



Rupture distale du biceps brachial

LE PATIENT A RESENTI LORS DU PORT D'UNE CHARGE LOURDE UNE DOULEUR BRUTALE, SOUVENT ACCOMPAGNÉE D'UNE SENSATION DE CLAQUAGE EN " COUP DE FOUET ".

Quels sont les signes cliniques ?

Il s'agit en général d'un homme d'environ 50 ans, le plus souvent travailleur de force ou pratiquant une activité sportive de force utilisant la flexion du coude contre résistance. La rupture peut avoir été précédée d'épisodes douloureux mais c'est loin d'être le cas le plus fréquent.

Le patient a ressenti lors du port d'une charge lourde une douleur brutale, souvent accompagnée d'une sensation de claquage en " coup de fouet ".

A l'examen il se présente avec le coude fléchi, mais ne signale pas de déficit de flexion. On peut observer un aspect en boule distal mais c'est la comparaison avec l'autre côté qui peut parfois faire évoquer le diagnostic, la portion charnue du biceps ayant un aspect plus court du côté lésé. Enfin un hématome peut être présent dans le pli du coude ou plus rarement sur l'avant-bras en regard de la tubérosité bicipitale.

La palpation du pli du coude entraîne des douleurs et il faut se méfier de la sensation d'un tendon présent car celui-ci peut rester dans sa loge et donner une fausse impression d'être intact. La mise en tension du tendon par des manœuvres de flexion extension accompagnées de prono-supination entraîne aussi des douleurs.

En palpant le tiers proximal de l'avant-bras en regard de la tubérosité, on peut aussi retrouver une sensibilité. Par contre il ne faut pas s'attendre à un déficit de flexion, les muscle de l'avant-bras et le brachial antérieur permettant de l'obtenir, néanmoins sans force.

Quels sont les examens complémentaires utiles ?

- La radiographie du coude est le plus souvent normale.
- L'échographie ou au mieux l'IRM, si l'examen est disponible, fera le diagnostic. Elles doivent être réalisées par un radiologue entraîné car il existe comme pour le tendon d'Achille de nombreux faux positifs ou des diagnostics erronés de rupture partielle.

Quel est le traitement ?

Le traitement chirurgical est indiqué chez les travailleurs de force, donc le plus souvent car c'est sur ce terrain que survient la lésion. La limite de l'indication provient plus du délai de prise en charge. En effet le diagnostic étant le plus souvent réalisé tardivement, le patient se présente au bout de plusieurs semaines ce qui contre-indique le traitement chirurgical du fait de la rétraction du muscle.

En réalité le délai classique de 3 semaines peut être facilement dépassé jusqu'à environ 6 semaines. Il faudra éventuellement s'attendre à des difficultés chirurgicales, mais on peut quand même réaliser une réparation coude fléchi à 90 degrés. En revanche la rééducation sera plus longue pour permettre l'extension complète.

La réparation peut être réalisée sous anesthésie loco-régionale.

Les techniques de ténodèse au brachial antérieur ne doivent plus être pratiquées à notre avis, en effet elles donnent des résultats comparables à l'abstention thérapeutique.

Il existe deux techniques principales :

La plus classique consiste à réaliser une voie de Henry haute modifiée et à l'aide d'une dissection extensive du tiers proximal de l'avant-bras de ré-attacher le tendon sur la tubérosité bicipitale par des points trans-osseux ou des ancres. Cette technique a comme inconvénient d'entraîner un nombre non négligeable de complication nerveuses, d'hématomes post opératoires en raison du grand nombre de vaisseaux à lier avant d'arriver au radius.

Boyd et Anderson ont décrit une technique par deux abords qui évite ces deux écueils. Nous l'avons légèrement modifié. Une incision horizontale est réalisée sur le pli de flexion du coude, elle ne doit pas dépasser 3 centimètres. Après dissection du tissu sous cutané et hémostase éventuelle de veines superficielles, on verra en transparence sous une gaine synoviale parfois intacte, le tendon bicipital, souvent hémorragique. Il peut sembler en place et même la traction faible peut ne pas suffire à le faire sortir quand le délai est long. En effet il a alors adhéré au muscle adjacent.

Il ne faut pas hésiter à réaliser une forte traction sur ce tendon et on peut alors sortir le moignon. Avec le doigt on palpe alors le début du trajet qui est toujours visible ; même après un certain délai. On utilise alors un instrument mousse, assez gros et long type Kelly, il ne doit pas être trop courbe, sinon le trajet trans membranaire ne sera pas retrouvé. On passe cet instrument dans le canal exploré au doigt précédemment, et on va traverser la membrane interosseuse. Il faut s'efforcer de passer un plein milieu et non contre le cubitus, ce qui aurait comme complication possible d'entraîner l'apparition d'ossification dans cette zone avec un risque de déficit de prono-supination.

On fait alors saillir sous la peau la pince de Kelly, ce qui permet de réaliser la deuxième incision. Elle doit être plus longue, environ 7 centimètre car les muscles ici sont puissants et vont empêcher les manipulations en cas d'ouverture trop petite. Autour de cette pince, après dissection des muscles de l'avant-bras on va retrouver la tubérosité bicipitale qui présente toujours une zone cruentée. Celle-ci sera avivée et 2 ou 3 perforations seront réalisées avec la mèche spécifique d'une ancre de ré attachement. Le tendon est ensuite passé, en flexion du coude, dans le trajet. On réalisera ensuite un laçage avec les fils des ancre en s'assurant que le moignon est bien plaqué sur la tubérosité.

Les incisions sont ensuite fermées, dans mon expérience sans redon.

Le patient est immobilisé à 90 degrés de flexion pendant 6 semaines puis la rééducation est débutée.

Quels sont les risques spécifiques ?

Ils sont en général excellents et rapides, la récupération de l'extension ne posant pas de difficultés.

Les complications nerveuses sont possibles (5%) avec la technique à une seule voie. La complication de la technique à deux voies est l'apparition d'ossification de la membrane. Nous n'en avons pas rencontré dans notre expérience.