

Apport de l'imagerie pour le diagnostic de la rupture du tendon distal du muscle biceps brachial (TDBB)

E. Dietsch
S Aubry
B.Barbier Brion
JM Lerais
B Kastler

Service radiologie A/C

Société de médecine de Franche-Comté
Imagerie et Urgences
10 juin 2010



Qui, quand, comment?

- Homme de 50 ans, travailleur manuel
- Bras dominant (80%)
- Tendinose préexistante, souvent asymptomatique
- Flexion contrariée (effort de soulèvement) ou extension forcée
- Rupture de l'insertion sur la tubérosité radiale



Diagnostic

URGENT

Traitement urgent donc diagnostic urgent

Clinique à priori:

- Craquement puis douleur
- Perte de relief du tendon
- Déficit de la flexion et de la supination
- Rétraction en boule du muscle

Notre expérience: 23 imageries pour 28 ruptures

En pratique:

- Aspécifique
- Non palpable
- Modéré voir absent

MAIS POURQUOI ?



boule musculaire

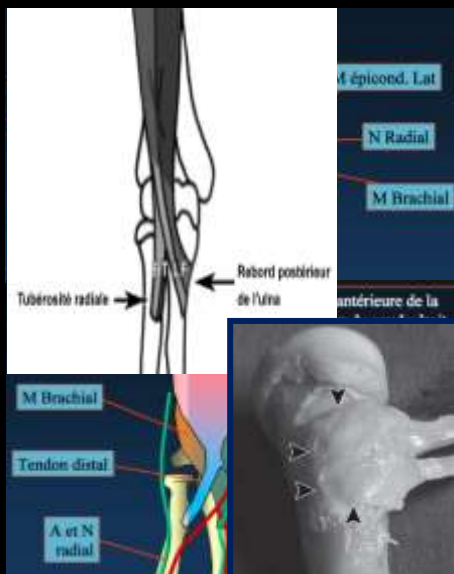


perte de relief tendineux



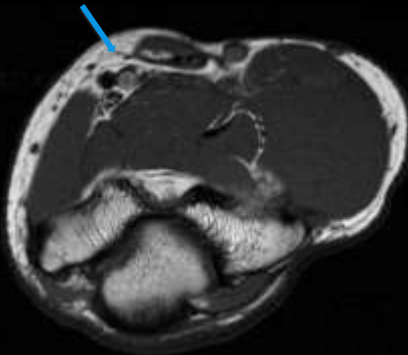
œdème

Anatomie: insertion distale du muscle brachial



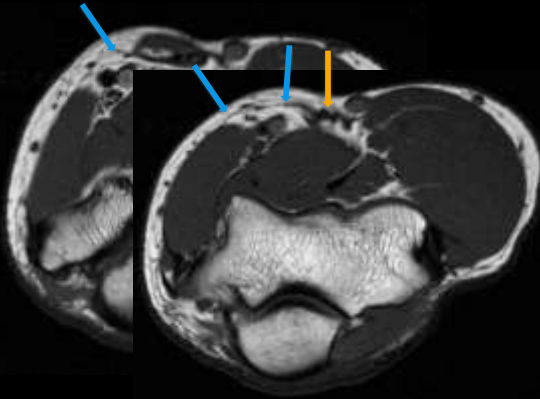
- Attache distale du muscle biceps brachial double:
 - Un tendon principal (TDBB) fixé sur la tubérosité radiale
 - Une extension fibreuse vers l'aponévrose des muscles épicondyliens médiaux: le **lacertus fibrosus** (ascension musculaire limitée s'il est intact, fonction préservée)
- TDBB: **2 faisceaux tendineux** (rupture partielle possible)

