

Neuropathie ulnaire

- Franklin GALLO
- Imagerie Guilloz

Homme 30 ans, originaire d'Afrique subsaharienne

Se plaint de dysesthésies et paresthésies anciennes dans les 2 derniers doigts et le bord ulnaire de la main gauche, majorées par les gestes répétitifs de flexion du coude.

Puis évolution progressive d'une hypoesthésie, et d'un déficit moteur de la flexion des doigts 4 et 5, puis amyotrophie de l'éminence hypothénar et déformation en griffe.

Apparition ancienne de « taches » et de « rayures » hypochromiques sur le membre supérieur gauche, qui sont hypoesthésiques.





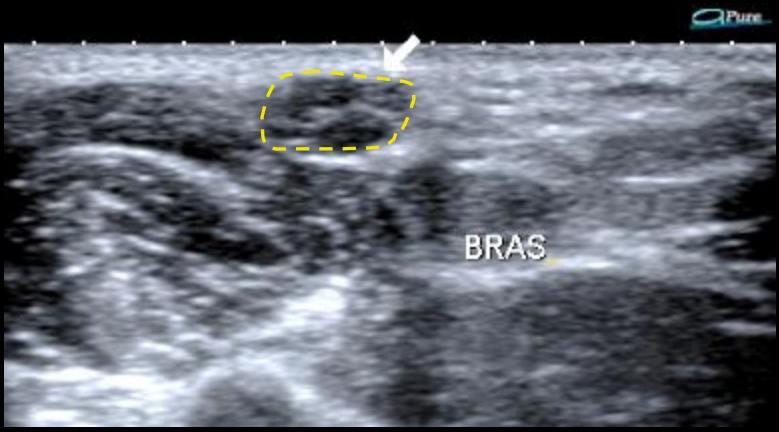


C

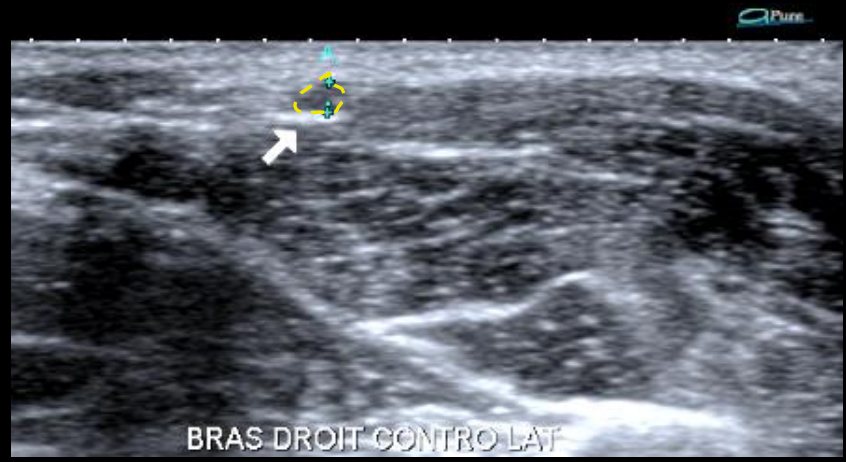


C

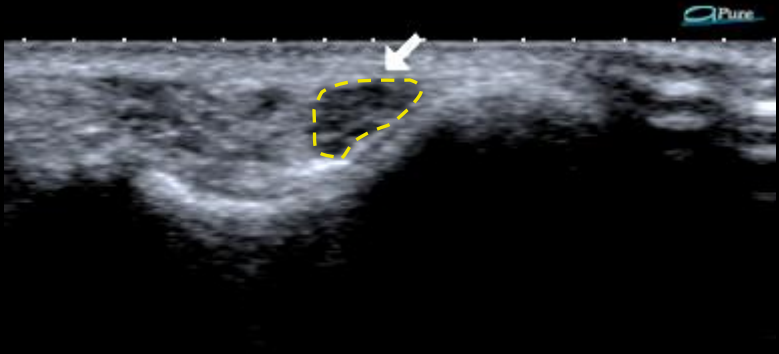




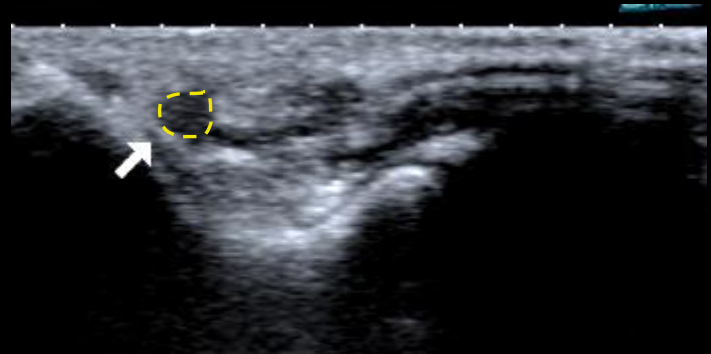
BRAS



BRAS DROIT CONTRO LAT

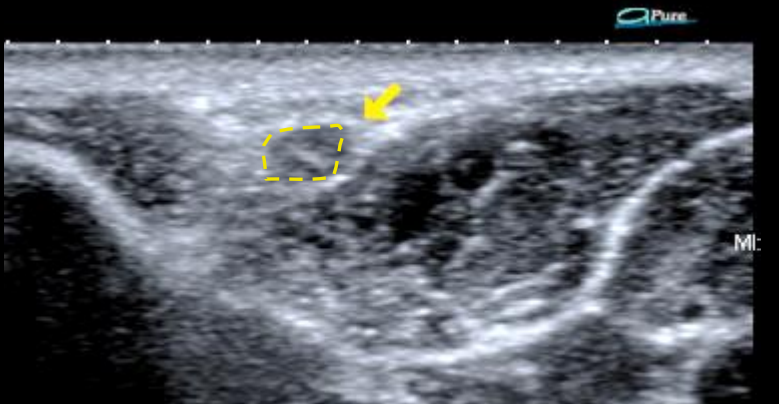


