Syndrome du canal carpien

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 ralentie et les symptômes apparaissent.

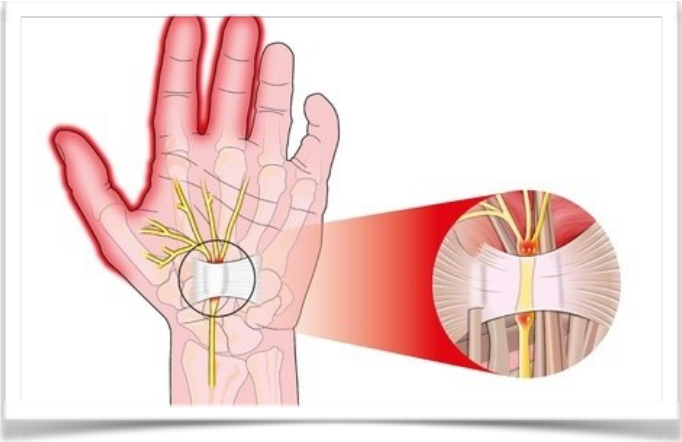
Les femmes sont plus touchées que les hommes

Le syndrome du canal carpien est, le trouble musculo-squelettiques (TMS) le plus répandu avec 150 000 cas opérés en France par an.

Il touche deux fois plus les femmes que les hommes. Il apparaît chez les femmes le plus souvent vers 50 ans et vers 30 - 50 ans chez les hommes qui exercent une activité professionnelle sollicitant fortement leurs poignets de façon répétitive ou qui utilisent des machines vibrantes.

Enfin, lorsqu'une main est touchée, l'autre risque de l'être également, parfois plusieurs années plus tard.

Diagnostic clinique



« Des fourmillements qui réveillent la nuit »

Contrairement à d'autres pathologies de la main (arthroses, tendinites…), les symptômes du canal carpien surviennent essentiellement lorsque la main est au repos.

La grande majorité des patients sont réveillés en fin de nuit par des fourmillements douloureux et des engourdissements des doigts qu'ils cherchent à faire disparaître en mettant la main en bas, en la plaçant sous l'eau ou en faisant des mouvements de flexion-extension des doigts.

Les douleurs peuvent également remonter jusqu'à l'épaule. La compression du nerf peut entraîner une une perte de sensibilité des doigts (pouce, index, majeur, essentiellement) qui peut devenir définitive. Certains muscles du pouce peuvent également s'atrophier ce qui entraine lâchage d'objet ou une perte de la force.

Que faire comme examen complémentaire ?

– 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.

– 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 ».

– une échographie ou une IRM si une cause de compression inhabituelle est suspectée (Kyste, tumeur…)

ELECTROMYOGRAMME

Cette examen est réalisé un neurologue. Tout comme l'électrocardiogramme, il utilise des électrodes reliées à un appareil. Les plus souvent, ces dernières sont simplement posées sur la peau mais il faut parfois enfoncer une petite aiguille dans les fibres musculaires pour obtenir un meilleur résultat. L'appareil traduit ensuite sous forme de tracés la vitesse de conduction de l'influx électrique dans les nerfs et sa propagation dans les muscles.

Traitement:

Traitement médical

Une infiltration de corticoïdes retard peut être tentée sur des formes débutantes, elle a pour but est de faire diminuer l'inflammation dans le

canal carpien. Son effet peut être temporaire et les signes récidivent après quelques mois.

Une attelle de repos la nuit peut soulager les symptômes.

En cas d'échec du traitement médical, d'atteinte sévère avec diminution de la sensibilité et de la force, le traitement chirurgical est recommandé pour libérer le nerf médian.

Traitement chirurgical

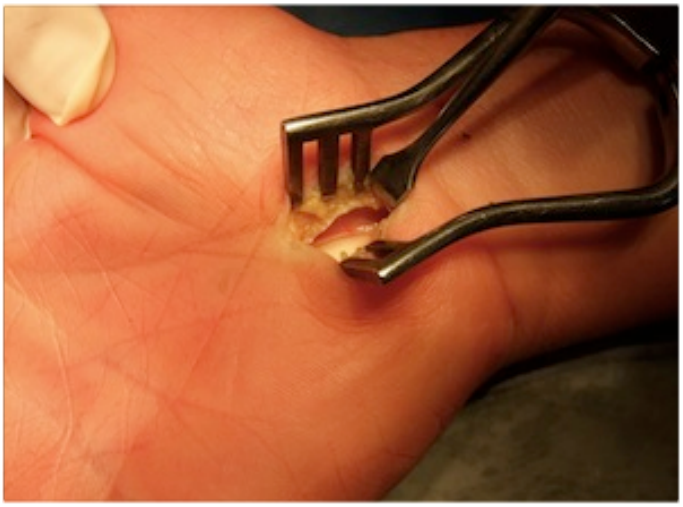
L'opération chirurgicale est le seul traitement efficace, elle libérera le nerf médian. Le chirurgien ouvrira le ligament en avant du canal carpien.

