

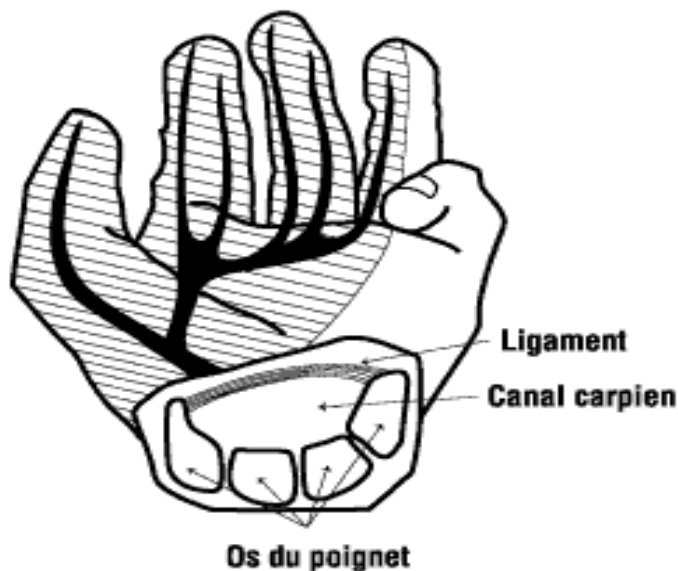
Syndrome du canal carpien

Dr Xavier Martinache

Qu'est ce que le syndrome du canal carpien ?

Le syndrome du canal carpien correspond à une compression d'un gros nerf situé dans la paume de votre main : **le nerf médian**. Le nerf médian assure la sensibilité des pulpes du pouce, de l'index et du majeur. Il assure également l'innervation motrice de certains muscles du pouce.

Le canal carpien est un tunnel inextensible limité par les os du carpe en arrière et un épais ligament en avant. Le nerf médian passe dans ce canal inextensible, accompagné par les 9 tendons fléchisseurs des doigts.



Lorsque le canal se rétrécit (arthrose fracture), ou si les enveloppes autour des tendons s'épaississent, le premier élément qui souffre est le nerf : le passage du courant est ralenti, et les symptômes apparaissent.

Qui est atteint par le syndrome de canal carpien ?

Le syndrome du canal carpien est très fréquent dans l'ensemble de la population, particulièrement lors de la grossesse et chez les femmes à partir de 50 ans. Les travailleurs de force ou les personnes ayant une activité manuelle répétitive (secrétaire, caissière, etc.) sont plus souvent atteints que la population générale. Dans certains cas, la prise en charge en maladie professionnelle est possible. Enfin, certaines maladies qui augmentent l'épaisseur des tendons sont plus souvent associées à un syndrome du canal carpien : hypothyroïdie, polyarthrite-rhumatoïde, amylose, diabète.

Quels sont les symptômes du syndrome du canal carpien ?

La compression du nerf médian lors de son passage dans le canal carpien se traduit par des fourmillements, un engourdissement et parfois des douleurs du pouce, de l'index et du médus. En principe, ces troubles de la sensibilité ne touchent que les doigts, mais ils peuvent s'étendre à toute la main et au bras. Le plus souvent, ces signes apparaissent la nuit, vous réveillent vers 3h du matin et disparaissent en secouant la main pendant quelques minutes. L'atteinte des 2 mains est très fréquente.

Quels examens complémentaires aurez-vous à passer?

- la radiographie des poignets et des mains n'est pas toujours indispensable. Elle permet de dépister un rétrécissement du canal d'origine osseuse.
- l'électromyogramme est l'examen complémentaire essentiel : il mesure la capacité du nerf médian à transmettre les signaux électriques.

Cet examen permet de confirmer le diagnostic, de localiser le niveau de la compression et de rechercher une anomalie sur les autres nerfs du bras.

Si vous êtes jeune et que votre canal carpien est unilatéral (seulement d'un côté) On vous demandera probablement de passer une IRMN (examen par résonance magnétique) pour rechercher une cause de compression extrinsèque : quelque chose qui se développerait dans le canal et ne devrait pas y être comme un kyste par exemple !!

Quel est le traitement du syndrome du canal carpien ?

Une infiltration peut être réalisée en première intention ;son but est de faire dégonfler le contenu du canal carpien. Mais le plus souvent, l'effet obtenu n'est que temporaire les signes réapparaissent après 2 à 3 mois.

La chirurgie devient alors nécessaire pour faire baisser définitivement la pression dans le canal carpien et libérer le nerf médian. L'intervention consiste à ouvrir l'épais ligament qui ferme le canal. La synoviale qui entoure les tendons peut être enlevée lorsqu'elle est épaissie.