GOUTTIERE RETRO EPITROCH



GOUTT RETRO EPITROCH DROIT

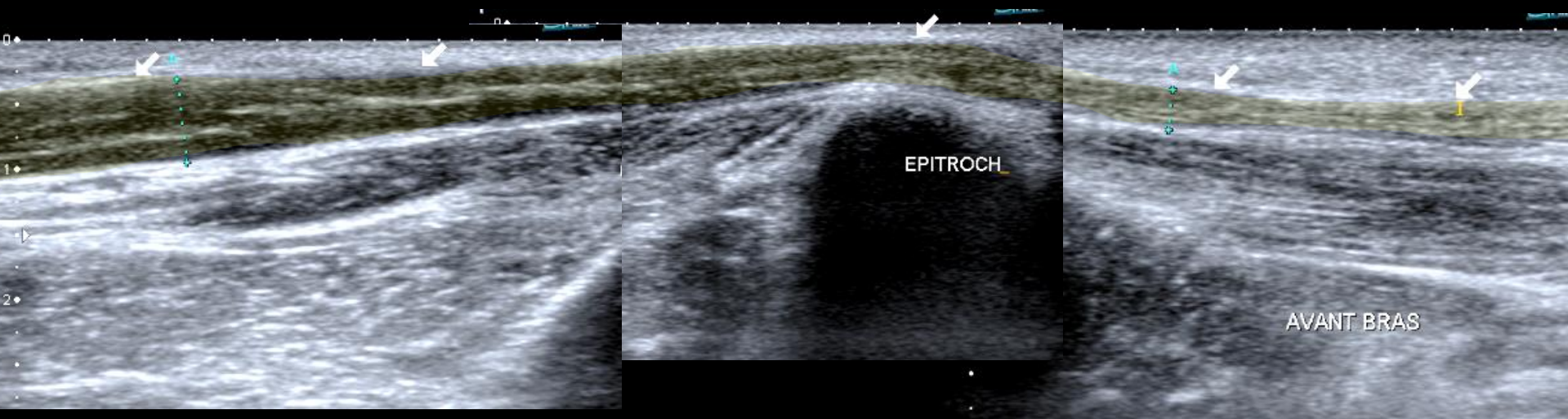
Nerf ulnaire droit : normal



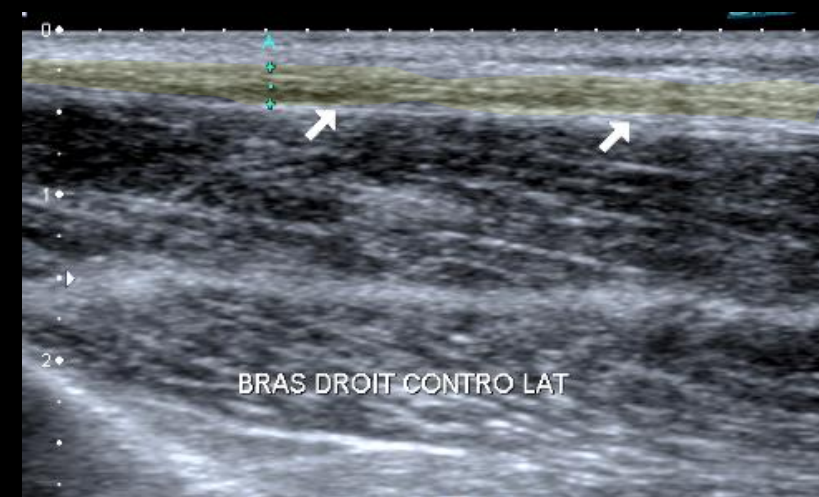
AVANT BRAS

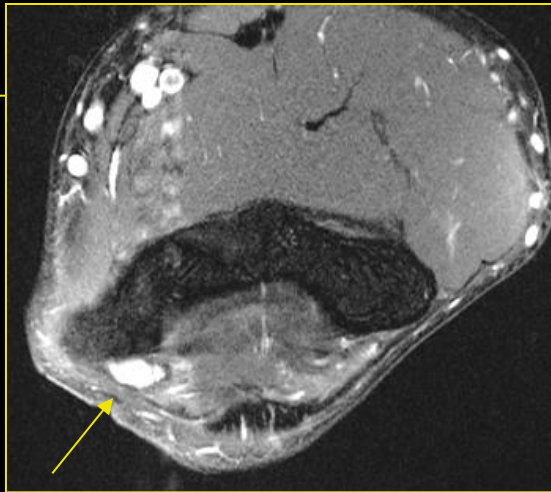
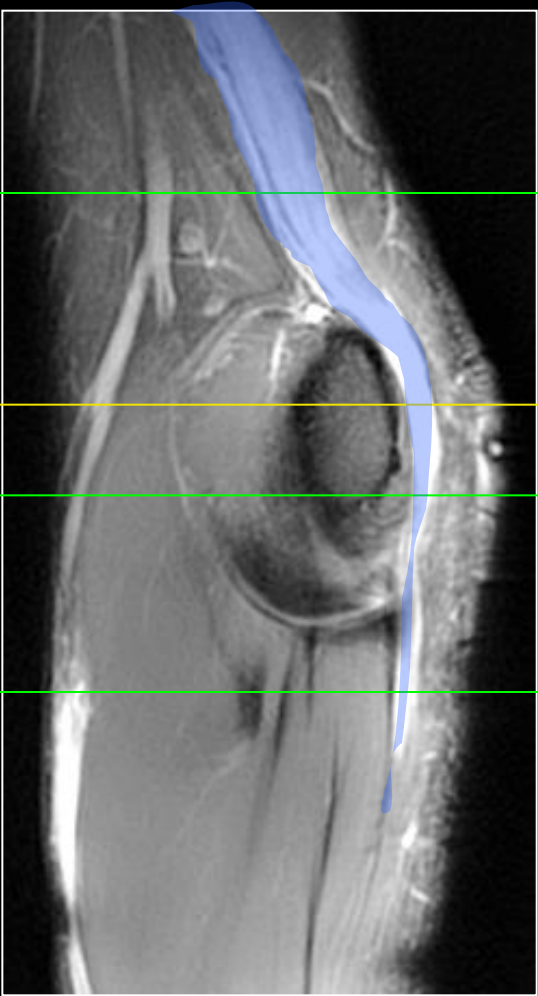
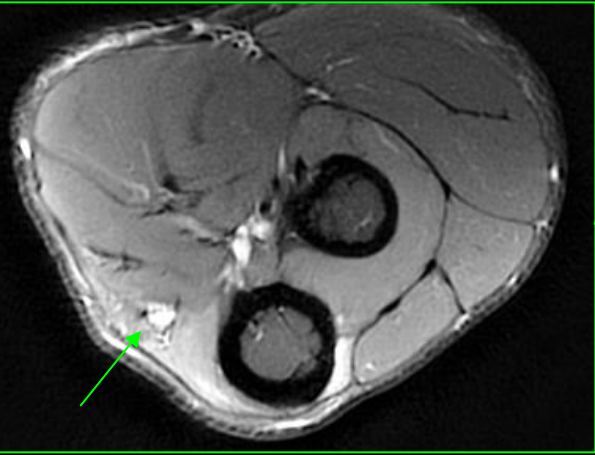
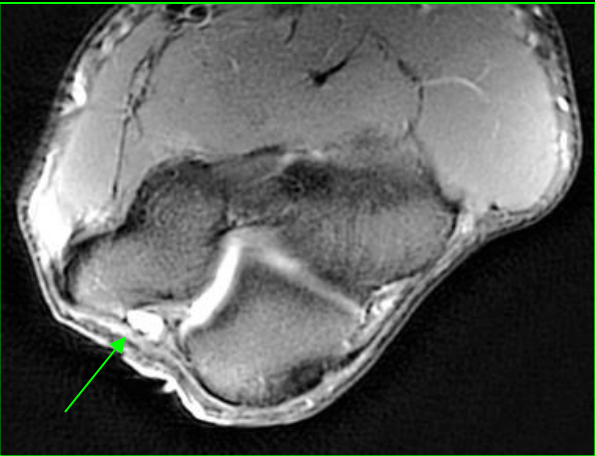
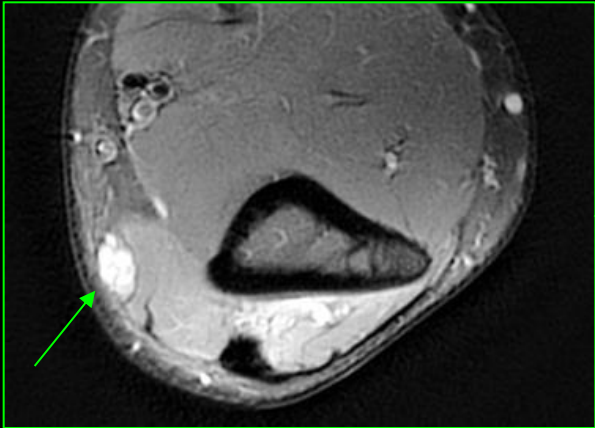
Nerf ulnaire gauche : hypertrophie

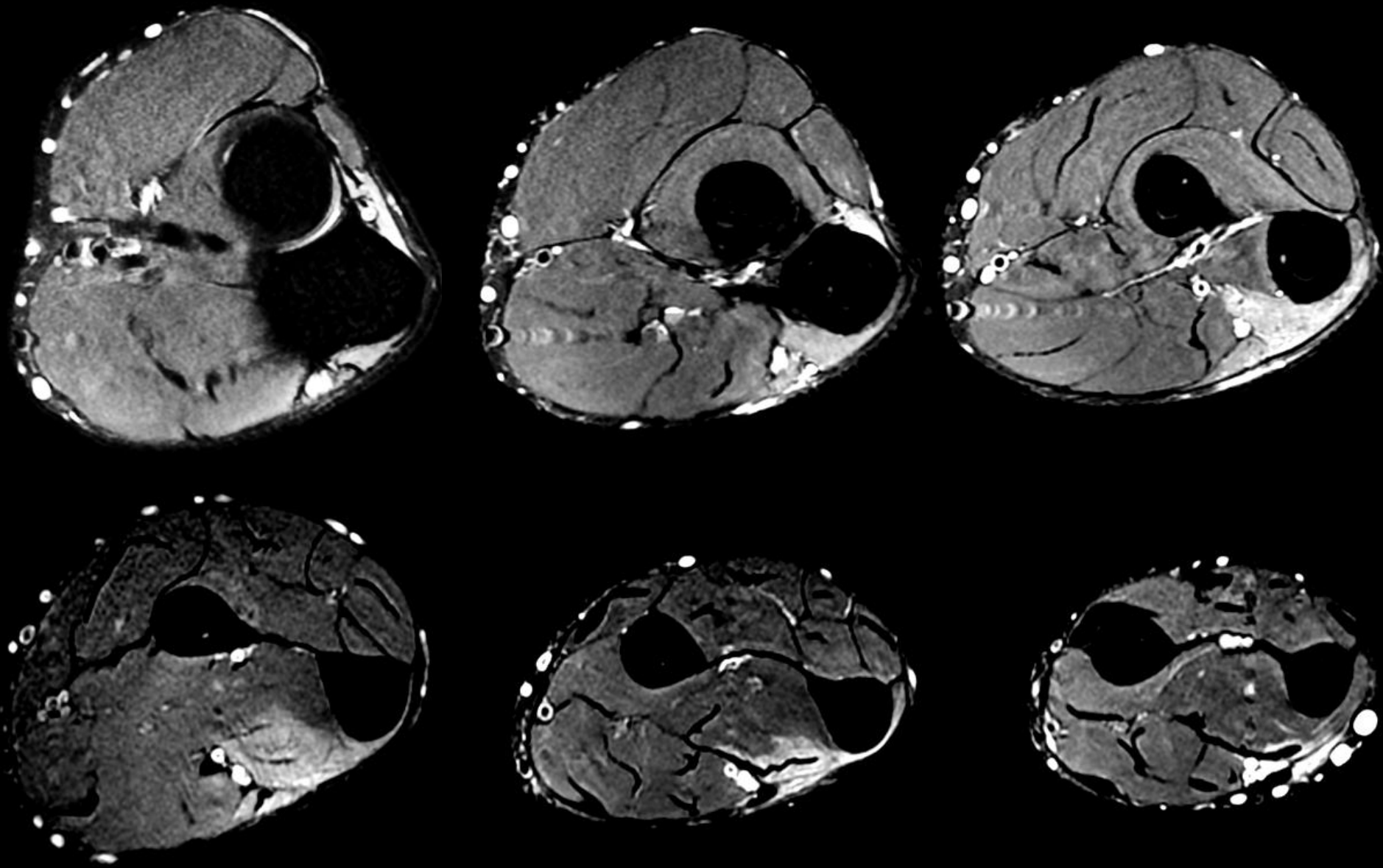
Nerf ulnaire gauche : hypertrophie



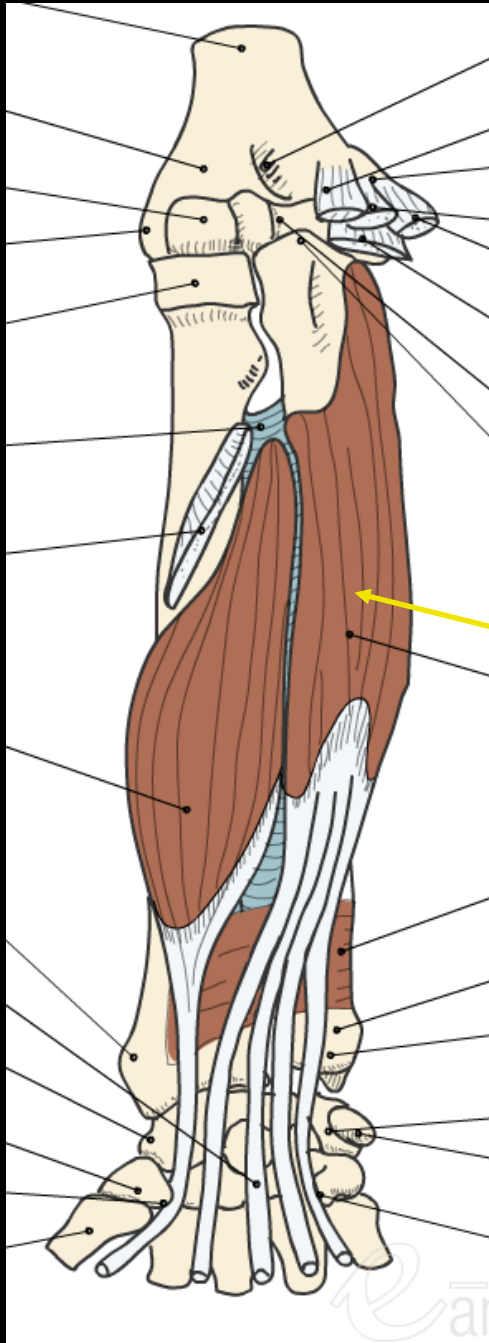
Nerf ulnaire droit : normal







Oedème neurogène du muscle fléchisseur profond des doigts (fibres innervées par le nerf ulnaire).



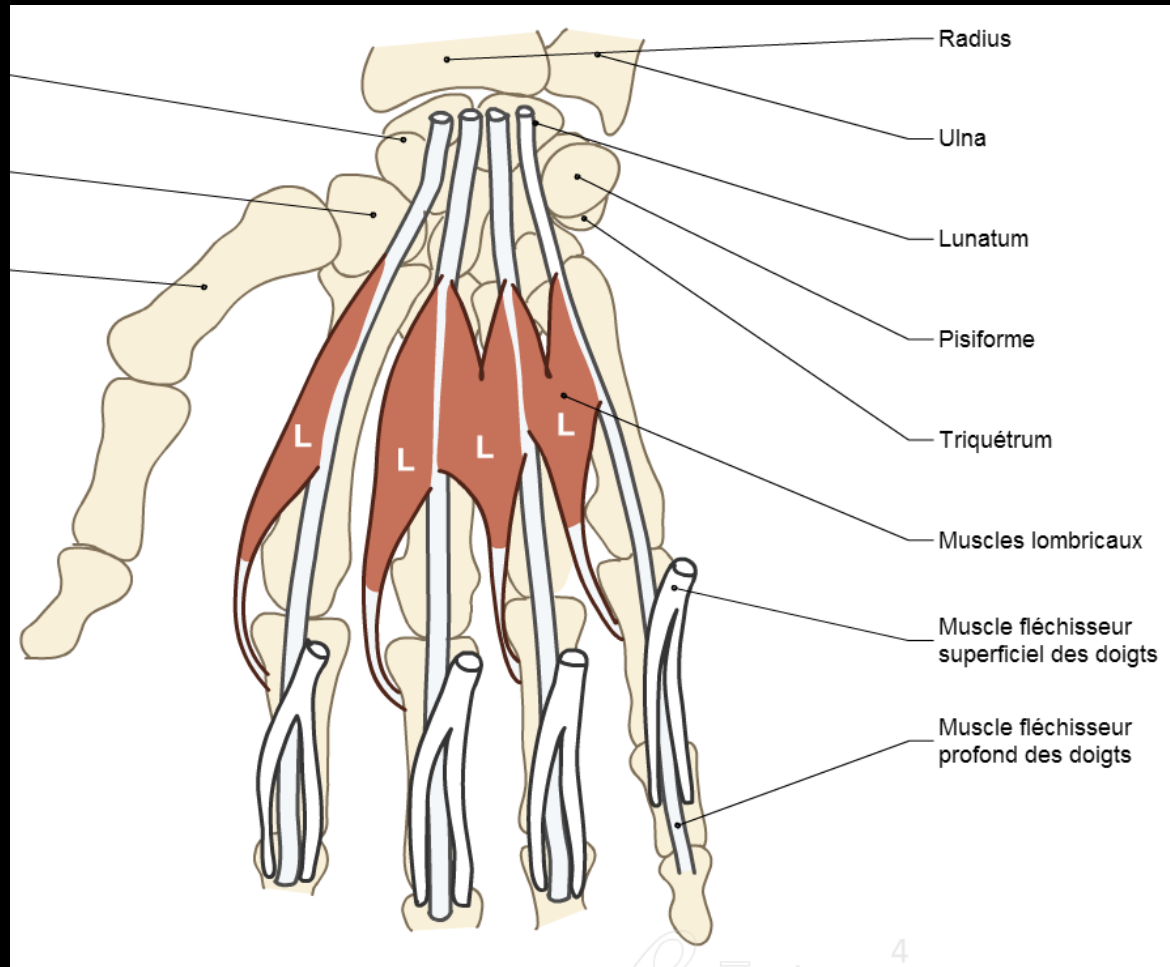
Muscle fléchisseur profond des doigts :

Fonction : flexion IPD, IPP et MTP des doigts 2 à 5.

Innervation :

- Nerf médian, C8-T1, pour doigt 2 et 3.
- Nerf ulnaire, C8-T1, pour les doigts 4 et 5.

Main en griffe partielle, ne touchant que les 2 derniers doigts, par **atrophie des 2 derniers lombricaux, innervés par le nerf ulnaire.**



QUIZZ

- Devant cette **mononévrite hypertrophique du nerf ulnaire**, l'**atteinte cutanéoneurveuse** et le terrain, de quelle maladie souffre notre patient ?



~~Lupus ?~~

Neuropathie du nerf ulnaire : Etiologie

- Formes post traumatiques :

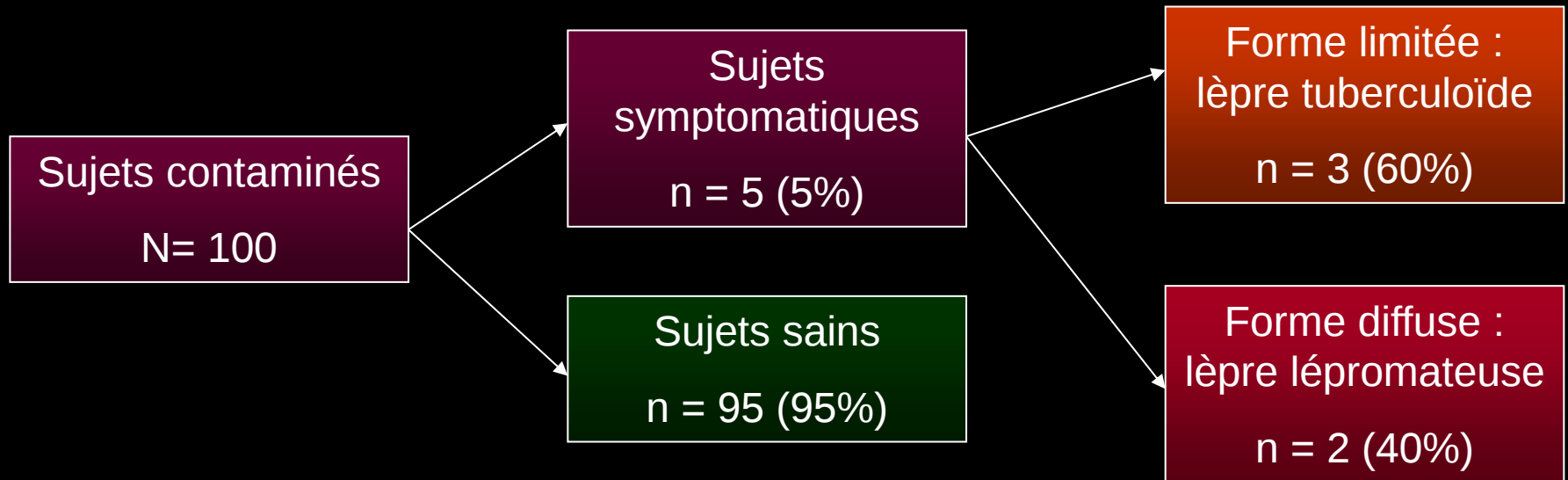
- Contusion
- Flexion prolongée du coude
- Fracture, luxation du coude
- Coma, anesthésie (pronation)
- Cal vicieux

