatriciel ou exceptionnellement section de celui-ci) est rare. Par contre, la persistance de fourmillements ou de perte de sensibilité des deux doigts concernés est fréquente, la récupération se faisant très progressivement sur 3 mois à plus d'un an. Il est coutume de dire que durant les trois premiers mois, aucune modification par rapport à l'état pré opératoire n'est observée. Une période transitoire d'hypersensibilité réactionnelle peut également être observée.

La cicatrice peut rester gonflée et sensible pendant plusieurs semaines avec gêne à l'appui. Une raideur temporaire du coude peut être observée, elle va très rarement justifier une rééducation complémentaire.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

La transposition du nerf ulnaire au coude est un geste chirurgical bien codifié. Elle permet toujours une stabilisation de l'atteinte observée, souvent une amélioration, voire une totale récupération des signes sensitifs. En revanche, les signes moteurs avec amyotrophie font rarement l'objet d'une récupération.

EN RÉSUMÉ

La transposition du nerf ulnaire est une intervention justifiée devant un syndrome compressif clinique et électromyographique du nerf cubital. Le geste chirurgical en est bien codifié, les résultats en sont le plus souvent bons, mais le degré et la vitesse de récupération sont variables et imprévisibles, en fonction notamment du degré de l'atteinte.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

Si vous utilisez la version numérique :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

- Date de remise du document au patient (e) :
- Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher