

Syndrome du tunnel carpien

((kustode))

Praxis 2023; 112 (1): X–Y

<https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003952>

© 2023 mediX, publiziert bei Hogrefe AG

((rubrik)) ((kolumnentitel))

Norme clinique courte

((titel))

Syndrome du tunnel carpien

Engl. Titel:

Carpal Tunnel Syndrome

((autoren))

Simone Erni et Uwe Beise

((Affil))

Association mediX schweiz, Zurich, Suisse

Abréviations utilisées dans le texte

VCN Vitesse de conduction nerveuse

STC Syndrome du tunnel carpien

Définition, épidémiologie et étiologie ((ü1))

DEFINITION ((ü2))

- Plainte due à une lésion par compression du nerf médian dans le canal carpien

Épidémiologie ((ü2))

- Prévalence: 1–5 %. Sommet vers l'âge de 50 ans. Femmes: Hommes = 3:1. Le plus souvent touchées: Femmes en post-ménopause, membres de certains groupes professionnels (mécaniciens automobiles, agriculteurs). Au cours du 3e trimestre de la grossesse, la

prévalence atteindrait 60 % [1]; les symptômes s'améliorent souvent rapidement après l'accouchement.

Etiologie/pathogenèse [1, 2, 3] ((ü2))

- La condition préalable à un syndrome du tunnel carpien (STC) est généralement un goulot d'étranglement anatomique constitutionnel. Le déclencheur le plus fréquent de la symptomatologie clinique est une augmentation de volume du contenu du tunnel ou une augmentation de la pression dans le canal carpien due à
 - ténosynovites chroniques des fléchisseurs (cause la plus fréquente)
 - malformations anatomiques ou processus occupant de l'espace (par ex. lipomes, ganglion)
 - infections dans la région de la main
 - post-traumatique, par ex. après une fracture distale du radius ou une fracture des os du carpe
 - surmenage chronique de la main (activités impliquant des mouvements répétitifs des mains avec flexion et extension du poignet, augmentation de l'effort des mains)
 - maladies systémiques et endocriniennes (par ex. diabète, amylose, goutte, maladies rhumatoïdes, hypo/hyperthyroïdie, acromégalie, insuffisance cardiaque, obésité)
 - grossesse

Clinique/symptômes [1, 2, 3] ((ü1))

- Douleurs (souvent indiquées comme des brûlures), paresthésies (picotements/fourmillements) et engourdissement dans la zone d'alimentation sensible du nerf médian (Dig I-III), souvent aussi dans tous les doigts. Un peu plus rarement, sensation de faiblesse dans la zone d'alimentation du nerf médian
- Les douleurs surviennent le plus souvent la nuit, mais sont également possibles le jour (p. ex. en faisant du vélo). Secouer la main permet de normaliser la sensation/douleur
- Une irradiation de la douleur et de la paresthésie dans l'avant-bras jusqu'au coude et à l'épaule est possible.
- Des activités telles que le tricot, l'écriture, le vélo ou encore le stress professionnel peuvent déclencher ou aggraver les troubles.
- Une évolution fluctuante est fréquente.
- Aux stades ultérieurs (STC sévère): symptômes de déficit moteur, diminution de la force de préhension (sensation de raideur dans les doigts ou de maladresse lors de travaux manuels fins), hypoesthésie et atrophie des muscles thénariens radiaux, signes d'une atteinte nerveuse grave, interruption régulière du sommeil en raison de symptômes nocturnes
- Les deux côtés sont souvent touchés, mais le côté dominant est généralement plus

sévère.

Remarque: un STC survenant pendant la **grossesse** s'améliore souvent rapidement après l'accouchement.

Diagnostic [1, 2, 3] ((ü1))

- Le STC est avant tout un **diagnostic clinique** en présence de symptômes caractéristiques, principalement des douleurs nocturnes ou des paresthésies dans la zone d'innervation du nerf médian (fig. 1).

((Abb. 1 einfügen))

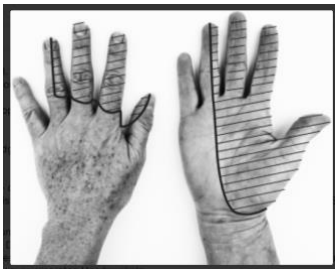


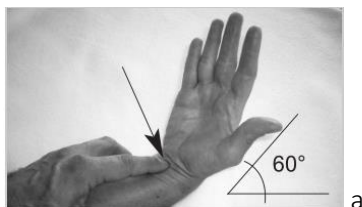
Figure 1. Zone du médian (avec autorisation, tiré de: SURFmed© Guidelines for General Internal Medicine 2022, Ph. Furger, Editions D&F GmbH).