Cette intervention sera efficace si elle est effectuée dans les mois suivant l'apparition de la symptomatologie. Si un nerf est comprimé trop longtemps (plusieurs années), il sera altéré de façon importante et parfois définitive. Sa libération chirurgicale donnera de moins bons résultats.

Cette intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie locorégionale (seul le membre supérieur est anesthésié). Une anesthésie générale est parfois nécessaire. L'hospitalisation est en général de courte durée (hospitalisation ambulatoire :vous ne restez pas dormir à la clinique). Si vous êtes anxieux à l'idée de vous faire opérer, l'anesthésiste vous donnera un médicament qui vous «déconnectera » de l'environnement ambiant.

La taille de la cicatrice est variable suivant que l'intervention est réalisée de façon classique ou sous endoscopie.

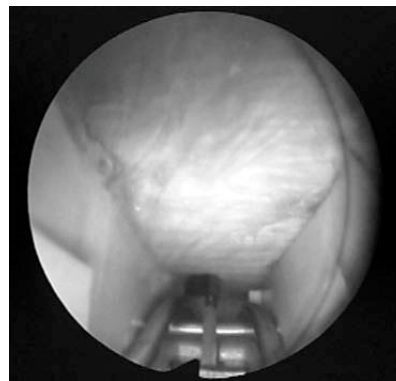
La technique dite « classique » est réalisée en faisant une incision de trois centimètres environ dans la paume de la main et en ouvrant le ligament en totalité.

S'il existe une inflammation des tissus autour des tendons **une synovite** Cette voie permet en étant un peu élargie de « nettoyer » les tendons et d'empêcher leur fragilisation. Cette circonstance est en fait rare et survient en cas de maladie inflammatoire particulière type **polyarthrite rhumatoïde**.



Photo n°1 technique classique

La technique endoscopique a l'avantage d'éviter la cicatrice dans la paume de la main, et de permettre une reprise d'activité plus rapide. Elle n'est pas réalisable dans tous les cas, en particulier quand le poignet est raide ou en cas de synovite importante. Cette technique doit être réalisée par un [chirurgien de la main](#) qui en a l'expérience, c'est-à-dire par un chirurgien rompu à la chirurgie de la main et à l'arthroscopie.



**Photo n°2 et 3
Libération endoscopique (per-op)**

Cette intervention peut être suivie par le patient qui le désire sur l'écran de contrôle de la caméra endoscopique avec les commentaires de l'opérateur. (Les patients porteurs de lunettes sont exceptionnellement autorisés à les emporter avec eux en descendant au bloc).

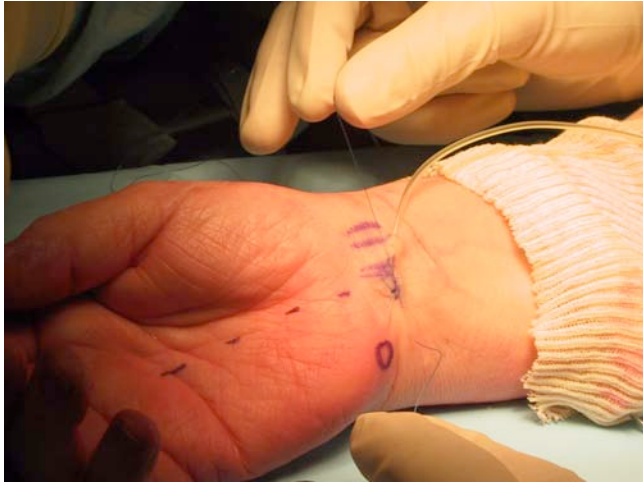


Photo n°4
Cicatrice post opératoire après libération endoscopique

Quelques conseils utiles :

Vous ne serez pas du tout immobilisé(e) après l'intervention.

Bougez vos doigts le plus normalement possible.

Il est normal d'avoir un peu mal la première journée après l'intervention, prenez un antalgique.

La douleur de l'intervention disparaît en 1 à 2 jours. Reprenez contact avec nous si elle persiste.

En cas de travail manuel, un arrêt de travail de 3 à 4 semaines est habituel.

La cicatrisation du ligament se fait habituellement en 6 semaines.

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

Une diminution de la force de la main de 20 à 30% persiste également pendant 3 à 6 mois.

Rechute

Dans quelques cas (rares), des signes de compression du nerf médian peuvent réapparaître quelques mois après l'intervention. Il s'agit le plus souvent 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. Si une inflammation des tendons se produit à nouveau (synovite), le nerf médian est alors à nouveau comprimé.

Il faut alors ré intervenir et effectuer une synovectomie des tendons fléchisseurs.

Conclusion :

Le syndrome du canal carpien est très fréquent. Il se traduit par des fourmillements des doigts particulièrement gênants lorsqu'ils empêchent de dormir la nuit.

Lorsque la gêne persiste malgré une infiltration, l'intervention permet un soulagement immédiat et définitif.