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 ne 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.

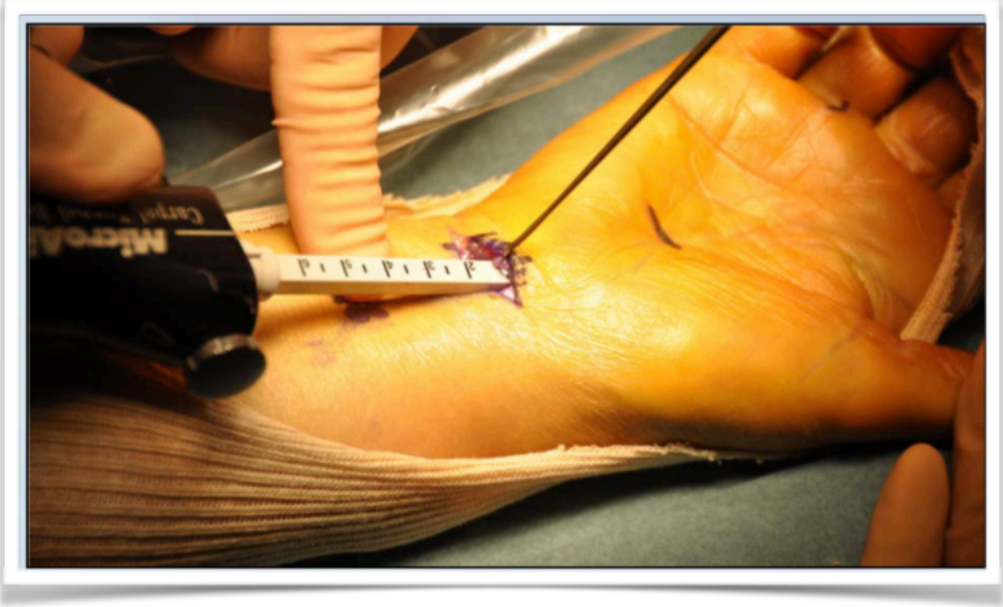
La taille de la cicatrice est variable suivant que l'intervention est réalisée par abord direct ou sous endoscopie.

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



– La technique endoscopique a l'avantage d'éviter la cicatrice dans la paume de la main, et la sensibilité post opératoire de la cicatrice (pillar pain).

Une incision chirurgicale de 5mm est réalisée au niveau du pli de flexion du poignet. La face inférieure du rétinaculum est alors libérée à l'aide d'une spatule.L'endoscope est alors inséré dans le canal carpien, le rétinaculum est sectionné en totalité. A la fin de l'opération chirurgicale, la libération complète du nerf médian peut être vérifiée grâce à l'endoscope.



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 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 :

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

Les plus fréquentes L'hématome : comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris, elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entrainant une prise en charge

spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

Plus rarement L'infection profonde est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et un traitement prolongé par antibiotiques. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Une atteinte nerveuse du nerf médian (pris dans un tissu fibreux cicatriciel ou exceptionnellement section de celui-ci) est rare. Par contre, une sensation moindre ou une hypersensibilité transitoire sur un des doigts concernés peut être observée.

La cicatrice peut rester gonflée et sensible pendant plusieurs semaines avec douleur à l'appui sur la paume. Une raideur temporaire peut être observée et peut justifier une rééducation complémentaire.

La force reste souvent limitée pendant plusieurs mois. La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique.

Vous pouvez télécharger ce document en utilisant le lien ci – dessous:

CONCLUSION

La libération chirurgicale à ciel ouvert du nerf médian au canal carpien est un geste chirurgical bien codifié. Il est très efficace sur les douleurs, avec souvent disparition immédiate des dysesthésies et permet le plus souvent en quelques semaines une totale récupération. Les récidives en sont exceptionnelles. Une perte partielle de la sensibilité ou de la force peut être observée, souvent en lien avec une compression très importante, et le degré de récupération reste imprévisible.