

Le syndrome du canal carpien. (SCC) (2^{ème} partie)

Dans la première partie du feuillet consacré au SCC, nous nous sommes intéressés plus particulièrement à l'anatomie du membre supérieur et de la main ainsi qu'à la façon dont cette affection neuro-musculo-squelettique, pouvait se manifester. Nous poursuivons dans cette deuxième partie par la procédure permettant la possibilité de poser le diagnostic de SCC, le(s) traitement(s) et la manière de s'en prémunir.

Comment reconnaît-on le syndrome du canal carpien?

Lorsqu'on a l'impression que l'on souffre du SCC (voir symptômes et manifestations mentionnées dans le précédent feuillet), il est important de consulter son médecin traitant qui infirmera ou confirmera nos soupçons et orientera vers un médecin spécialiste si besoin. Le médecin du travail a également un rôle non négligeable et intervient dans le cadre de l'évaluation du SCC professionnel qui comprend notamment une recherche des facteurs de risque lié au travail et peut dès lors faire l'objet selon certaines conditions d'une demande en réparation dans le cadre du Fonds des maladies professionnelles. Celle-ci commence par l'analyse du type de travail exercé et nécessite une description détaillée de toutes les activités d'une journée de travail normale. On prend aussi en compte la fréquence, l'intensité, la durée et la régularité de chacune des diverses opérations et/ou manœuvres exécutées durant le travail. Si votre médecin croit que vous êtes atteint du SCC, il examinera la région touchée et effectuera peut-être certains tests spécifiques ou manœuvres qui provoquent des fourmillements et/ou de la douleur dans la main. Ces tests ont pour but de poser le diagnostic de SCC, de le confirmer en mettant en évidence les lésions du nerf médian.

Il s'agit habituellement de deux signes cliniques à savoir :

- le « signe de Tinel » qui est défini par une sensation de fourmillement ressentie dans la partie distale d'un membre lors de la percussion le long d'un nerf périphérique, il est le signe témoignant d'une atteinte ou d'un début de régénérescence de ce nerf. Il doit son nom à Jules Tinel (1879-1952), neurologue français qui travaillait notamment sur les lésions nerveuses périphériques par blessures de guerre. Ce signe est le plus souvent recherché dans le cadre du diagnostic du SCC, il consiste alors à percuter le nerf médian au niveau de la face palmaire du poignet, déclenchant des paresthésies* le long du territoire du nerf médian, remontant dans le bras et irradiant vers les doigts ce qui évoque une lésion du nerf médian. Le signe de Tinel ne doit pas uniquement être cantonné au SCC et se retrouve également dans d'autres syndromes canaux : syndrome du canal tarsien (nerf tibial postérieur) au talon, syndrome du tunnel cubital au coude, nerf sciatique poplité externe au col du péroné.

-le « signe de Phalen »: le malade place ses mains dos à dos et plie les poignets (flexion maximale) pendant une minute.