Anatomie: insertion distale du muscle brachial



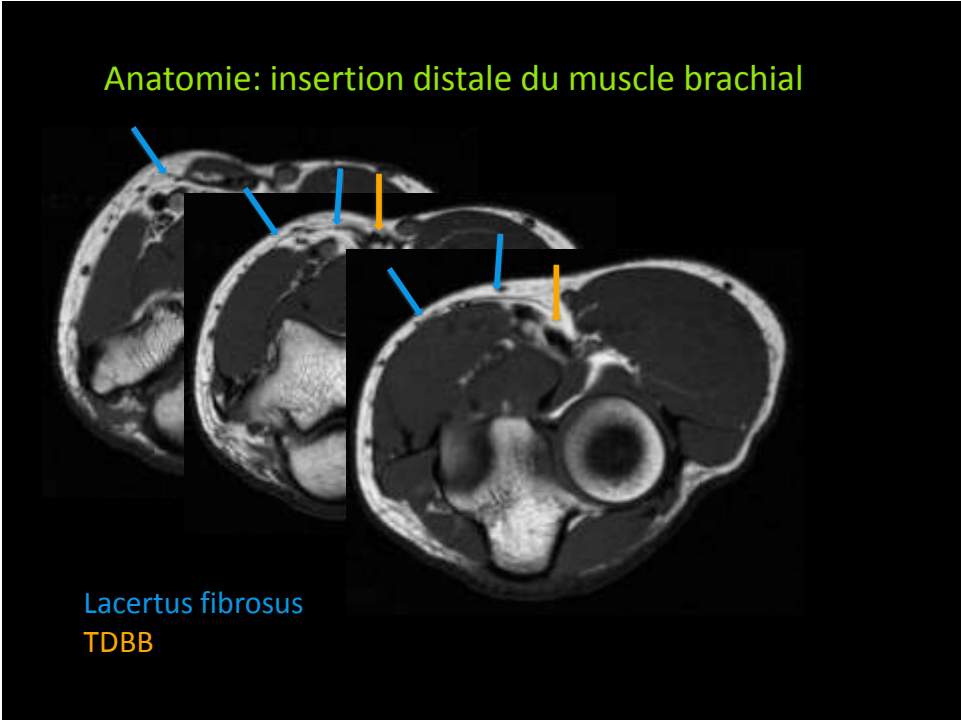
Lacertus fibrosus
TDBB

Anatomie: insertion distale du muscle brachial

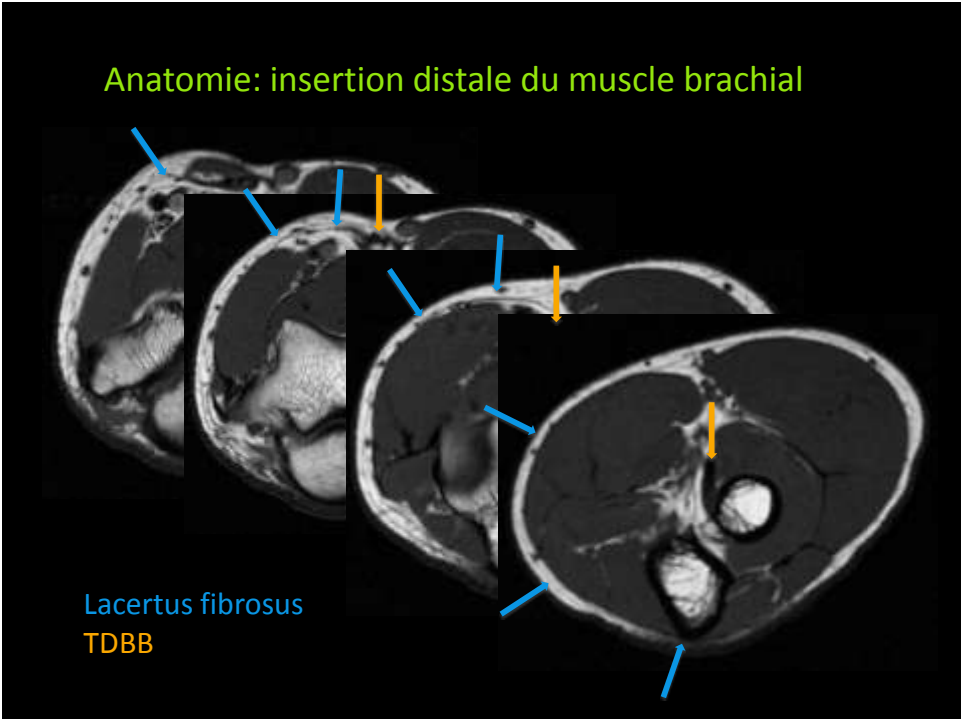


Lacertus fibrosus
TDBB

Anatomie: insertion distale du muscle brachial



Anatomie: insertion distale du muscle brachial



Fonction

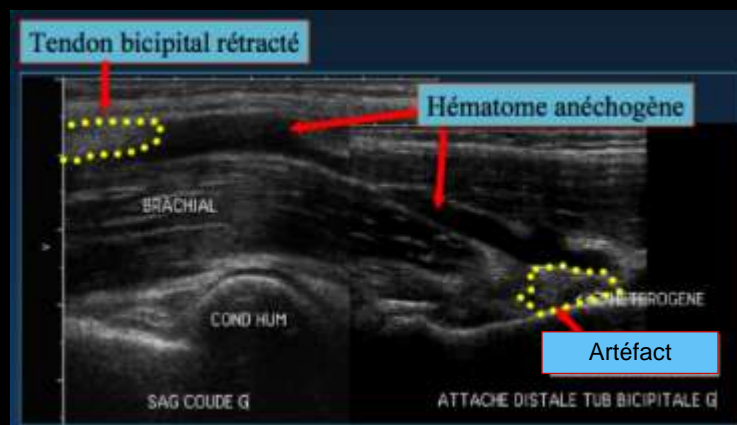


Le muscle brachial est le principal muscle fléchisseur du coude, alors que le muscle biceps brachial n'est qu'un **fléchisseur accessoire**. Le déficit de flexion n'est donc qu'incomplet en cas de rupture du TDBB.

