

Le bourrelet falciforme huméroradial.

D. Van Linthoudt

Service de Rhumatologie, Département de Médecine,  
Hôpital neuchâtelois, La Chaux-de-Fonds (Suisse)

## Introduction

Le coude est une articulation complexe, impliqué dans la majorité des mouvements du membre supérieur. Il est souvent le siège de douleurs dont l'origine peut être extra- ou intra-articulaire. Parmi cette dernière, certains auteurs ont incriminé l'enclavement du bourrelet huméroradial ou de son prolongement synovial.

Cette présentation rapporte le cas d'une jeune femme souffrant de douleurs latérales du coude, rebelles et associées à une limitation de la mobilité articulaire, chez qui cette pathologie est suspectée.

## Observation

Cette apprentie en pharmacie, née en 1990, a été traitée depuis 1997 par du méthotrexate et de l'hydroxychloroquine pour un rhumatisme juvénile idiopathique apparu en 1995. L'évolution a été favorable avec une rémission clinique et biologique ayant permis d'arrêter tous les traitements en 2008. En 2007, elle a aussi été opérée d'un replis synovial du genou droit.

En été 2009, elle a consulté dans le service pour une limitation occasionnelle de l'extension du coude gauche (non dominant), apparue une année auparavant. Celle-ci a été associée à trois ou quatre épisodes de douleurs inflammatoires survenues après une séance d'équitation.

L'examen du coude a révélé une absence de synovite mais une sensibilité à la palpation de l'interligne huméroradial et un déficit d'extension de 15 degrés. La flexion et la pronation n'étaient pas limitées ni douloureuses; la supination était sensible en fin de course. L'extension contrariée du poignet tout comme la pronation contre résistance en extension complète et en supination maximale réveillaient les douleurs spontanées.

Les radiographies étaient normales. L'échographie n'a pas montré de lésion tendineuse, ligamentaire, d'épanchement ou d'activité vasculaire au doppler énergie. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec injection de gadolinium n'a pas révélé d'œdème osseux, de synovite ou d'enthésopathie; mise en évidence par contre d'un replis synovial épaissi prolongeant le bourrelet huméroradial, confirmé à l'arthro-IRM.

Le traitement conservateur comprenant une infiltration locale par un stéroïde a été partiellement efficace sur les douleurs. Néanmoins, la gêne engendrée par la limitation articulaire persistante et la récurrence des douleurs à la reprise de l'équitation suggèrent l'indication d'une résection arthroscopique.

## Discussion

Pour assurer la stabilité du coude dans les différents plans, l'articulation est contrainte par une capsule articulaire serrée et renforcée par de nombreux ligaments et tendons. De plus, les extrémités osseuses sont congruentes sauf entre la cupule radiale et le condyle huméral. C'est la raison pour

laquelle la face interne de la capsule y est souvent complétée par un bourrelet falciforme. Cette saillie triangulaire se fixe par sa base sur la capsule articulaire et le bord supérieur du ligament annulaire. Elle s'insinue dans l'interligne huméroradial sur une profondeur d'environ 2 à 4 mm bien qu'elle puisse avoir un aspect discoïde complet. Son rôle consisterait à améliorer la concordance des surfaces articulaires, surtout lors de l'extension du coude. Ce bourrelet pourrait contribuer à la dispersion des forces imprimées à l'articulation ainsi qu'à avoir un rôle protecteur dans les mouvements de pro-supination.

Cette structure a été accusée d'être parfois à l'origine de douleurs latérales, à début souvent brutal. Elles surviennent surtout chez l'adulte jeune, sportif ou ayant un travail de force. Elles s'accompagnent parfois d'un ressaut et/ou d'une limitation de la mobilité, principalement de l'extension et de la supination.

L'examen clinique révèle une sensibilité à la palpation de l'interligne huméroradial, alors que l'épicondyle n'est pas douloureux. L'extension contrariée du poignet peut réveiller les douleurs comme dans une épicondylalgie par irritation tendineuse ou enthésopathie. D'autres signes évocateurs mais également non pathognomoniques sont la douleur lors de l'extension et de la supination forcée et celle provoquée lors du port d'un objet lourd en pronation alors que ce n'est pas le cas en supination. Un ressaut peut être perçu au mouvement de flexion du coude, l'avant-bras en pronation.

Les examens biologiques et radiologiques servent surtout à exclure une autre origine aux symptômes. L'arthro-IRM est l'examen le plus performant. Le bourrelet ou le replis synovial pourrait être responsable des symptômes lorsque son épaisseur dépasse 3 mm. Cet épaissement pourrait être constitutionnel ou dû à un traumatisme aigu ou à des lésions répétées de la frange synoviale, entraînant sa fibrose.

Les symptômes peuvent être améliorés par une infiltration locale, une manipulation ou, en cas d'échec, par une résection arthroscopique.

Cette pathologie est probablement sous-évaluée car insuffisamment évoquée. Elle pourrait même survenir dans d'autres articulations, des franges synoviales s'insinuant entre les surfaces cartilagineuses étant observées dans la majorité de celles-ci.