

Item 279 : Radiculalgie et syndrome canalaire

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1 Atteintes radiculaires des membres inférieurs.....	1
1 . 1 Lomboradiculalgies communes.....	1
1 . 1 . 1 Lombosciatiques.....	1
1 . 1 . 1 . 1 Interrogatoire.....	1
1 . 1 . 1 . 2 Examen physique.....	1
1 . 1 . 1 . 3 Apprécier la gravité.....	1
1 . 1 . 1 . 4 Examens complémentaires.....	1
1 . 1 . 1 . 5 Traitement.....	1
1 . 1 . 2 Particularités des lombocruralgies.....	1
1 . 1 . 2 . 1 Topographie de la douleur.....	1
1 . 1 . 2 . 2 Diagnostic différentiel.....	1
1 . 1 . 2 . 3 Examens complémentaires.....	1
1 . 1 . 2 . 4 Cruralgies extrarachidiennes tronculaires.....	1
1 . 1 . 3 Particularités du canal lombaire rétréci arthrosique.....	1
1 . 1 . 3 . 1 Comment le reconnaître ?.....	1
1 . 1 . 3 . 2 Comment le confirmer ?.....	1
1 . 1 . 3 . 3 Traitement.....	1
1 . 2 Lomboradiculalgies symptomatiques.....	1
1 . 2 . 1 Anamnèse et examen clinique.....	1
1 . 2 . 2 Examens biologiques et radiographies.....	1
2 Névralgie cervicobrachiale.....	2
2 . 1 Signes cliniques et diagnostic.....	1
2 . 2 Distinction névralgie cervicobrachiale commune/symptomatique.....	1
2 . 3 Étiologie des névralgies cervicobrachiales symptomatiques.....	1
2 . 4 Traitement de la névralgie cervicobrachiale commune.....	1
3 Syndromes canaux.....	3

3 . 1 Syndrome du canal carpien.....	1
3 . 1 . 1 Signes cliniques et diagnostic.....	1
3 . 1 . 2 Étiologie.....	1
3 . 1 . 3 Traitement.....	1
3 . 2 Autres syndromes canalaire.....	1
3 . 2 . 1 Syndrome de la loge de Guyon (compression du nerf cubital au poignet).....	1
3 . 2 . 2 Au membre supérieur.....	1
3 . 2 . 3 Au membre inférieur (plus rares).....	1

OBJECTIFS

ENC :

- Savoir diagnostiquer une radiculalgie et un syndrome canalaire.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

SPECIFIQUE :

- Connaître la sémiologie (en particulier topographie) des principales atteintes radiculaires du membre supérieur et du membre inférieur (cruralgie et sciatique L5 et S1 et névralgie cervicobrachiale) et canalaire (canal carpien), en connaître les signes de gravité.
- Savoir différencier une atteinte radiculaire, d'une atteinte plexique, d'une autre neuropathie dont les syndromes canalaire.
- Savoir distinguer par la clinique et savoir planifier la stratégie d'exploration paraclinique d'une radiculalgie (savoir interpréter les résultats les examens complémentaires) pour distinguer une radiculalgie commune d'une radiculalgie symptomatique.
- Connaître les signes cliniques et électromyographiques et le traitement d'un syndrome du canal carpien. Connaître l'étiologie.
- Connaître l'étiologie d'une radiculalgie ou d'un syndrome canalaire.
- Savoir traiter une radiculalgie secondaire à une discopathie à court et à long termes.

I ATTEINTES RADICULAIRES DES MEMBRES INFÉRIEURS

I.1 LOMBORADICULALGIES COMMUNES

I.1.1 Lombosciatiques

Les lombosciatiques discales (lombalgies irradiant au membre inférieur, audessous du genou, par conflit discoradiculaire L4-L5 ou L5-S1) et arthrosiques (arthrose vertébrale) s'opposent aux lombosciatiques symptomatiques d'affections inflammatoires, infectieuses, tumorales. La hernie discale est souvent asymptomatique (prévalence de 20 % à 30 % en Imagerie par Résonance Magnétique ou TomoDensitoMétrie chez des sujets asymptomatiques). La lombosciatique discale est plus fréquente entre trente et quarante ans. Les lombosciatiques par conflit discoradiculaire L4-L5 ou L5-S1 sont inscrites au tableau des maladies professionnelles.

