

## 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.

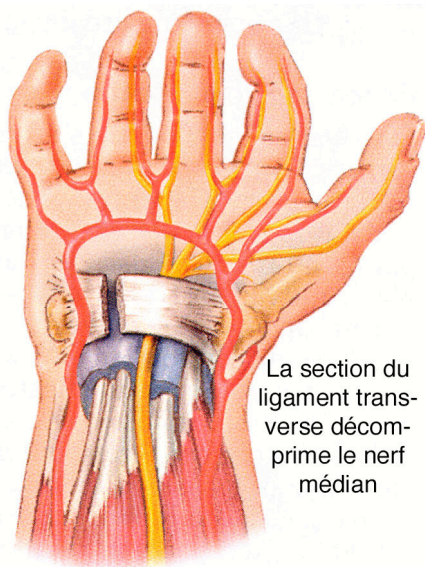
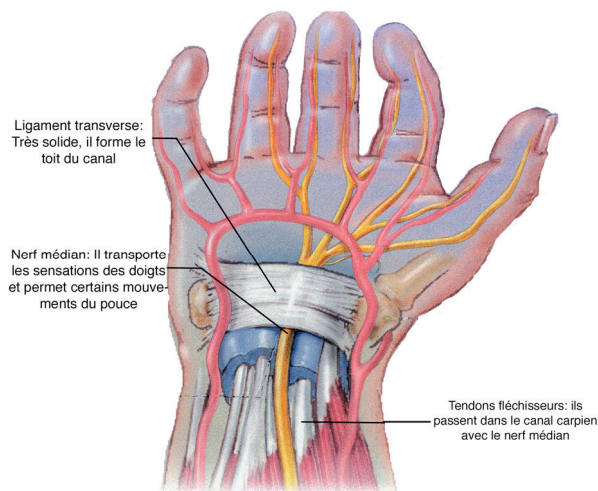
Les **troubles ressentis** se caractérisent par des engourdissements des 3 premiers doigts (pouce, index, médus) et du bord externe du 4ème, des sensations de fourmillements, de brûlures, volontiers plus fréquentes la nuit ou au réveil. S'y ajoutent des douleurs de la main qui souvent remontent vers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

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, soit en ouvrant la paume de la main, soit sous endoscopie (1 ou 2 petites incisions). L'intervention se déroule le plus souvent sous anesthésie loco-régionale, parfois associée à une sédation.

**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 post-opératoire si une circonstance particulière le nécessite.



La cicatrisation s'obtient en une quinzaine de jours, quelques pansements sont nécessaires, chaque chirurgien propose son propre planning de soins. Le travail de rééducation est personnel. Il est possible qu'une prescription de quelques séances de kinésithérapie soit nécessaire.

Le patient peut se laver les mains après une semaine. Le **travail** ou l'activité sont repris selon le type d'occupation, en général après 15 à 21 jours. La conduite automobile est possible après le 10ème jour.

Les engourdissements disparaissent en général vite, en revanche, les pertes de la sensibilité s'améliorent plus lentement, parfois incomplètement. Une petite 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...). La force musculaire pré-opératoire diminue pour revenir au bout de 6 semaines à 3 mois.

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.

Votre chirurgien est le mieux placé pour répondre à toutes les questions que vous vous poseriez avant ou après votre intervention. N'hésitez pas à lui en reparler avant de prendre votre décision.