

2- Syndrome du canal carpien

Définition de la maladie

Il s'agit du syndrome canalaire le plus fréquent. L'irritation ou la compression du nerf médian dans le canal carpien inextensible peut relever de deux mécanismes essentiels :

- un *mécanisme d'étirement* dû par exemple à des mouvements répétés de flexion-extension avec possibilité d'irritation sur des éléments saillants de voisinage ;
- un *mécanisme de compression*, soit d'origine endogène par augmentation de la pression intra- canalaire dans les positions extrêmes de l'articulation du poignet ou par une fibrose des gaines des tendons fléchisseurs des doigts, soit d'origine extrinsèque par suite de contacts carpiens prolongés ou répétés, en particulier lorsqu'il s'agit d'appuis professionnels sur des manches d'outils ou d'engins de différentes sortes, à fortiori s'il s'agit d'engins animés de vibrations obligeant à des efforts accrus de préhension.

Diagnostic

Le tableau clinique est très évocateur lorsqu'il existe des dysesthésies nocturnes intéressant la face palmaire des 3 premiers doigts de la main et le bord radial du 4e, à fortiori si les tests classiques sont positifs (test de Tinel, de Phalen, du brassard, etc.) Il existe un certain nombre de facteurs de confusion :

- le test de Tinel a selon les études une sensibilité de 25 et 79 % et une spécificité de 59 et 94 % et le test de Phalen une sensibilité de 10 à 75% et une spécificité de 47 à 86 %.

- par ailleurs il existe des formes atypiques (dysesthésies partielles ou au contraire intéressant l'ensemble des doigts de la main, dysesthésies n'apparaissant qu'à l'effort, formes plus douloureuses que dysesthésiques) et de nombreuses dysesthésies de la main peuvent avoir une autre origine qu'un syndrome du canal carpien (radiculites, polynévrites, syndrome du défilé cervico-brachial, affections médullaires).

Pour toutes ces raisons, même si cet examen n'est pas exigé sur le plan médico-légal, il est indispensable sur le plan médical d'étayer le diagnostic de façon formelle par une électromyographie de stimulation et de détection :

- en stimulation*: étude du seuil de perception électrique de la pulpe des doigts; latences distales sensitives et/ou motrices (qui sont allongées en cas de syndrome du canal carpien)

- en détection*: existence éventuelle de signes de souffrance axonale sous la forme d'anomalies neurogènes plus ou moins sévères sur les thénariens externes; dans certains cas difficiles, recherche parallèle de signes d'irritation radiculaire s'étendant de C 4 à D1 pour ne pas attribuer la symptomatologie à une anomalie minime de la conduction au niveau du médian, alors qu'il existe essentiellement une atteinte radiculaire.

Traitement

En même temps qu'elle permet d'affirmer formellement le diagnostic l'électromyographie joue un rôle essentiel pour guider la thérapeutique. Il est classique de se contenter d'un traitement par infiltration locale d'un corticostéroïde lorsque l'atteinte du nerf médian est débutante avec troubles purement sensitifs et allongement des latences distales sensitives et/ou motrices.

Les stades plus évolués avec souffrance axonale et les échecs du traitement médical exigent le recours à la chirurgie libératrice (ouverture du canal carpien avec section du ligament annulaire antérieur, une neurolyse du médian et si nécessaire une ténosynovectomie des tendons des fléchisseurs).

Evolution

Lorsque il est bien conduit et si l'intervention a été suffisamment précoce, le traitement chirurgical aboutit dans la règle à une guérison sans séquelle. La reprise ou la poursuite du métier précédent est habituellement possible sans risq~ excessif de récurrence.

Facteurs de risque individuels

Envisager un étiologie professionnelle ne dispense pas de rechercher les autres facteurs étiologiques éventuels en particulier grossesse, hypothyroïdie, amylose, synovites inflammatoires du poignet.