

Syndromes canalaires

I. /Généralités :

Les syndromes canalaires correspondent à l'ensemble des manifestations neurologiques liées à l'irritation d'un nerf lorsqu'il traverse un défilé ostéo-ligamentaire musculaire inextensible. Leur traduction clinique est essentiellement sensitive, des facteurs s'associent pour créer cette neuropathie.

- L'un statique : C'est le défilé inextensible.
- L'autre dynamique : C'est la mobilité articulaire (voisinage étroit de la zone critique à une articulation mobile).

A ces facteurs peut s'associer un facteur pathologique inconstant qui peut potentialiser le syndrome. Comme pour le syndrome du canal carpien il peut s'agir :

- D'une inflammation : tel que polyarthrite rhumatoïde (par ténosynovites des tendons fléchisseurs des doigts).
- D'une infection : tel que tuberculose
- D'un dépôt intra canalair tel que chondrocalcinose articulaire, hémodialysés.
- D'une mal formation congénitale.
- D'une tumeur (neurofibromes, lipomes)
- Facteurs traumatiques. (Fractures et séquelles de fractures)
- Facteurs hormonaux : hypothyroïdie, diabète)
- Prise de contraceptifs
- Certains métiers exposants le poignet et la main à des mouvements répétitifs : chauffeurs, coiffeurs, femmes de ménage, jardiniers, travailleurs au clavier, joueurs de golf, pianistes ; couturières ; travailleurs au marteaux piqueurs...etc.

Les syndromes canalaires sont nombreux et fréquents et les signes subjectifs sont riches.

II. / Type de description : **syndrome du canal carpien**

1. **Rappel anatomique** : Le canal carpien est formé en arrière par les os du carpe, en avant par le ligament annulaire antérieur du carpe ; contient les tendons des fléchisseurs des doigts et le nerf médian.
2. **Clinique** : Le syndrome du canal carpien est le plus fréquent des syndromes canalaires du membre supérieur.
 - Se voit surtout chez la femme (ménopausée et enceinte)
 - Il est surtout bilatéral
 - Les signes moteurs sont rares
 - Le début est progressif

a. / Les signes subjectifs :

- **Les paresthésies** : c'est une sensation de fourmillements ou de brûlures des doigts surtout la nuit et au réveil, uni ou bilatéral, siégeant dans le territoire sensitif du nerf médian, parfois toute la main, respectant le 5^{ème} doigt, parfois irradiation ascendante de la douleur. Sensation de maladresse et lourdeur des mains, parfois la douleur est réveillée par certains gestes tel que : écrire ou tricoter ou coudre ... etc.
- **Les douleurs** : sont plus rares, siègent au niveau du poignet et

Peuvent Irradier au bras et aux doigts.

b. /Les signes objectifs :

Ils sont inconstants :

- Hypoesthésie dans le territoire du nerf médian.
- Troubles moteurs : à type d'amyotrophie de l'éminence thénar ; avec diminution de la force musculaire du pouce.
- Troubles trophiques : tardifs, rares, peau atrophique, luisante avec un œdème des doigts.
- Modification locales : tuméfaction du poignet.

c. / Tests diagnostique : (DGC+)

- **Signe de Tinel** : la pression ou la percussion du canal carpien réveille des paresthésies ou bien une douleur dans le territoire du nerf médian.
- **Signe de l'hyper flexion du poignet (signe de Phalen)** : On implique une flexion forcée du poignet maintenue pendant 30 seconds ce qui réveille des paresthésies du nerf médian
- **L'injection intra canalaire de corticoïde** : Qui améliore le syndrome de façon spectaculaire
- **L'E.M. G (électromyogramme)** : mesure la vitesse de conduction sensitive et motrice du nerf médian ; permet d'objectiver un ralentissement de la vitesse de conduction de ce nerf (trace de type neurologique). la vitesse de conduction motrice est moins fiable que la vitesse traversée sensitive.
On a beaucoup de faux négatifs au stade de début.
- **RX standard** : permet de rechercher une anomalie loco -régionale : tumeurs ; traumatisme ; malformations ; un corps étranger ...etc.
- **Echographie des parties molles** : l'échographie du tronc nerveux pourrait être intéressante dans la grande majorité des formes communes ; présente une sensibilité de 70 à 94% et une spécificité de 57 à 98% des cas de diagnostic d'une compression du nerf médian.
- **IRM** : rarement demandé en première intention pour l'exploration du canal carpien

d. /DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :savoir éliminer

- Atteinte des racines nerveuses de C6 et C7: Diagnostic différentiel le plus courant.
- Une atteinte du nerf médian au coude
- Syndrome de la traversée thoraco-brachiale par atteinte plexiale (plexus brachial)
- Syndrome de la loge de Guyon par compression du nerf cubital au poignet
- Neuropathies périphériques
- Atteinte du nerf interosseux antérieur

E./ TRAITEMENT

Il ne faut pas attendre les complications pour traiter.

Si perte de la sensibilité digitale ou fonte musculaire dans le territoire du nerf médian le nerf est alors sévèrement atteint.

1. Traitement médical:

Proposé pour les formes sévères ou modérées

Consiste à l'injection de dérivés cortisonés (infiltrations) dans le canal carpien ; le nombre d'infiltrations est de 3 au maximum en raison des risques de ces infiltrations sur les tendons. Leurs effets anti-inflammatoires peuvent soulager la douleur sur une durée moyenne de 03 mois.

Les AINS et les DERIVÉS DIURÉTIQUES: sont parfois proposés dans certaines formes

2. Orthèse de repos du poignet : permet souvent de calmer les engourdissements. Il peut être porté seulement la nuit.
3. Mais malheureusement et assez fréquemment, l'efficacité du traitement médical n'est que transitoire, et la répétition des infiltrations n'est pas souhaitable; alors il faut envisager le traitement chirurgical.
4. TRAITEMENT CHIRURGICAL: il est proposé dans les formes sévères
LA NEUROLYSE: permet la libération du nerf médian des structures qui le compriment.
La chirurgie, quelle que soit la technique; à ciel ouvert ou par endoscopie donne de très bons résultats. Un repos au moins de 01 mois est nécessaire après la chirurgie avant la reprise de travail. Une rééducation fonctionnelle est utile. Les sujets opérés se plaignent parfois de quelques douleurs résiduelles ou d'une légère perte de la force musculaire de la main.
Les récurrences du syndrome du canal carpien traité chirurgicalement est exceptionnel mais possible.

DR N. BOUDJADAR

MAITRE ASSISTANTE EN RHUMATOLOGIE

CHU DE CONSTANTINE