La question essentielle est : « Est-ce une lombosciatique commune ou une lombosciatique symptomatique ? »

I.1.1.1 Interrogatoire

Le *siège* et le *trajet* de la douleur :

- L'irradiation s'accompagne-t-elle de lombalgies ?
- Est-elle unilatérale ou bilatérale ?
- A-t-elle un trajet précis ? qui peut être :
 - L5 : fesse, postéro-externe de cuisse, externe du genou, externe ou antéro-externe de jambe, malléole externe ou gouttière prémalléolaire, dos du pied, gros orteil ou deux ou trois premiers orteils (figure 34.1) ;
 - S1 : fesse, postérieure de cuisse, creux poplité, postérieure de jambe (mollet), tendon d'Achille ou rétromalléolaire externe, talon, plante ou bord externe du pied jusqu'au cinquième orteil (figure 34.1) ;
 - plus imprécis quand l'irradiation ne va pas jusqu'au pied (trajet tronqué). Il faut rechercher des dysesthésies qui ont une valeur localisatrice ;
 - de topographie plus étendue : territoires L5 et S1, voire L4 ou des dernières racines sacrées.

Le patient est-il plus handicapé par ses lombalgies ou par la radiculalgie ?

Le *rythme de la douleur* peut être mécanique (diurne, augmentant avec l'activité) ou inflammatoire (nocturne, réveil matinal prématuré).

Mode de début : brutalement, après un effort pour la lombosciatique commune. Les douleurs insidieuses, progressives et survenues sans facteur déclenchant sont plus inquiétantes.

Mode d'évolution : pour les lombosciatiques communes d'emblée maximales, les douleurs tendent à s'atténuer. Les douleurs s'aggravant progressivement sont plus

inquiétantes.

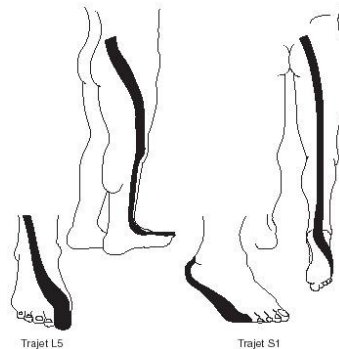
Antécédents lombalgiques : épisodes douloureux lombaires, régressifs, peu invalidants pour la lombosciatique commune. Les douleurs lombaires inaugurales sont plus inquiétantes, motivant une consultation dès le premier épisode.

Existence de *symptômes associés*, notamment de troubles sphinctériens (mictions impérieuses le plus souvent), évocateurs d'un syndrome de la queue de cheval.

Ainsi, l'interrogatoire oriente vers une lombosciatique commune ou une lombosciatique symptomatique :

- lombosciatique commune : monoradiculaire (L5 ou S1), rythme mécanique ; lombalgies associées, effort déclenchant ; intensité rapidement maximale, régressant progressivement ; antécédents lombaires ;
- lombosciatique symptomatique : pluriradiculaire, rythme inflammatoire, s'aggravant ; sans lombalgies ou effort déclenchant ; sujet âgé.

Fig. 34.1. Trajets radiculaires sensitifs sciatiques L5 et S1.



I.1.1.2 Examen physique

L'examen physique peut montrer l'existence d'une attitude antalgique (inflexion latérale irréductible) et d'un signe de Lasègue (déclenchement de la douleur radiculaire en soulevant le membre inférieur en extension). L'examen neurologique des membres inférieurs recherche des signes déficitaires moteurs, sensitifs, ou réflexes précisant le territoire : marche sur les talons (releveurs du pied et péroniers latéraux → L5), marche sur les pointes (triceps sural → S1), hypoesthésie L5 ou S1, abolition ou diminution du réflexe achilléen (S1). Il doit rechercher des symptômes évocateurs d'un syndrome de la queue de cheval : hypo- ou anesthésie en selle du côté symptomatique, perte du tonus du sphincter anal (cf. chapitre 32).

