

SYNDROMES CANALAIRES DU MEMBRE SUPERIEUR

I – SYNDROME DU DEFILE THORACO-CERVICO-BRACHIAL = SYNDROME DU DEFILE DES SCALENES

On observe une diminution de l'espace entre les scalènes ant et moyen ainsi qu'entre les côtes et la clavicule :

- soit le plus souvent par excès sportif
- Soit par une côte cervicale (rare)
- Soit par une grosse 1ere côte (rare)
- un grand nombre de facteurs acquis ou innés

Complication nerveuse surtout, artérielle et/ ou veineuse (retro-claviculaire)

→ Les pathologies vont se répercuter sur le membre sup. Pas spécialement la nuit.

1) *Signes fonctionnels :*

Douleur, dysesthésies (surtout à l'effort à cause de la vascularisation)

- Mains, surtout si on les met en l'air +++ (ce positionnement augmente le déficit de la vascularisation déjà présent)
- Face interne du bras surtout C8 –D1.
- Epaule
- Cou
- (+/- Thorax)

2) *Examen clinique :*

• **Manœuvre d'Adson :**

- Diminution du pouls en inspiration complète maintenue (=inspi profonde)
- Tête en Hypo-extension : (rigidité, effacement de la lordose = double menton)
- Rotation contro-latérale → Gêne au niveau de l'articulation (tourné de tête)
- Mais il y a des faux positifs

• **Manœuvre d'Allen :**

- Diminution du pouls en plaçant l'épaule en ABD à 90° (surtout dans les derniers degrés de rotations)
- Coude à 90°
- RE de l'épaule
- Rotation de la tête contro-latérale
- Mais il y a des faux positifs

Activité « mains en l'air » : en position de haut les mains : **test dit du chandelier** (Ross). Il consiste à observer le moignon de l'épaule et la main du patient dans la position du « haut les mains » (bras en abduction à angle droit, avant-bras vertical à angle droit sur le bras, face palmaire de la main exposée à l'examineur), tronc, tête et bras plaqués contre un mur. Dans cette position, le patient exécute sur un rythme lent des mouvements d'ouverture et

de fermeture de la main. Seuls les phénomènes apparaissant en moins de 30-40 mouvements sont considérés. Une compression artérielle engendre une pâleur de la main et des doigts. Une compression veineuse engendre une dilatation du réseau superficiel du moignon de l'épaule et de la région pectorale puis une difficulté à fermer la main voire une sensation de striction de l'avant-bras et une cyanose du membre. Une compression nerveuse engendre l'apparition de dysesthésies du médian voire des difficultés motrices des doigts ou une parésie radiale. Le plus souvent le patient **l'arrêt du test est motivé par une fatigabilité non spécifique** à tenir la position.

- **Se sont les signes d'appel qui doivent évoquer le syndrome mais aucune certitude**
- **Faire une échographie et Doppler (se sont des examens complémentaires plus facile à obtenir et souvent suffisants).**

II- CANAL CARPIEN

Touche surtout les femmes de 50-60 ans (après la ménopause parce que les tissus se mettent à gonfler alors que le canal est inextensible → compression des éléments du canal, le nerf étant le plus fragile, il souffre en premier.

- Diapo : Nerf médian / poignet
- Ligament annulaire du carpe inextensible

1) Signes fonctionnels :

- **Paresthésie** : I – II – III face palmaire
 - Augmentent la nuit
 - Augmentent après surmenage de la main, jardinage etc
- **Irradiations possibles** :
 - Poignet – paume
 - Avant-bras
 - Epicondyle
 - Bras
 - Epaule
- **Diminution de la force musculaire** : (Attention : pratiquer une opération avant l'apparition ce signe ! puisque l'opération ne permet pas la récupération intégrale de la force)
 - Les objets nous échappent à cause du manque de force.
 - Diminution de FM souvent **plus tardive** que les fourmillements

2) Examen :

- **Déficit sensitif face palmaire** : I – II – III eme doigts
- **Déficit moteur TARDIF** :
 - Abd du pouce

- Opposant du pouce

- **Test de Phallen** : Il consiste à maintenir le poignet en flexion forcée pendant trente secondes. Il est positif lorsqu'il entraîne l'apparition de paresthésies dans le territoire du nerf médian.

3) *EMG* :

- **Diminution de la vitesse de conduction du médian au poignet** (= nerf comprimé) ; (45 m/s dans les nerfs normaux et aussi dans le médian au poignet)
EMG permet le diagnostic différentiel : **atteinte de C6**
- **Rechercher une Hypothyroïdie** :
Augmentation de l'œdème dans le canal carpien

III- COMPRESSION DU NERF CUBITAL DU COUDE

Très méconnu ; touche surtout les femmes qui dorment les coudes en flexion.

1) *Signes fonctionnels* :

- **Paresthésie** : IV et V
- **Hypoesthésie** : IV et V
- **Plus tard** : parésie des interosseux
- **Cause** : Etirement par flexion PROLONGÉE du coude, la nuit

2) *Diagnostic* :

- **EMG**
-

3) **Traitement** : dormir avec une attelle qui conserve une extension de 120° minimum

IV- COMPRESSION DU NERF RADIAL DU COUDE

- Sous l'arcade de Frohse du court supinateur (parfois scléreuse et comprime le nerf)
- Simule l'épicondylite **latérale** → représente 5% des « épicondylites »

A la palpation, la douleur est plus latérale que dans l'épicondylite classique : cf diapo

1) *Diagnostic différentiel* :

- **Tendinite des extenseurs**
- **Irradiation racine C6**

2) *EMG* : nécessaire

3) *Interrogatoire* :

- **Antécédents** : traumatisme, arthrose, profession
- **Paresthésie dans le territoire de nerf radial**
- **Diminution de la force et de l'agilité de la main**
- **Douleur au niveau du bord latéral de coude** : « épicondylite »

V – COMPRESSION DU CUBITAL DANS LA LOGE DE GUYON

Cette compression est plus rare qu'au niveau du coude.

Parfois suite à : l'emploi de cannes anglaises, cyclisme, menuisier, etc.

1) clinique

Dans le cas d'une atteinte sensitivo-motrice par compression du nerf cubital dans la loge de Guyon, la symptomatologie clinique est proche de celle de la compression du nerf cubital au coude. Les troubles sensitifs intéressent les deux derniers doigts .

Dans le cas d'une atteinte motrice isolée, les muscles de la loge hypothénar, les interosseux, les deux derniers lombricaux et le court adducteur du pouce sont touchés.

2) Diagnostic : EMG