



LETTRE / *Sénologie*

Le ressaut du muscle brachial[☆]

A.C. Tourabi*, A. Miquel, M. Kara, C. Phan, L. Arrivé, Y. Menu

Service de radiologie et d'imagerie médicale, hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75571 Paris cedex 12, France

MOTS CLÉS

Muscle brachial ;
Ressaut ;
Coude ;
Échographie ;
IRM

Le ressaut du muscle brachial est une pathologie rare et souvent méconnue (seulement deux cas rapportés dans la littérature [1,2]). Son diagnostic est facile à évoquer cliniquement et à confirmer en échographie à condition d'y penser et donc de connaître la pathologie. Cette affection est responsable d'un ressaut douloureux de la face antéro-interne du coude lors de l'extension de l'avant-bras avec la main en supination.

En l'absence de handicap significatif, le traitement est conservateur avec une hygiène de vie évitant les sports et les mouvements déclenchant le ressaut.

Observation

Un patient âgé de 33 ans, droitier, consultait pour un ressaut douloureux ressenti au niveau de la face antéro-interne du coude droit, survenu après un match de tennis.

L'examen clinique initial révélait une tuméfaction modérée du coude, avec une douleur localisée dans la région antéro-interne du coude droit. Il n'y avait pas de déficit sensitivo-moteur, ni de limitation dans les mouvements de flexion–extension et pronosupination.

Un ressaut était perçu au niveau de la face antéro-interne du coude en fin de course de l'extension de l'avant-bras avec la main en supination. En raison de son caractère douloureux, le patient évitait les mouvements qui le déclenchaient.

Les radiographies du coude de face et de profil étaient normales.

L'échographie dynamique, réalisée 15 jours après le début de la symptomatologie, montrait en flexion une situation anormale de la partie interne du muscle brachial, situé en dehors du rebord interne de la trochlée ; lors de l'extension avec la main en supination, le brachial reprenait sa place brutalement, cette translation étant responsable du ressaut ressenti à la palpation et bien visible sous la sonde d'échographie (Fig. 1 et 2).

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2013.01.027>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chaouki.tourabi@gmail.com (A.C. Tourabi).

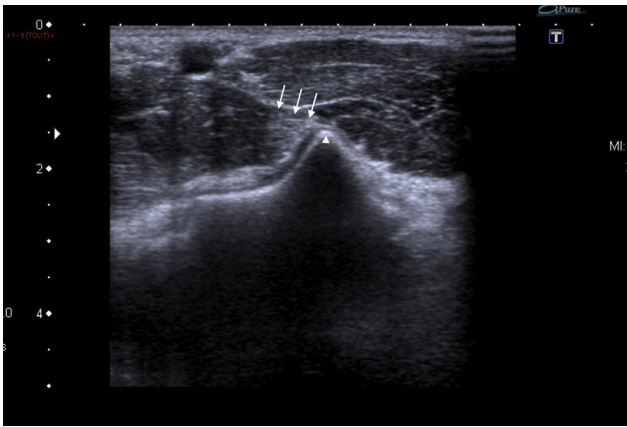


Figure 1. Coupe échographique du coude droit réalisée en flexion. La partie interne du muscle brachial (flèches) est située anormalement en dehors du rebord interne de la trochlée (tête de flèche).

Une IRM a été effectuée 20 jours après le traumatisme, comportant des séquences pondérées en T1 et en densité de proton avec suppression du signal de la graisse (DPFS) en flexion et en extension de l'avant-bras. Les coupes DPFS mettaient en évidence un petit hypersignal de la région myo-aponévrotique interne du muscle brachial (Fig. 3–5). Les séquences en flexion et en extension montraient les mêmes constatations que l'échographie, avec en flexion une situation anormale de la partie interne du muscle brachial en dehors du rebord interne de la trochlée, et en extension une situation normale en dedans du rebord interne de la trochlée. Par ailleurs, les autres structures du coude étaient intactes.