I.1.1.3 Apprécier la gravité

Les lombosciatiques paralysantes (déficit moteur ≤ 3) et le syndrome de la queue de cheval (atteinte des racines sacrées, troubles sphinctériens, anesthésie en selle) sont des urgences chirurgicales et doivent être impérativement identifiés.

I.1.1.4 Examens complémentaires

Une lombosciatique discale typique chez un adulte jeune ne nécessite initialement aucun examen complémentaire. L'examen radiologique précoce n'est justifié que chez

un adolescent ou un sujet de plus de soixante-cinq ans, en cas d'antécédent d'infection, de tumeur, en cas de fièvre, de signes neurologiques déficitaires, de tableau clinique atypique, si la douleur persiste ou s'aggrave.

Quand les demander ?

Pour une lombosciatique discale non compliquée, les examens complémentaires (TDM, IRM) sont inutiles avant d'avoir tenté un traitement médical pendant six à huit semaines. Une lombosciatique paralysante ou avec syndrome de la queue de cheval justifie des examens précisant les lésions. Il s'agit d'une urgence thérapeutique, le plus souvent chirurgicale.

Le(s)quel(s) demander ?

La tomodensitométrie (TDM) est indiquée en première intention mais impose une irradiation. L'IRM est limitée par les problèmes d'accessibilité. La sacroradiculographie n'est réalisée qu'en cas de normalité des examens précédents.

Qu'en attendre ?

- TDM : concordance avec la clinique, précise le type de la hernie (sous ou extraligamentaire, migrée ou exclue) (figures 34.2 à 34.4).
- IRM : exploration neurologique et ostéoarticulaire complète ;
- Sacroradiculographie : plus invasive, permet l'analyse du liquide céphalorachidien, réalisable en position debout, révélant des conflits inapparents en décubitus (figure 34.5).

Fig. 34.2. Scanner. Hernie discale L4-L5 foraminale gauche.

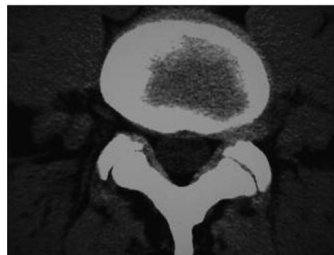


Fig. 34.3. Aspect scannographique du disque intervertébral L4-L5 et des structures adjacentes.

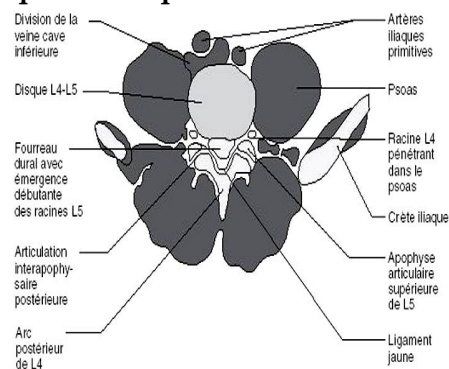


Fig. 34.4. Aspects scannographique et anatomique des principales formes de hernies discales.

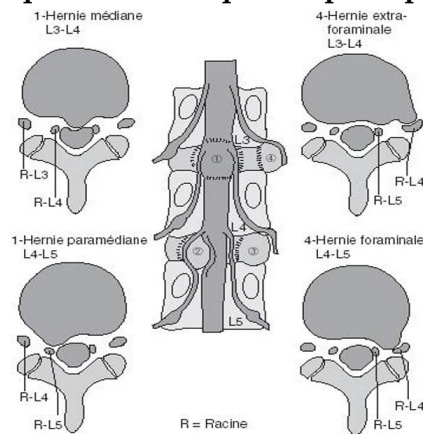


Fig. 34.5. Radiculographie de profil. Canal lombaire étroit avec rétrécissements étagés.



