

# LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN

## Intervention la plus pratiquée en Chirurgie de la Main

### GENERALITES

#### **Quelques repères**

Le syndrome du canal carpien est très fréquent. Sa cause est anatomique et résulte de la compression du nerf médian au canal carpien.

Le canal carpien est une gouttière osseuse formée par les os du poignet qui relie l'avant bras à la main. Ce canal étroit est inextensible, et fermé en avant du côté de la paume par le rétinaculum des fléchisseurs.

A l'intérieur du canal, passe les tendons fléchisseurs des doigts, et également le nerf médian qui assure la sensibilité des trois premiers doigts (pouce, index et majeur) ainsi que la motricité de certains muscles de la base du pouce.

En France, plus de 120 000 interventions sont réalisées par an.

#### **Pour comprendre**

Pour différentes raisons, le volume des éléments du canal peut augmenter. Le nerf médian, volumineux et mou, se retrouve alors comprimé. Dans la très grande majorité des cas (90% des cas), on ne retrouve pas de cause particulière et le syndrome du canal carpien est dit « idiopathique ». Chez la femme d'âge mûr, autour de la ménopause, ce sont des modifications hormonales qui provoquent une infiltration des tissus. On parle de stase veineuse et/ou d'œdème.

Rapidement, apparaissent des fourmillements douloureux (ou paresthésies), parfois très pénibles et insomniants dans les trois premiers doigts. Le syndrome du canal carpien est donc le plus souvent bilatéral, prédominant parfois du côté dominant.

### DESCRIPTION

La nuit, avec la cessation des mouvements des doigts, le retour veineux au niveau de la main se fait moins bien et la pression augmente dans le canal carpien réveillant la patiente par des fourmillements pénibles dans les trois premiers doigts. Typiquement, elle se réveille, secoue alors ses doigts pour faciliter le retour veineux et lymphatique de la main vers l'avant-bras et les fourmis disparaissent.

### EXAMEN

#### **Rechercher une cause : Forme dite « idiopathique » ou secondaire**

L'examen doit s'efforcer de retrouver une cause particulière. On recherche des douleurs au niveau de la colonne cervicale.

Une arthrose de cette colonne peut expliquer une compression des nerfs qui naissent à cet endroit avec des troubles qui sont alors en rapport avec une arthrose du cou et non avec une compression du nerf médian au canal carpien.

Enfin, certaines maladies peuvent provoquer une augmentation du volume du canal carpien. C'est le cas du diabète, de l'hypothyroïdie ou de l'acromégalie.

Après une fracture du poignet, une compression du nerf médian peut être observée. Il s'agit alors d'un syndrome posttraumatique.

Dans tous les cas où une cause est retrouvée, il faudra proposer aussi le traitement de la cause si possible.

## **Examen clinique et électromyographique**

L'atteinte est le plus souvent bilatérale. L'examen clinique recherche des signes objectifs de syndrome du canal carpien : perte de la sensibilité des trois premiers doigts et diminution de la force du pouce.

En cas de forme subjective pure, un électromyogramme (EMG), confirmera la compression nerveuse au niveau du canal carpien. C'est l'examen de référence pour la confirmation du diagnostic.

## **TRAITEMENT**

### **Traitement médical**

En cas de forme subjective pure, dans les 6 premiers mois, un traitement médical doit être proposé. Il repose sur une infiltration de corticoïdes au niveau du canal carpien, qui peut être renouvelée jusqu'à deux fois.

Ce traitement doit être associé au port intermittent, notamment la nuit, d'une attelle de repos.

### **Traitement chirurgical**

En cas de forme objective ou en l'absence d'efficacité pendant six mois de traitement médical bien conduit, un traitement chirurgical peut être proposé.

Le traitement chirurgical consiste à sectionner (ouvrir) le (ligament ou) rétinaculum des fléchisseurs, pour augmenter la taille du canal. Cette technique se fait le plus souvent en chirurgie ambulatoire sous locorégionale, sous bloc du poignet ou même générale.

La technique aujourd'hui doit se faire de façon mini-invasive, c'est-à-dire que l'on doit éviter de sectionner le talon de la main, zone d'appui. On utilise alors soit une couteau rétrograde à lumière froide, soit un endoscope.

Une attelle de repos du poignet peut être mise en place en postopératoire à visée antalgique pour une durée de 7 jours. Les fils sont à retirés au 14<sup>ème</sup> jour.

## **EVOLUTION**

En l'absence de traitement, une atrophie (perte du relief) musculaire survient au niveau de la base du pouce et la sensibilité des trois premiers doigts s'amenuise. Parallèlement, les fourmillements diminuent avec les années.

Après intervention, dans la majorité des cas, les fourmillements disparaissent très rapidement, dès le 1<sup>er</sup> soir. S'il existait une perte de la sensibilité et/ou de la musculature, la récupération se fera avec le temps (avec la repousse nerveuse en 4 à 6 mois). Le reprise du travail peut se faire dès le lendemain mais se fait en moyenne entre le 7<sup>ème</sup> et le 14<sup>ème</sup> jour en fonction des activités manuelles.

Le syndrome du canal carpien est fréquent chez certains travailleurs manuels comme les secrétaires ou les caissières. Il s'agit alors d'un syndrome dit de compression nerveuse secondaire à des microtraumatismes répétés. Une reconnaissance en maladie professionnelle dans ces activités manuelles est souhaitable.