Discussion

Le muscle brachial est situé dans la loge antérieure et profonde du bras (en arrière du muscle biceps brachial). Son insertion proximale se fait sur la face antérieure de la moitié distale de la diaphyse de l'humérus. Il se dirige verticalement pour se terminer par un large tendon sur la face

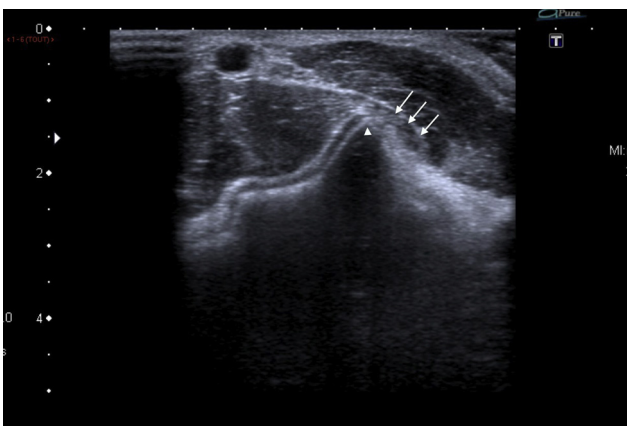


Figure 2. Coupe échographique du coude droit réalisée en extension. Le muscle brachial (flèches) est revenu à sa position habituelle en dedans du rebord interne de la trochlée (tête de flèche).

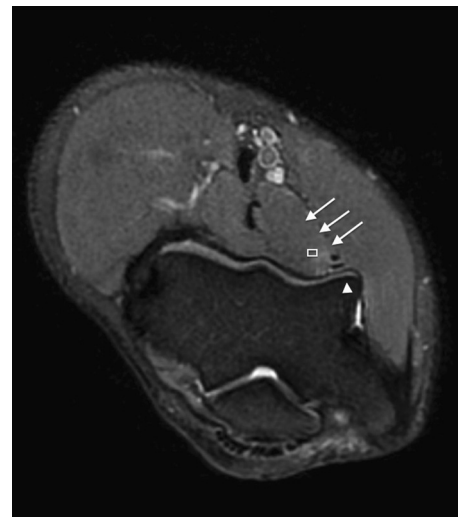


Figure 3. Coupe IRM en pondération densité protonique avec saturation de la graisse, réalisée en flexion. La partie interne du brachial (flèches) est située anormalement en dehors du rebord interne de la trochlée (tête de flèche), avec un hypersignal focal.

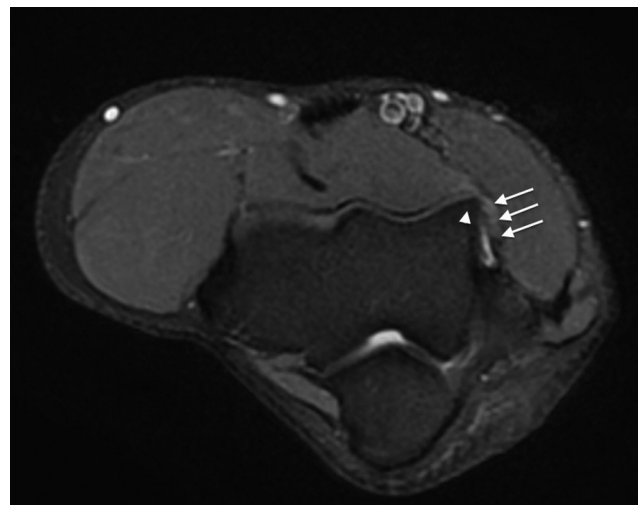


Figure 4. Coupe IRM en densité protonique avec saturation de la graisse, en extension, réalisée au même niveau de la Fig. 3. Le muscle brachial (flèches) est revenu à sa position habituelle en dedans du rebord interne de la trochlée (tête de flèche).



Figure 5. Niveau des coupes échographiques et IRM.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663876>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663876>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)