

Syndrome du canal carpien

Docteur Richard BERACASSAT

Définition :

Le syndrome du canal carpien correspond à une compression **du nerf médian** dans la paume de la main.

Le nerf médian donne la sensibilité de la face palmaire (côté paume) du pouce, de l'index et du majeur et d'une partie de l'annulaire. Il innerve également certains muscles moteurs du pouce.



Le canal carpien est un tunnel constitué par les os du carpe en arrière et un gros ligament en avant. Dans ce canal passent les tendons fléchisseurs des doigts et le nerf médian.

Ce nerf est comprimé si les gaines des tendons s'épaississent (ténosynovite), ou si le canal se déforme mécaniquement (Fracture). Si le nerf est comprimé la conduction de l'influx nerveux est perturbée (ralentie) et les symptômes apparaissent.

Terrain :

Très fréquent dans l'ensemble de la population, en particulier chez les femmes. Le syndrome du canal carpien est très fréquent chez les travailleurs manuels ou les personnes ayant une activité répétitive (caissière, ouvrière, secrétaire etc.) Dans rares cas, la prise en charge en maladie professionnelle est possible.

Enfin, certaines maladies peuvent augmenter l'épaisseur des tendons et déclencher un syndrome du canal carpien : diabète, polyarthrite rhumatoïde, hypothyroïdie, amylose...

Diagnostic:

- Fourmillements (acroparesthésies) de la main et des doigts surtout la nuit
- Engourdissement
- Douleurs du pouce, de l'index et du médius
- Maladresse avec lâchage d'objet, sensation de perte de force
- Perte de sensibilité dans les cas sévères
- Amyotrophie de l'éminence thénar (aplatissement de la base du pouce) également dans les cas sévères et anciens.

Les douleurs peuvent remonter le long de l'avant bras et du bras, parfois même jusqu'à l'épaule. Souvent les 2 mains sont atteintes.

Examens complémentaires:

- la radiographie des poignets et des mains seulement si on suspecte une déformation du canal carpien d'origine osseuse ; il faut alors réaliser en plus des radiographie de face et de profil une « incidence du canal carpien ».

- l'électromyogramme est indispensable : il analyse la vitesse et la qualité de l'influx nerveux. Il permettra de confirmer le diagnostic, de situer le niveau de la compression et d'étudier la conduction nerveuse des autres nerfs au niveau des deux membres supérieurs.
- une échographie ou une IRM si une cause de compression inhabituelle est suspectée (Kyste, tumeur...)

Traitement:

Une infiltration peut être tentée sur des formes débutantes, elle a pour but est de faire diminuer l'inflammation dans le canal carpien. Son effet n'est souvent que temporaire et les signes récidivent après quelques mois.

L'opération chirurgicale est le seul traitement efficace, elle libérera le nerf médian.

Le chirurgien ouvrira le ligament en avant du canal carpien. La gaine synoviale des tendons fléchisseurs des doigts sera retirée si elle est inflammatoire ou épaissie.

L'anesthésie est le plus souvent locorégionale (anesthésie du membre supérieur uniquement). Une anesthésie générale est parfois nécessaire.

Une seule journée d'hospitalisation sera nécessaire (Ambulatoire) : entrée le matin, sortie en début de soirée. Vous pouvez rentrer chez vous seul, un accompagnant est indispensable. Si vous habitez loin (à plus de 30 minutes en voiture), si vous vivez seul, il est alors préférable de dormir une nuit à la clinique.

La taille de la cicatrice est variable suivant que l'intervention est réalisée par abord direct ou sous endoscopie.

- La technique par abord direct est dite « mini invasive » (ou « mini open ») en faisant une incision de 1,5 centimètres environ dans la paume de la main elle permet de retirer la gaine des tendons si nécessaire.



- La technique endoscopique a l'avantage théorique d'éviter la cicatrice dans la paume de la main, et la sensibilité post opératoire de la cicatrice (pillar pain). En fait il n'en est rien, la sensibilité de la paume est la même. Cette technique endoscopique n'est pas réalisable dans tous les cas et le risque de libération insuffisante voire même de complications (plaie tendineuse ou nerveuse) est réel. Nous avons comme beaucoup de chirurgiens traitant cette pathologie abandonné cette technique.

- Une voie plus élargie est parfois nécessaire dans les ré interventions ou dans de rares cas particuliers (kystes)

Délai avant l'intervention :

Cette intervention sera efficace si elle est effectuée assez tôt dans les mois suivant l'apparition des premiers signes. Si un nerf reste comprimé trop longtemps (plusieurs années), les cellules nerveuse sont altérées de façon importante et parfois définitive. L'opération chirurgicale donnera alors de moins bons résultats.



Recommandations après l'intervention:

Une petite attelle légère Velcro est parfois mise en place, il est conseillé de la conserver une dizaine de jours. Mobilisez vos doigts en les pliant et en les ouvrant normalement et ce le plus souvent possible.

Une légère douleur les premiers jours après l'intervention est normale, un traitement peut être pris (paracétamol, ibuprofène...)

La douleur de l'intervention disparaît en quelques jours. Reprenez contact avec nous si elle persiste ou si elle vous paraît excessive.

Chez le travailleur manuel, un arrêt de travail de 3 à 4 semaines est le plus souvent nécessaire.

Les fils de suture s'éliminent seuls en 3 semaines.

Les symptômes de compression nerveuse : fourmillements, engourdissements, douleurs... disparaissent rapidement en quelques jours à quelques semaines sauf dans les cas opérés trop tardivement.

La région palmaire reste sensible à la pression pendant 3 à 6 mois.

Une diminution de la force de la main de 20 à 50% persiste également pendant 6 mois.

Complications possibles :

Dans quelques très rares cas, des signes de compression du nerf médian peuvent réapparaître quelques mois après l'intervention. Il s'agit le plus souvent :

- soit d'une fibrose autour du nerf avec parfois adhérence du nerf à la cicatrice cutanée (très exceptionnelle depuis l'utilisation des petites ouvertures mini invasives).

- soit d'une synovite des tendons fléchisseurs. Le ligament après avoir été sectionné au cours de l'intervention, cicatrise en quelques semaines. Il est alors « plus large » et augmente le volume du tunnel que représente le canal carpien. Certains tendons sont déviés vers l'avant du canal carpien, le ligament ayant perdu son rôle de « poulie » des fléchisseurs. Si une inflammation des tendons se produit à nouveau (synovite), des douleurs réapparaissent. Il faut alors ré-intervenir et effectuer une synovectomie des tendons fléchisseurs et éventuellement mettre en place un petit implant permettant de re-calibrer le canal carpien.

- L'Algo-neuro-dystrophie (syndrome de Südeck) est une complication rare, survenant souvent chez des patients très anxieux. C'est une réaction douloureuse et un gonflement de la main avec difficulté pour mobiliser les doigts. Cette complication est régressive la plupart du temps sans séquelles mais nécessite une prise en charge médicale de longue durée.

Les complications chirurgicales sont très exceptionnelles : hématome, infection de la plaie, lésion nerveuse (surtout en cas d'anomalie anatomique) ou tendineuse.

Conclusion :

Le syndrome du canal carpien est une pathologie très fréquente.

Son traitement est le plus souvent chirurgical.

Les résultats sont excellents dans la très grande majorité des cas.