Le muscle biceps brachial est le **principal muscle supinateur**, mais la supination est également assurée par le muscle court supinateur, qui limite le déficit de supination .

Diagnostic positif en échographie

Accessible, non invasif, économique

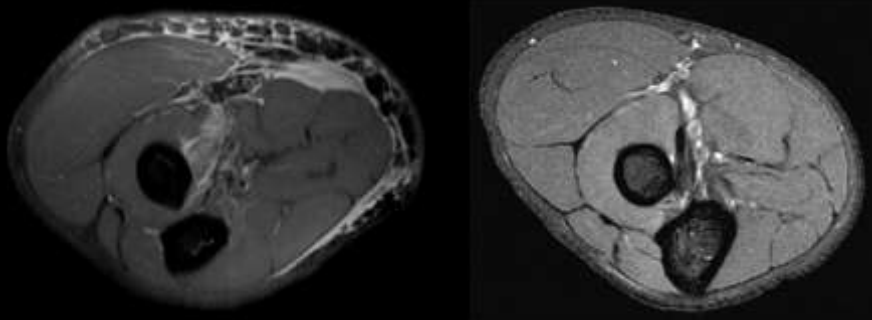


Diagnostic positif en IRM

Rupture partielle, échographie non contributive

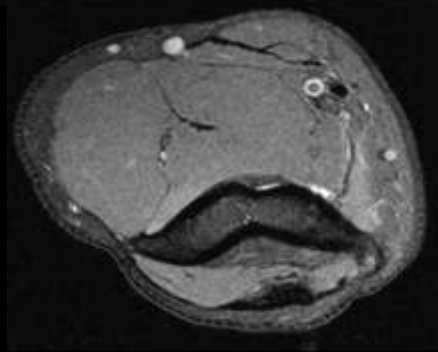
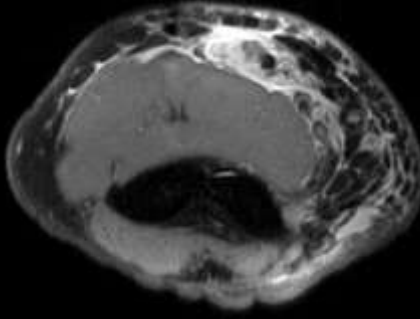
- Désinsertion de la tubérosité
- Solution de continuité tendineuse
- Rétraction tendineuse et musculaire
- Hématome péri-tendineux
- Hématome étendu en périphérie des muscles épicondyliens médiaux