Antécédents médicaux ((ü2))

- Les informations sur la localisation des symptômes, l'hypalgésie et la diminution de la force en abduction du pouce ont la valeur prédictive la plus élevée.

Tests cliniques (de provocation) ((ü2))

- Les tests de provocation ont une sensibilité et une spécificité modérées, mais peuvent être utiles dans un contexte clinique global.
- Test de compression en flexion (positif chez 75 % des patients atteints de STC) (fig. 2 a, b).



b



((Abb. 2 a, b einfügen – Bitte Grafikelemente in a) gemäss Muster im Bild einfügen. Bitte klein a bzw. b ins Bild einfügen.))

Figure 2 a, b. Test de compression en flexion (avec autorisation, tiré de: SURFmed© Guidelines for General Internal Medicine 2022, Ph. Furger, Editions D&F GmbH).

- **Manceuvre des phalanges:** positive si, à 90 ° de flexion palmaire du poignet, des troubles électrisants apparaissent après 60 secondes dans la zone d'alimentation du nerf médian (positif chez 60 à 70 % des personnes atteintes de STC) (fig. 3).



((Abb. 3 einfügen))

Figure 3. Phalanges (avec autorisation, tiré de: SURFmed© Guidelines for General Internal Medicine 2022, Ph. Furger, Editions D&F GmbH).

- **Signe de Hoffmann-Tinel:** Le tapotement du rétinaculum flexorum déclenche une douleur électrisante dans la zone d'alimentation du nerf médian (positif chez environ 75 % des personnes atteintes du STC) (fig. 4).



Figure 4. Signe de Hoffmann-Tinel (avec autorisation, tiré de: SURFmed© Guidelines for General Internal Medicine 2022, Ph. Furger, Editions D&F GmbH).

- Test d'élévation de la main: tenir le bras en l'air pendant une minute déclenche des troubles du STC.

Thénaropathie (comparaison latérale) ((ü2))

- Souvent le mieux détectable par palpation

Attention: la rhizarthrose peut simuler une thénaropathie et une parésie d'abduction du pouce!

Test de la sensibilité et de la motricité ((ü2))

- Examen de la sensibilité au toucher avec une boule de coton, discrimination en deux points, ramassage et reconnaissance de pièces de monnaie. Motricité: vérifier la faiblesse de l'abduction et de l'opposition du pouce (symptôme tardif).

Indication bilan électrophysiologique [1, 2, 3, 4] ((Ü2))

- Une neurographie motrice (vitesse de conduction nerveuse, VCN) pour confirmer le diagnostic est aujourd'hui généralement recommandée comme gold standard [1, 2]. **Coût de la neurographie:** environ 340 CHF pour une personne souffrant d'un STC unilatéral, trois neurographies (+ côté sain du médian).

Inconvénients ((ü3))

- Relativement douloureux pour le/la patient(e)
 - Taux relativement élevé de résultats faussement négatifs en cas de symptômes cliniques évidents et de résultats faussement positifs en l'absence de symptômes cliniques. Des électroneurographies normales n'excluent pas un STC.
 - Coûteux
- **mediX** recommande de mesurer la VCN uniquement ou seulement en cas de non-réponse au traitement conservateur, chez les patients dont le diagnostic n'est pas clair, en cas de dysfonction motrice claire ou d'atrophie thénarienne ainsi qu'en préopératoire pour objectiver [4].

Indication de l'examen échographique ((ü1))

- Situation des études sur l'utilité de l'échographie à haute résolution: les études de qualité modérée ont montré une sensibilité de 74 % (IC 95 %: 68–81 %) et une spécificité de 77 % (IC 95 %: 67–87 %) par rapport à l'examen clinique en cas d'études de faible qualité [10].
mediX recommande: Sur la base des données susmentionnées, il n'est pas possible de recommander un diagnostic par échographie de routine. Il peut toutefois être consulté en cas de questions peu claires.