Une sensation de picotements dans les doigts évoque une lésion au niveau du nerf médian. Lorsque le diagnostic est incertain et que le problème persiste, le médecin recommandera peut-être une « électromyographie (EMG) ». Cet examen spécifique est pratiqué par un médecin spécialiste. Ce dernier place des électrodes sur l'avant-bras et fait passer un courant électrique. Il peut ainsi établir à quelle vitesse et dans quelle mesure le nerf médian transmet les messages nerveux aux muscles, ce qui permet de déterminer si le nerf a été endommagé. C'est un examen regroupant deux explorations complémentaires : l'exploration musculaire consiste à enregistrer l'activité électrique spontanée d'un muscle au repos (théoriquement nulle) puis durant la contraction. Le recueil de l'information se fait grâce à une aiguille électrode très fine insérée dans le muscle et reliée à l'appareil d'enregistrement. L'exploration nerveuse s'intéresse aux conductions nerveuses motrices (responsables de la contraction musculaire) et sensibles (responsables de la sensibilité). Elle se fait en stimulant un nerf au moyen d'impulsions électriques de très faible intensité et en mesurant la vitesse et l'amplitude de la réponse grâce à des électrodes posées sur la peau et reliées à l'appareil d'enregistrement. L'électromyogramme est l'examen complémentaire systématique lorsque l'indication chirurgicale est posée. Il permet de confirmer l'atteinte du nerf médian et permet d'apprécier l'importance des lésions nerveuses. Il permet de localiser le niveau de la compression et de rechercher une anomalie sur les autres nerfs du bras. Un EMG normal permet d'exclure de façon presque certaine une forme sévère de SCC. En général, les radiographies ne révèlent rien d'anormal, à moins qu'il n'y ait une modification évidente de la structure osseuse due à d'anciennes fractures ou à des lésions arthritiques. Les analyses de sang sont, elles aussi, normales, sauf en présence de maladies susceptibles de contribuer au problème, comme la polyarthrite rhumatoïde.

*troubles de la sensibilité, désagréable et non douloureux, donnant l'impression de palper du coton, et pouvant s'accompagner d'une anesthésie avec disparition plus ou moins importante de la sensibilité. Le terme généralement employé est « fourmillement ».

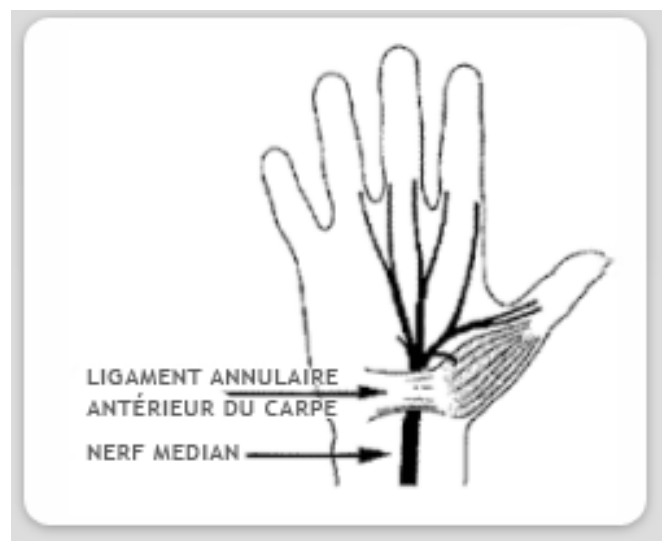
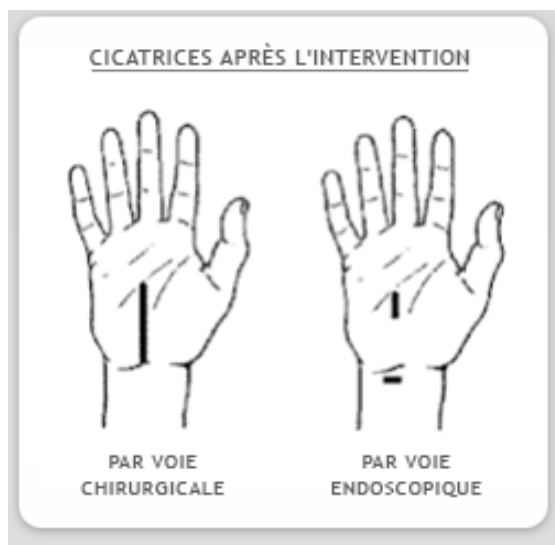
Comment traite-t-on un syndrome du canal carpien ?

On distingue le traitement conservateur (attelle et traitement médicamenteux) et le traitement chirurgical. Le traitement médical est assorti de l'arrêt des mouvements ayant entraîné l'apparition du SCC. En cas d'affection professionnelle, la modification du geste professionnel est impérative, réduction des microtraumatismes, suppression de l'exposition par exemple aux vibrations mécaniques.