Diagnostic positif en IRM: rupture complète du TDBB (cas 1)



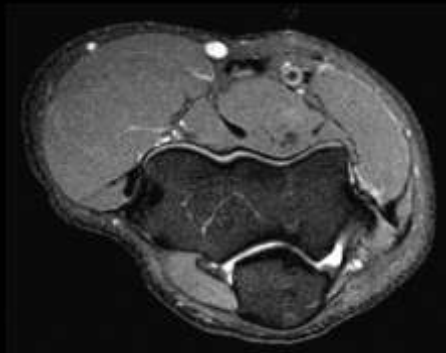
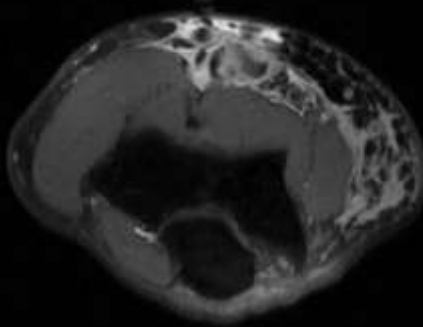
Pas de tendon au niveau de l'insertion

Diagnostic positif en IRM: rupture complète
du TDBB (cas 1)



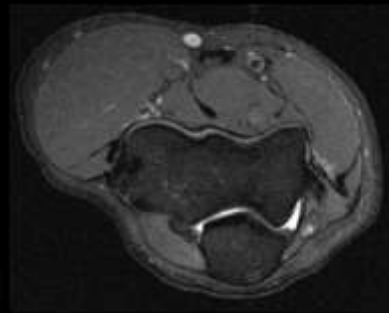
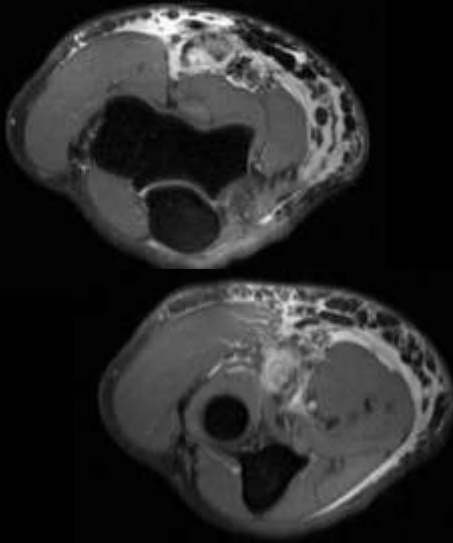
Pas de muscle sur la coupe la plus haute: rétraction musculaire

Diagnostic positif en IRM: rupture complète
du TDBB (cas 1)