Diagnostics différentiels [2, 4] ((ü1))

- Fréquent: syndrome douloureux cervico-radiculaire, polyneuropathie
- Plus rarement: trouble circulatoire périphérique, syndrome de Raynaud, rhizarthrose, tendosynovite de Quervain

Traitement [1, 2, 7] ((ü1))

- Chez les patients souffrant de troubles légers à modérés, toujours commencer par un traitement conservateur!

I. Thérapie conservatrice ((ü2))

- Le port d'une **manchette de poignet** en position neutre la nuit est la première mesure à prendre [4, 6]. *Si elle n'est pas suffisamment efficace, en plus:*
- **Infiltration locale de stéroïdes** (par ex. 20–40 mg de méthylprednisolone) avec/sans anesthésique local directement dans ou à proximité du canal carpien (entre les tendons du muscle long palmaire et du muscle flexor carpi radialis, fig. 5)
 - Il n'y a que peu de preuves que le contrôle de l'injection par **ultrasons** donne de meilleurs résultats, mais le taux de complications est plus faible sous contrôle échographique [10].
 - L'injection de stéroïdes peut servir à confirmer le diagnostic lorsque les symptômes ne sont pas clairs.
 - En cas de STC léger, une amélioration à long terme est possible, sinon l'attelle est plus prometteuse à long terme, raison pour laquelle les injections multiples ne sont pas recommandées compte tenu des complications possibles (rares) [10].
 - **Cave:** atrophie/nécrose du nerf médian en cas d'injection directe dans le nerf. Risque moindre en cas d'injection proximale dans le canal carpien!

((Abb. 5 einfügen))

- Ev. **corticoïdes oraux** 1 à 4 semaines maximum (par ex. 20 mg/d de prednisolone pendant

2 semaines maximum, suivis de 10 mg/d pendant 2 semaines [7, 9]), l'efficacité disparaît en quelques semaines après l'arrêt (le bénéfice est inférieur à celui des injections).

Non recommandé ((ü2))

- **Sans évidence claire:** thérapie par ultrasons pulsés profonds, magnétothérapie, exercices de gymnastique nerveuse, yoga, mobilisation du poignet [4, 5], AINS, vitamine B6, thérapie au laser.

Une grande partie des personnes concernées répondent initialement à un traitement conservateur, mais les symptômes réapparaissent pratiquement chez toutes après un an, de sorte qu'elles ont finalement besoin d'une intervention chirurgicale au cours de leur évolution.

II. Traitement chirurgical ((ü2))

Indication ((ü3))

- Absence de réponse au traitement conservateur et paresthésies douloureuses non améliorées
- Lésions nerveuses graves avec atrophie thénarienne ou déficits moteurs

Procédure chirurgicale ((ü3))

- Clivage ouvert ou endoscopique du rétinaculum flexorum

Résultats ((ü3))

- Le résultat des deux méthodes est comparable -> jusqu'à 90% de disparition complète et durable des symptômes.

Bibliographie ((ü1))

-
1. Reissner L, Schindele S, Herren D. Das Karpaltunnelsyndrom. Schweiz Med Forum. 2012;12(24):480–484.
 2. Dt. Ges. f. Handchirurgie. S-3 Leitlinie: Diagnostik und Therapie des Karpaltunnelsyndroms. 2016;6.
 3. Giersiepen K, Spallek M. Carpal tunnel syndrome as an occupational disease. Dtsch Arztebl Int. 2011;108(14): 238–242. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0238.
 4. Kothari MJ. Carpal tunnel syndrome: Treatment and prognosis. UpToDate; 2022. <https://www.uptodate.com/contents/>; dernier accès: 12.10.2022.
 5. O'Connor D, Marshall S, Massy-Westropp N. Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome Cochrane Database Syst Rev. 2003;2003(1):CD003219.
 6. Page MJ, Massy-Westropp N, O'Connor D, Pitt V. Splinting for carpal tunnel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2012;7:CD010003.
 7. Kothari MJ. Carpal tunnel syndrome: Treatment and prognosis.

https://www.uptodate.com/contents/carpal-tunnel-syndrome-treatment-and-prognosis?source=search_result&search=carpal%20tunnel&selectedTitle=1~150; dernier accès: 15.7.2022.

