

Le syndrome du canal carpien

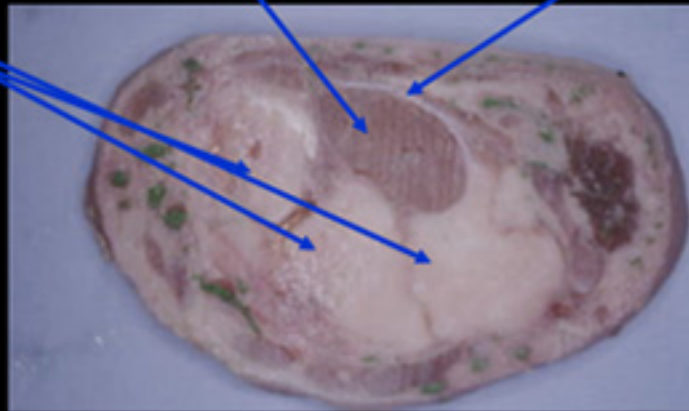
Le **nerf médian** pénètre dans la main par un canal situé au niveau du poignet. Ce canal, constitué d'une gouttière osseuse, est fermé en avant par un puissant ligament. Les tendons fléchisseurs et le nerf médian s'engagent dans ce conduit. Le **syndrome du canal carpien** est la compression de ce nerf, le plus souvent par le ligament.

CANAL CARPIEN

(contient le nerf médian et les tendons fléchisseurs)

RETINACULUM DES FLECHISSEURS

OS DU CARPE



**COUPE DU POIGNET AU NIVEAU
DU CANAL CARPIEN**

Les **troubles ressentis** se caractérisent par des engourdissements des 3 premiers doigts (pouce, index, médium) et du bord externe du 4ème, des sensations de fourmillements, de brûlures, volontiers plus fréquentes la nuit ou au réveil. S'y ajoutent des douleurs de la main qui souvent remontent vers l'avant bras, le coude, voir l'épaule. Quand la maladie évolue, apparaissent une certaine maladresse, une perte de la sensibilité, voir un déficit de mobilité du pouce avec une fonte musculaire (amyotrophie).

Un électromyogramme est le plus souvent pratiqué (enregistrement du courant électrique véhiculé par le nerf). Il précise l'importance de l'atteinte nerveuse et le lieu de la compression ainsi que l'éventuelle association d'une atteinte du nerf cubital (4ème et 5ème doigts).



En l'absence de traitement, le nerf va progressivement perdre sa fonction et apparaîtra une perte de la sensibilité des doigts (chute des objets, impossibilité de ramasser les objets fins), et une impossibilité à réaliser certains mouvements du pouce (notamment les gestes fins comme ramasser une pièce de monnaie,...)

1.INTERVENTION CHIRURGICALE :

La **chirurgie** est proposée lorsque l'atteinte est déjà marquée à l'électromyogramme ou lorsque le traitement médical est inefficace (1 ou 2 infiltrations, rarement attelle nocturne prolongée). L'opération consiste à ouvrir le **canal carpien** en sectionnant le ligament antérieur, habituellement par endoscopie, ou à ciel ouvert en ouvrant la paume de la main. L'intervention se déroule le plus souvent sous anesthésie locorégionale, parfois associée à une sédation.



La méthode endoscopique permet par rapport aux méthodes conventionnelles à ciel ouvert de diminuer les douleurs post-opératoires au niveau de la paume de la main, et de reprendre plus vite l'usage de sa main.

2.INTERVENTION DU CANAL CARPIEN PAR ENDOSCOPIE :

- **Hospitalisation** : ambulatoire (pas de nuit à la clinique)
- **Anesthésie** : loco-régionale (seul le bras est endormi)

Un garrot est placé à la base du membre afin d'arrêter le sang.

Une incision de 10 à 15 mm est pratiquée dans le pli de flexion du poignet, par laquelle est introduite un système miniaturisé comprenant une caméra avec une lame de bistouri rétractable.



Après avoir dégagé le nerf et les tendons, le ligament antérieur est sectionné sous contrôle de la caméra.

Les berges du ligaments s'écartent, augmentant ainsi le diamètre du **canal carpien** et redonnant de l'espace au nerf médian.

La peau est fermée à l'aide de fil résorbable, et la cicatrice protégée par des bandes adhésives.

La sortie est habituellement prévue quelques heures après l'intervention (mode ambulatoire), mais une hospitalisation est toujours possible, décidée, a priori du fait de l'état du patient ou de sa situation familiale ou géographique, ou bien en postopératoire si une circonstance particulière le nécessite.

3.SUITES OPERATOIRES :

La cicatrisation s'obtient en une quinzaine de jours. Le travail de rééducation est personnel. Il est possible qu'une prescription de quelques séances de kinésithérapie soit nécessaire.

Le **travail** ou l'activité sont repris selon le type d'occupation, en général après 15 à 30 jours. La conduite automobile est possible à partir du 4ème jour en fonction des cas. Les engourdissements disparaissent en général vite, en revanche, *les pertes de la sensibilité s'améliorent plus lentement, parfois incomplètement*. Une douleur à la partie proximale de la paume est habituelle et normale, du fait de la section du ligament et de la cicatrisation des tissus. Certains mouvements pourront être douloureux pendant quelques temps (ouvrir une bouteille, tordre une serpillière, passer la marche arrière d'une voiture...), jusqu'à plus de 6 mois. La force musculaire pré-opératoire diminue pour revenir au bout de 6 semaines à 3 mois.

4.COMPLICATIONS :

Il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque de **complications secondaires** :

- l'infection post-opératoire se maîtrise assez aisément lorsque le diagnostic est précoce :

douleurs anormales, pulsatiles ; gonflement et rougeur importants. Une réintervention est toujours possible.

- une main gonflée, douloureuse, avec transpiration, puis raideur est rare mais préoccupante

([algodystrophie](#)). L'évolution est *traînante* plusieurs mois, plusieurs années, des séquelles sont possibles (*douleurs résiduelles, une certaine raideur des doigts et/ou du poignet, parfois même de l'épaule*).

- les lésions nerveuses sont exceptionnelles :

- fourmillements dans les doigts qui disparaissent en quelques mois,

- plaie du nerf nécessitant une réintervention.

La **récidive** est inhabituelle mais n'est jamais exclue.

Syndrome du canal carpien | Tendinite coiffe des rotateurs | Tendinite de l'épaule | Tendinite coiffe des rotateurs | Douleur épaule | Luxation de l'épaule | Luxation de la clavicule | Chirurgie clavicule | Tendinite du coude | Rupture du biceps | Entorse du poignet | Chirurgie du poignet | Tendinite du poignet | Rhizarthrose | Entorse du pouce | Chirurgie Orthopédique | Chirurgien Orthopédiste | Microchirurgie | Arthroscopie | Anesthésie | Nerf cubital | Kyste mucoïde | Kyste synovial | Maladie de Dupuytren |

Dernière modification le 27/10/2008