- Formes secondaires :

- Arthrose +++
- Ostéome
- Déviation en valgus/varus
- Anomalies musculaires
- Ostéochondromatose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Kyste arthro-synovial
- Sport de lancé : laxité du LLI
- Diabète
- Ethylisme chronique
- Neuropathie lépreuse

Lèpre

- Infection chronique à *Mycobacterium leprae* (bacille de Hansen) : tropisme particulier pour la peau et les nerfs périphériques.
- Période d'incubation longue : 5 à 7 ans.





Epidémiologie :

220 000 cas/an (Brésil, Inde +++, Afrique sub saharienne....)

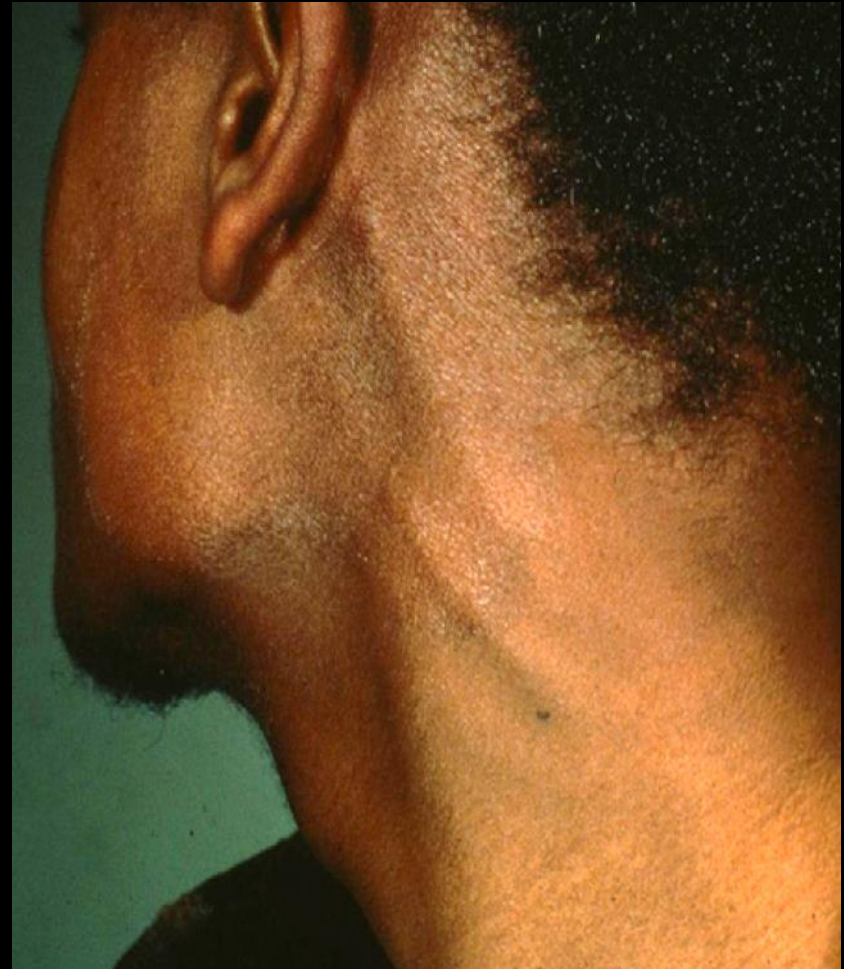
13 cas/an en France : migrants ou voyageurs au retour d'un séjour en pays d'endémie ou DOM

Neuropathie lépreuse

- Fréquente : survient chez 40 – 45 % des patients avec atteinte cutanée (forme cutanéο-névritique).
- Peut être isolée et révélatrice de l'infection : **lèpre nerveuse pure**.
- Présentation :
 - **Forme tuberculoïde** : mononévrite, parfois multiple, évolution rapidement sévère.
 - **Forme lépromateuse** : mononévrite multiple, rarement polynévrite, d'évolution lente.
- Touche les nerfs périphériques, **surtout dans les défilés ostéotendineux** :
 - nerf ulnaire, médian, fibulaire, tibial postérieur +++
 - Plus rarement, nerf radial, sciatique poplitée interne, branches du plexus cervical superficiel.

