

Locomoteur : Le Coude - Cas cliniques :

Cas n°1 :

Déformation du coude droit : valgus exagéré

L'épicondyle médial est présent puis il y a une dépression. En face de la trochlée vient s'encastrier l'apophyse coronoïde. Ici on ne la voit pas. La tête radiale dépasse en dehors alors que normalement c'est l'épicondyle latéral qui dépasse en dehors. C'est l'ensemble de l'ulna et du radius qui sont partis sur le côté.

Diagnostic : luxation permanente du coude.

Cas n°2 :

Main en position de supination permanente.

C'est une paralysie de la naissance (paralysie obstétricale): tout le plexus brachial est paralysé puis les muscles récupèrent de haut en bas. Les 1ers à récupérer sont les rotateurs internes puis la flexion du coude. La principale fonction du muscle biceps, en dehors de la flexion, est la supination. Le biceps récupère, les patients se mettent en supination et comme le reste est paralysé, ils restent en supination permanente.

Remarque : la supination fixée est la plus mauvaise position.

Cas n°3 :

Patiente qui a une fracture du poignet.

Pronation de 90° (normale)

Supination de 0°

Fracture de la radio-ulnaire distale qui n'a pas été bien réparée. Elle a perdu sa supination. Séquelle très fréquente des fractures du poignet.

Cas n°4 :

Bosse à la face interne du coude = épicondyle médial

En arrière de l'épicondyle médial passe le nerf ulnaire. A chaque mouvement de flexion-extension du coude, le nerf ulnaire s'appuie contre l'épicondyle médial. Le nerf est parfois comprimé. Le patient a une insensibilité du petit doigt. Là où il est comprimé, le nerf est gonflé. TTT : le passer en avant. Territoire moteur du nerf ulnaire : les muscles intrinsèques de la main.

Cas n°5 :

Patient qui avait une fracture de la tête radiale, il a une prothèse. Il relève bien son poignet : les extenseurs du carpe. Il n'arrive pas à relever ses doigts. Il a une lésion du nerf radial au niveau du nerf interosseux postérieur.