8. Reissner L, et al. Infiltrationstherapie der Hand in der Hausarztpraxis. [Prim Hosp Care Allg Inn Med. 2020;20\(04\):130–134.](#)
9. Herskovitz S, et al. Low-dose, short-term oral prednisone in the treatment of carpal tunnel syndrome. *Neurology*. 1995;45(10):1923.
10. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Karpaltunnelsyndroms. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/005-003l_S3_Diagnostik-Therapie-Karpaltunnelsyndrom-KTS_2022-04_01.pdf; dernière mise à jour: 01/2022.

Dr. med. Simone Erni, Dr. med. Uwe Beise

mediX schweiz

uwe.beise@medix.ch

Impressum

Cette guidance a été révisée en août 2022.

© Association mediX suisse

Editrice

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Rédaction

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Maria Huber

Auteur_e

Dr. med. Simone Erni

Dr. med. Uwe Beise

Cette ligne directrice a été rédigée sans aucune influence extérieure. Il n'existe aucune dépendance financière ou de contenu vis-à-vis de l'industrie ou d'autres institutions ou groupes d'intérêts.

© Association mediX suisse

Les mediX Guidelines contiennent des recommandations d'actions thérapeutiques pour certains types de plaintes ou de situations de traitement. Chaque patient(e) doit cependant être traité(e) en fonction de sa situation individuelle.

Les mediX Guidelines sont développées et contrôlées avec le plus grand soin, mais l'association mediX suisse ne peut pas garantir l'exactitude – en particulier des indications de dosage.

Les mediX Guidelines sont actualisées en permanence et peuvent être consultées sur <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/>.

L'association mediX suisse est un regroupement de réseaux de médecins et de médecins en Suisse.

Association mediX suisse, Sumatrastr. 10, 8006 Zurich, Suisse.

Veillez envoyer vos réactions à: uwe.beise@medix.ch

Ärztinnen/Ärzten

((Abbildungen))

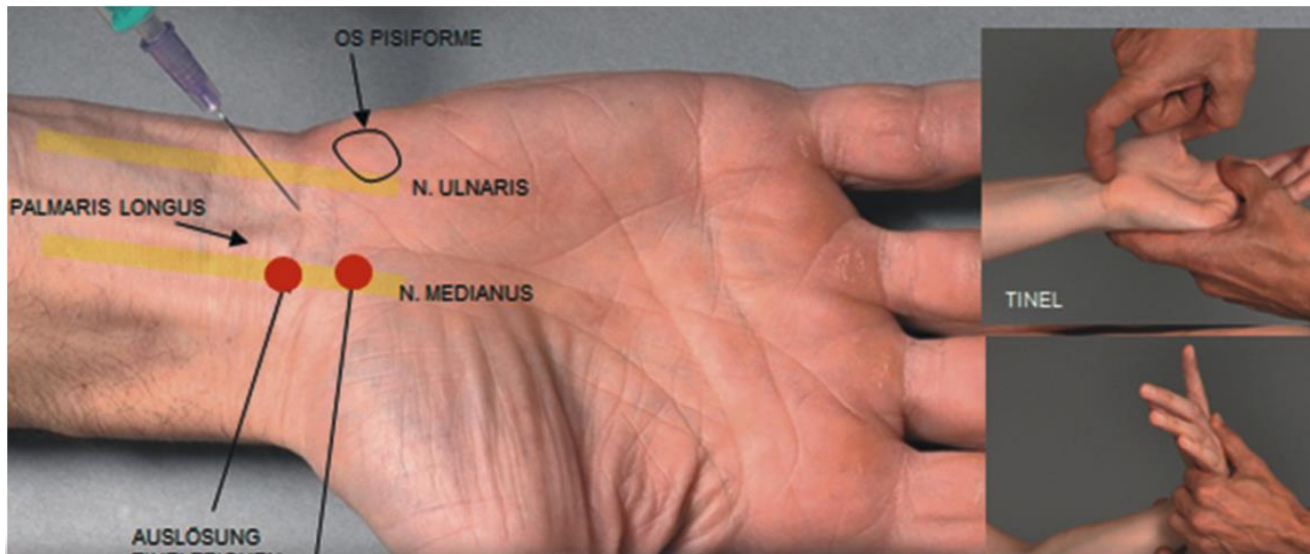


Figure 5. Points de diagnostic et d'infiltration dans le syndrome du canal carpien. Infiltration entre le tendon du long palmaire et l'os pisiforme. Piquer à 45 ° en distal et à 45 ° en radial. Profondément jusqu'au carpe, reculer de 1 cm et infiltrer (tiré de [8], avec l'aimable autorisation).).