Neuropathie lépreuse

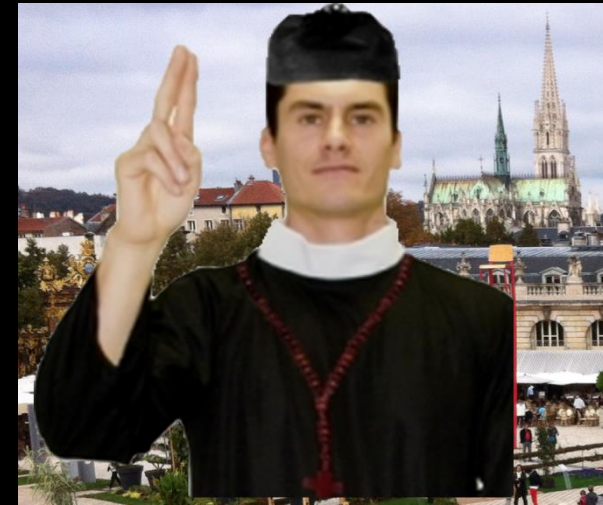
- Caractéristiques : neuropathie avec **hypertrophie nerveuse** (premier signe de l'atteinte neurologique), visible ou palpable dans les **canaux ostéo-tendineux** :
 - Nerf ulnaire : gouttière épitrochléenne
 - Nerf médian : canal carpien
 - Nerf fibulaire : col de la fibula
 - Nerf tibial postérieur : gouttière rétro-malléolaire interne
- **Douleur quasi constante, d'intensité variable**, spontanée ou révélée à la palpation.
- Pas d'altération des ROT.



Hypertrophie nerveuse visible du plexus cervical superficiel

Neuropathie lépreuse

- Stade évolué : **déficit sensitif** touchant les 3 modes de sensibilité : Anesthésie distale, responsable de **traumatismes inaperçus** et MPP
- **Atteinte motrice** plus tardive, à l'origine de **déformations en griffe**.



Main en griffe, par atteinte motrice du nerf ulnaire : déformation en griffe, réalisant **"la main du prédicateur "** ou **" la main du pianiste "**.

Atteinte ostéo-articulaire

- Secondaire à la neuropathie : **ostéoarthropathie neurogène**
- Siège : extrémités (35 à 60%)
 - MTP et IP des mains et pieds
 - **atteinte exclusivement destructrice** : érosion en sucre d'orge sucé, subluxations, raccourcissement, résorption des doigts et orteils.



Lèpre : atteinte modérée (A) et sévère (B) de l'avant pied. Auto-amputation des orteils, typique de la maladie.



Lèpre : ostéolyse distale

Atteinte cutanée

- Macules, planes et **hypochromiques** sur **peau pigmentée**, ou infiltrées, **érythémateuses** sur **peau claire**.
 - **Lèpre tuberculoïde** : lésions peu nombreuses (< 10), de disposition asymétrique, de grande taille ($> 3\text{cm}$), bien limitées, **hypo ou anesthésiques (pathognomonique)**.
 - **Lèpre lépromateuse** : lésions nombreuses (> 20), de disposition symétrique, de petite taille (0,5 à 2 cm), contours flous, **normo ou hyperesthésiques**. Papules ou papulo-nodules (lépromes). placard annulaire.



Hypopigmentation selon lignes de Blaschko

Ligne de Blaschko : lignes de migration embryonnaire qui adoptent un aspect serpentineux.

Dermatoses « blaschko-linéaires »
(inflammatoires, hamartomes et naevi,
maladies génétiques)



Démarche diagnostique

- Examen clinique, terrain.
- EMG :
 - hypertrophie nerveuse, ralentissement des vitesses de conduction, modification de l'amplitude du potentiel d'action.
- Bactériologie :
 - recherche de BAAR au niveau du suc dermique
- Imagerie :
 - Échographie : hypertrophie nerveuse, corrélée à la sévérité du déficit neurologique
 - IRM : hypersignal T2, prise de contraste et hypertrophie neuronale

Bathala L et al Ulnar neuropathy in hansen disease: clinical, high-resolution ultrasound and electrophysiologic correlations. J Clin Neurophysiol 2012 Apr;29(2):190-3
- Anatomopathologie :
 - Biopsie cutanée ou nerveuse (non recommandée)

Take Home Message

- Lèpre : 2 formes de gravité différente ,
tuberculoïde vs **lépromateuse** (mais formes
borderline possibles)
- Terrain : **pays d'endémie** (voyage, migrant)
- Diagnostic clinique : atteinte **cutanée** et
nerveuse (mononévrite +++ ; hypertrophie
visible ou palpable des nerfs atteints , dans les
défilés ostéo-tendineux)
- Lésions mutilantes distales dans les atteintes
évoluées

