

Le syndrome du Tunnel Carpien (STC)

De quoi s'agit-il ?

Le syndrome du tunnel carpien (ou canal carpien) est une compression du nerf médian sous le ligament annulaire palmaire du carpe (poignet).

Le contenu du canal peut varier de volume en fonction de facteurs hormonaux ou anatomiques, alors que les contours du canal, c'est-à-dire son diamètre, restent invariables

Le syndrome du tunnel carpien se manifeste par des fourmillements ou un engourdissement matinal des 3 premiers doigts (pouce, index et médium). Si, le phénomène s'accroît, il peut réveiller le patient la nuit, mais disparaître la journée.

Le fourmillement intéresse la zone hachurée la plus claire. Cette zone représente le territoire innervé par le nerf médian. Parfois, à cause de variantes anatomiques, d'autres régions de la main peuvent être touchées par les fourmillements.

Dans les cas les plus avancés, on observe une diminution et même une disparition de la sensibilité, entraînant la maladresse. De plus, certains muscles du pouce s'atrophient, ce qui se traduit par une faiblesse de la main.

Le diagnostic peut être confirmé par un examen complémentaire électroneurographique (ENMG) fait par le neurologue. Il permet de préciser le niveau et l'importance de la compression et d'exclure une irritation du nerf au niveau de la colonne vertébrale, du coude ou de l'avant-bras.

L'aide du neurologue est avantageuse, même si l'examen est désagréable, puisqu'il permet d'exclure une lésion plus haut placée (c'est-à-dire entre le tunnel carpien et la nuque).

Le nerf médian prend sa source au niveau de la moelle épinière. Il passe au travers des trous de conjugaison (1), passages obligés des nerfs. Le nerf peut être irrité à ce niveau par des becs d'arthrose ou des articulations instables. Une deuxième zone d'irritation se trouve sous la clavicule (2). Au niveau du coude, ce nerf est rarement irrité. Par contre une sténose est possible au niveau du muscle pronateur (nerf interosseux 3). Le tunnel carpien reste néanmoins la cause la plus fréquente d'irritation du nerf médian. Ceci explique l'utilité des examens complémentaires.

Comment peut-on traiter le tunnel carpien ?

Au début, le traitement peut être conservateur. Le poignet est alors immobilisé sur une attelle que le patient porte essentiellement pendant les périodes critiques (la nuit). L'attelle est parfois prescrite pour certains travaux manuels.

Cependant, elle est souvent mal tolérée.

L'injection d'une solution anti-inflammatoire (Cortisone) dans le canal carpien peut entraîner un soulagement durable (de quelques semaines à un an).

L'intervention chirurgicale est conseillée si le STC ne répond pas ou plus au traitement conservateur. Il en est de même si les plaintes du patient, l'examen clinique et l'ENMG confirment la présence d'une compression sévère ou de longue date.

Comment l'opération se déroule-t-elle ?

Ces images montrent les nombreuses variantes anatomiques possibles du nerf

L'intervention se déroule le plus souvent en ambulatoire.

(En ce qui concerne la préparation à l'opération, veuillez consulter le chapitre 2. Chirurgie de la main).

Après s'être assuré que l'anesthésie est efficace, le chirurgien incise la peau. Le ligament annulaire est repéré et sectionné à son tour. Le nerf médian peut alors être examiné et libéré (neurolyse). Une reconstruction du ligament annulaire est réalisée si nécessaire. Enfin, la peau est suturée, parfois sur un drain.

Si la libération du tunnel carpien se fait par endoscopie, le chirurgien réalise une petite incision au pli de flexion du poignet, par laquelle il introduit une canule dans le canal carpien. Par une fente de la partie supérieure de la canule, le ligament annulaire peut être à la fois observé par l'endoscope (système optique, lumière froide) et incisé au moyen d'une lame spéciale. Ses gestes sont contrôlés sur un écran. Il peut arriver que les particularités anatomiques imposent un changement de tactique et le passage à la méthode ouverte.

L'intervention, pratiquée par l'une ou l'autre de ces techniques, dure de 20 à 30 minutes. Après l'intervention, le poignet est placé dans un pansement plâtré rembourré. Le patient est encouragé à mobiliser ses doigts pour éviter leur enraidissement.

En quoi consistent les soins post-opératoires ?

Le patient est installé dans un lit durant une heure ou deux. L'infirmière anesthésiste s'assure de son bien-être.

Si tout se déroule normalement, l'opéré est libéré avec un rendez-vous, un certificat médical, une prescription anti-douleur, ainsi que les recommandations d'usage (élévation, mobilisation).

Il est revu entre le 2^{ème} et le 6^{ème} jour post-opératoire. Lors de cette

consultation, on contrôle la plaie, retire de drain s'il y en a un, pose un pansement sec et instruit le patient à garder une attelle stabilisant le poignet pour 2,5 semaines. Ce n'est qu'après ce délai que le patient est encouragé à mobiliser son poignet, mais sans efforts jusqu'à la 6^{ème} semaine post-opératoire.

Les fils de suture sont retirés au 10^{ème} jour environ. En principe, dès le lendemain, le patient est autorisé à baigner sa main.

Quels sont les risques de l'intervention ?

La cure chirurgicale de tunnel carpien implique essentiellement des risques liés à toute chirurgie des nerfs périphériques. Au moment de l'incision, le chirurgien, même entraîné, risque de blesser involontairement le nerf médian. Celui-ci peut en effet suivre un trajet inattendu ou être pris dans un tissu cicatriciel rendant l'intervention délicate. Même réparée, une telle lésion peut alors laisser des douleurs, des troubles de la sensibilité des doigts ou une faiblesse du pouce.

Après l'opération, en dehors des risques liés à toute intervention (hématome, infection), on peut observer transitoirement des troubles sensitifs (diminution de la sensibilité, décharges électriques), en relation avec une irritation du nerf.

La cicatrice cutanée peut parfois rester boursouflée et sensible durant quelques semaines.

Enfin, dans un petit nombre de cas, l'organisme peut réagir d'une manière exagérée au geste chirurgical et développer une tuméfaction douloureuse pouvant toucher tout le membre supérieur et entraîner une raideur de la main et de l'épaule (algoneurodystrophie ou syndrome de Südeck).

Quel est le pronostic du traitement chirurgical ?

Pour autant qu'il n'y ait pas de complication au moment de l'intervention, ou après celle-ci, et que le patient ait suivi scrupuleusement les indications de son chirurgien après l'opération, le pronostic est des plus favorable. Il importe néanmoins de rappeler qu'un accolement du nerf à la cicatrice du ligament sectionné est toujours possible. Elle peut provoquer une irritation permanente plus ou moins gênante et plus ou moins douloureuse. C'est la raison pour laquelle nous recommandons le port d'une attelle pour 3 semaines. Ceci évite que les tendons ne poussent le nerf contre la cicatrice du ligament sectionné, surtout quand celle-ci est en voie d'organisation. L'immobilisation minimise donc le risque

d'accolement du nerf à ce tissu en voie de reconstruction.

Dans les cas récents n'ayant présenté de troubles ni sensitifs ni moteurs permanents avant l'intervention, la récupération fonctionnelle de la main pour l'usage quotidien est obtenue en 4 à 6 semaines. Il faut cependant 4 à 6 mois pour retrouver toute sa force. Dans les STC avancés ayant entraîné une perte de sensibilité et une faiblesse du pouce, le pronostic post-opératoire est plus réservé, la récupération étant lente et parfois incomplète.