- le traitement conservateur s'adresse aux formes sensibles pures, sans déficit moteur et consiste en une immobilisation par attelle nocturne, poignet en rectitude, pendant maximum 3 mois. Un autre traitement conservateur consiste à injecter localement des corticoïdes : l'injection de la solution médicamenteuse s'effectue, à l'aide d'une fine aiguille, au contact du nerf et des tendons dans le canal carpien. Lorsqu'elle est efficace, le résultat de l'injection est favorable en 48h avec disparition des symptômes. On peut pratiquer au maximum 3 injections par an, les 2èmes et 3èmes injections sont souvent moins efficaces.

En cas d'échec du traitement conservateur, la seule alternative est alors la chirurgie, et il ne faut pas la repousser trop longtemps, car si un nerf est comprimé trop longtemps (plusieurs années), il sera altéré de façon importante et parfois définitive et sa libération chirurgicale donnera des résultats médiocres.

- le traitement chirurgical consiste en la section du ligament annulaire antérieur du carpe, pratiquée « à ciel ouvert », ou par voie endoscopique, selon l'expérience du chirurgien. Le traitement chirurgical est indiqué après échec du traitement conservateur (attelle, infiltration de corticoïdes), ou du fait du refus de ce traitement ; dans les formes jugées sévères après analyse et étude de l'EMG ; dans les formes évoluées, c'est-à-dire les formes avec déficit moteur et/ou amyotrophie (fonte musculaire) et/ou signes électriques de gravité ; en cas d'inefficacité immédiate des traitements conservateurs ou de rechute précoce. L'intervention chirurgicale dans le cas de SCC est le plus souvent réalisée sous anesthésie locorégionale, seul le membre supérieur est anesthésié. L'anesthésie générale est rarement nécessaire. L'intervention chirurgicale en cas de SCC se fait en général en hospitalisation ambulatoire : une consultation avec l'anesthésiste dans les semaines qui précèdent l'acte est nécessaire ; l'arrivée s'effectue généralement le matin de l'intervention à jeun et le retour à domicile a lieu habituellement le soir sauf en cas d'anesthésie générale, une nuit à l'hôpital est alors la règle. La taille de la cicatrice est variable suivant le type d'intervention, soit intervention chirurgicale classique dite « à ciel ouvert » ou soit intervention chirurgicale par la technique sous endoscopie.



Dans le cas de l'intervention classique « à ciel ouvert » : une incision de trois centimètres environ est pratiquée dans la paume de la main et le ligament annulaire antérieur est incisé afin d'augmenter le diamètre du canal carpien et décompresser le nerf médian qui passe à l'intérieur.

S'il existe des lésions de ténosynovite (inflammation d'un tendon et de la gaine synoviale qui l'entoure), cette technique opératoire permet en étant un peu élargie de « nettoyer » le ou les tendons et d'empêcher leur fragilisation. C'est parfois le cas dans les maladies inflammatoires type polyarthrite rhumatoïde. La technique endoscopique permet elle d'éviter la cicatrice dans la paume de la main, et une reprise d'activité plus rapide. Elle n'est pas réalisable quand le poignet est raide ou en cas de synovite importante. Cette technique doit être réalisée par un chirurgien spécialiste de la main qui en a l'expérience, car le risque de léser les tendons n'est pas anodin. Les complications en post opératoire sont rares et se résument à de l'algodystrophie, de l'infection, une récurrence du SCC ou une section d'un des rameaux nerveux destinés au pouce. La rééducation est simple et consiste après ablation des fils de suture à la manipulation d'une balle en mousse et la reprise progressive des gestes de la vie courante ne nécessitant aucun effort pendant les 2 premiers mois. Un repos prolongé est cependant nécessaire avant la reprise d'un travail manuel exigeant et lourd (arrêt de travail 2 mois). La cicatrisation du ligament annulaire 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.