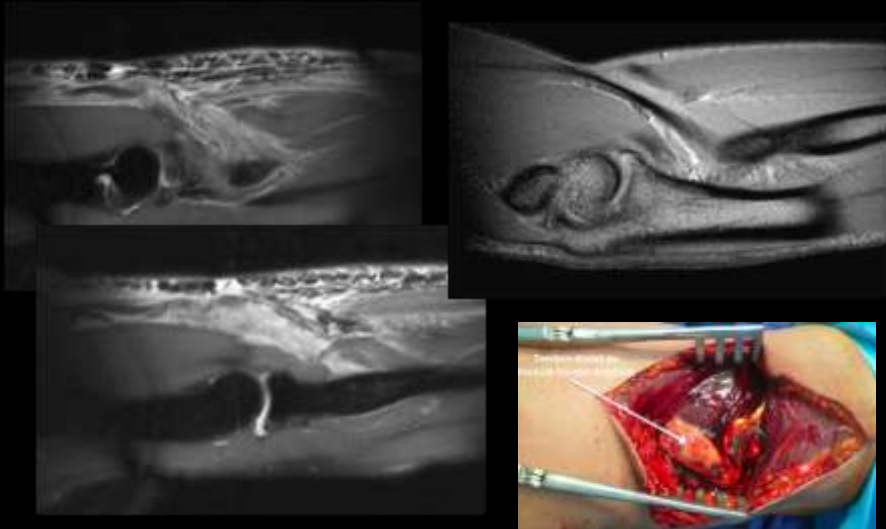
Tendon épaissi en hypersignal

Diagnostic positif en IRM: rupture complète du TDBB (cas 1)

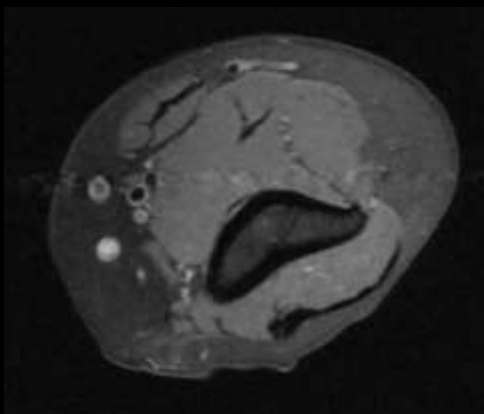


- Pas de lacertus fibosus
- Hématome étendu en périphérie de la loge des épicondyliens médiaux, jusqu'au rebord postérieur de l'ulna

Diagnostic positif en IRM: rupture complète du TDBB (cas 1)



Diagnostic positif en IRM: rupture incomplète du TDBB (cas 2)



Ce qu'il faut retenir

- La rupture du TDBB est rare, mais justifie une **réinsertion chirurgicale rapide**
- En effet, la rétraction tendineuse qui dépend de l'ancienneté de la rupture peut compromettre la réinsertion
- Le diagnostic est parfois clinique

L'échographie est pratiquée en première intention.

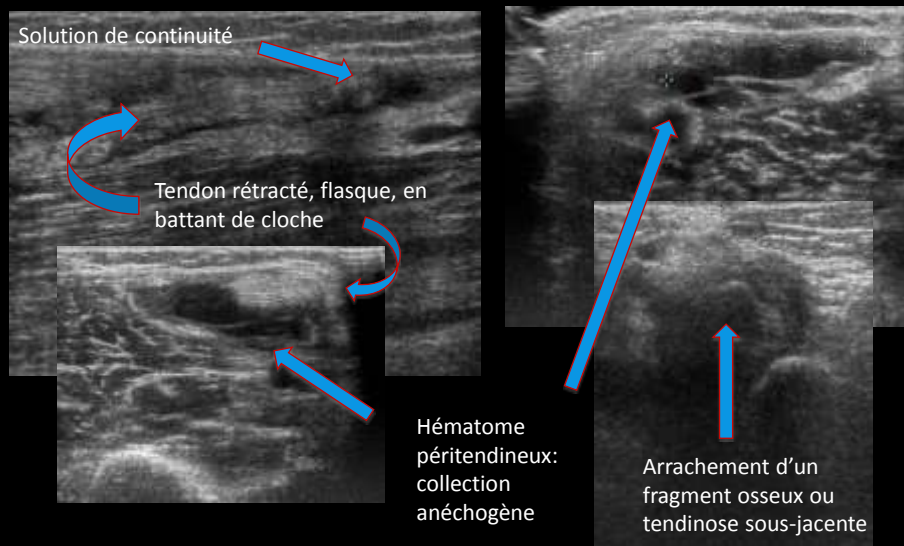
Accessible et non invasive, elle permet le plus souvent le diagnostic positif de ces lésions

L'IRM pratiquée en cas de doute, confirme le diagnostic, et précise l'extension de la lésion.

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Diagnostic positif en échographie

Accessible, non invasif, économique



Traitement

