

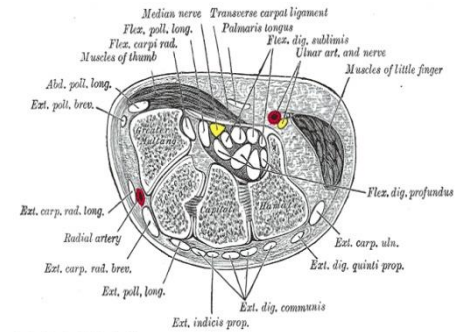
Syndrome du canal carpien

DEFINITION :

ENSEMBLE DE SIGNES FONCTIONNELS LIÉS À LA SOUFFRANCE DU NERF MÉDIAN AU POIGNET PAR COMPRESSION AU NIVEAU DU CANAL CARPIEN

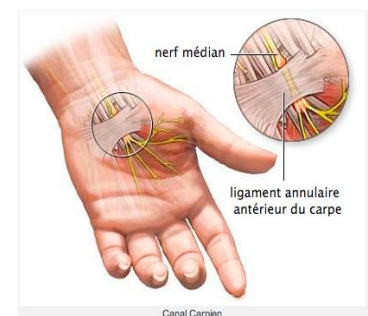
Rappel Anatomique

- Zone de transition entre l'avant-bras et la main
- Défilé ostéofibreux inextensible limité par:
 - la 2e rangée des os du carpe en arrière
 - Le rétinaculum des fléchisseurs (ou LAAC) en avant
- 9 tendons dans leur gaine synoviale et **le nerf médian**



Diagnostic Clinique :

- Au niveau du pouce de l'index et du
- Acroparesthésies (fourmillements - Nocturnes)
- Engourdissements
- Douleurs (parfois irradiant jusqu'à l'épaule)
- Maladresse avec lâchage d'objets
- Cas sévères:
 - Amyotrophie de l'éminence Thénar
 - Perte de sensibilité

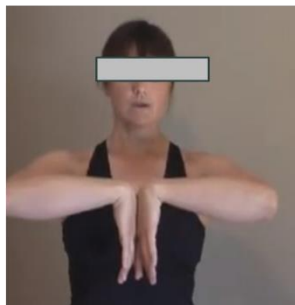


Examen :

Signe de Tinel



Signe de Phalen



Test de Durkan



Examens complémentaires :

Electromyogramme: indispensable avant toute chirurgie.....sensibilité faible mais **Le plus spécifique**

Radiographie osseuse: si déformation osseuse suspectée

Echographie (opérateur expérimenté) : synovite, tumeurs... spécifique et **le plus sensible**

IRM inutile sauf si cause de compression inhabituelle (tumeur , kyste, malformation...)

Table 1 Commonly used provocative tests for carpal tunnel syndrome		
Test	Sensitivity (%)	Specificity (%)
Phalen (wrist flexion)	68–70	73–83
Tinel (nerve percussion)	20–50	76–77
Durkan (carpal compression)	87	90
Electrodiagnostic studies	49–84	95–99
Ultrasonography	82	92
MRI	63–83	78–80
Computed tomography	67	87

EMG :

- Sert de référence en pré opératoire
- Confirme le diagnostic
- Situe le niveau de compression
- Étudie la qualité et la vitesse de l'influx nerveux
- Étudie les autres nerfs du M.Sup.

Traitement :

Non opératoire:

- Infiltration corticoïdes, orthèse de repos
- Formes débutantes, symptomatologie légère, épisodique
- signes EMG limités (augmentation des latences distales)
- Effet souvent temporaire

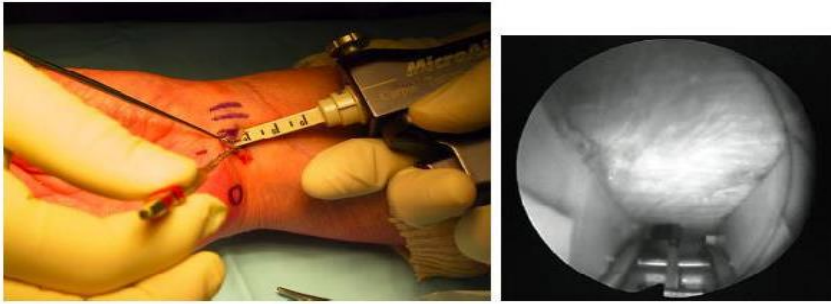
Chirurgical

- Seul vraiment efficace
- Section du rétinaculum des Fléchisseur (+ ou – reconstruction)
- Parfois synovectomie
- Anesthésie LR, ambulatoire
- Meilleurs résultats si précoce

Voie « classique » :



Endoscopie :



Periode post - opératoire :

- Auto-rééducation
- Port d'une orthèse de protection
- Pansement simple
- Antalgiques : paracétamol, ibuprofène (3 à 6 jours)
- Arrêt de travail : de quelques jours jusqu'à 3 ou 4 semaines pour le travailleur manuel

Evolution :

- **Toujours informer le patient sur le risque de récurrence**
- Disparition rapide des signes de compression nerveuse
- Parfois douleurs palmaires persistantes
- Perte de force variable 20 à 50 % jusqu'à 6 mois
- Excellent résultat dans la majorité des cas

Fibrose et adhérences :