I.1.1.5 Traitement

Il comprend le repos au lit ainsi que des antalgiques, AINS et myorelaxants à la phase aiguë, si besoin des infiltrations péridurales et/ou périradiculaires de corticoïdes et une orthèse lombaire rigide (quatre à six semaines) puis plus souple. La rééducation est indiquée après amélioration des douleurs. La chimionucléolyse à la papaïne n'est plus disponible et est progressivement remplacée par la nucléotomie au laser. Les techniques chirurgicales améliorent les radiculalgies dans 80 % des cas, mais n'ont aucune action sur les lombalgies.

I.1.2 Particularités des lombocruralgies

Moins fréquente que la lombosciatique, la lombocruralgie affecte une des racines du nerf crural, le plus souvent entre cinquante et soixante ans.

I.1.2.1 Topographie de la douleur

- L3 : partie supéro-externe de la fesse, région trochantérienne, face antérieure de la cuisse au tiers moyen, face interne de la cuisse au tiers inférieur et à la face interne du genou, pouvant descendre jusqu'à la jambe.
- L4 : partie moyenne de la fesse, face externe de la cuisse à sa partie moyenne, tiers

inférieur de la face antérieure, face antérieure du genou, face antéro-interne de la jambe le long de la crête tibiale, face antéro-interne du cou-de-pied, bord interne du pied, plus rarement jusqu'au gros orteil.

La douleur est souvent d'installation brutale, intense, avec des dysesthésies (brûlures, broiement) et, plus souvent que dans la lombosciatique, une recrudescence nocturne entraînant une insomnie et un état général altéré.

Le signe de Léri (manœuvre du crural ou « Lasègue inversé ») : sur le patient en décubitus ventral, la douleur à la face antérieure de la cuisse est reproduite lors de la flexion du genou à 90° (premier temps) ou lors de l'extension de la cuisse sur le bassin (second temps, moins spécifique).

L'abolition (ou la diminution) du réflexe rotulien ne distingue pas une atteinte L4 ou L3. L'hypoesthésie superficielle à la face antérieure de la cuisse, un déficit du quadriceps sont fréquents. L'amyotrophie est fréquente, rapide. Le psoas (L3), le jambier antérieur (L4) peuvent être touchés.

I.1.2.2 Diagnostic différentiel

Toute douleur de la face antérieure de la cuisse n'est pas une cruralgie et il faut exiger des signes neurologiques pour affirmer le diagnostic. Une affection ostéoarticulaire régionale (hanche, bassin, fémur), une autre névralgie du membre inférieur (méralgie paresthésique) doivent être éliminées.

I.1.2.3 Examens complémentaires

Le terrain (sujet âgé), l'intensité de la douleur, la recrudescence nocturne, une altération de l'état général incitent à rechercher des signes biologiques d'inflammation. La tomодensitométrie est centrée sur les étages L2-L3 et L3-L4, mais également L4-L5 car la hernie y est souvent foraminale, pouvant entrer en conflit avec la racine L4.

I.1.2.4 Cruralgies extrarachiennes tronculaires

Diverses causes sont à rechercher : hématome ou abcès du psoas, anévrisme de l'aorte, envahissement tumoral d'origine digestive, gynécologique, rénale, ganglionnaire, neurinome, schwannome, névrite (zona, Lyme, etc.), diabète.

I.1.3 PARTICULARITES DU CANAL LOMBAIRE RÉTRÉCI

Les sténoses rachidiennes sont presque toujours acquises (prolifération ostéophytique, hypertrophie des ligaments jaunes, protrusion discale), le rétrécissement étant étendu à plusieurs étages ou limité à un seul. Il se majore en lordose, donc en position debout, ce qui explique l'apparition des symptômes lors du redressement du tronc et à la marche et la possible normalité des explorations complémentaires réalisées en position couchée (scanner et IRM).

I.1.3.1 Comment le reconnaître ?

Ce diagnostic est évoqué chez un sujet de la soixantaine, surtout masculin :

- **type de douleur** : paresthésies des membres inférieurs, souvent bilatérales, de topographie pluriradiculaire, décrites comme des crampes, des sensations de striction des membres inférieurs. Des troubles neurologiques peuvent être décrits : hypoesthésie de topographie radiculaire, sensation d'engourdissement ou de peau morte, fatigabilité des membres inférieurs, troubles génito-sphinctériens avec incontinence mictionnelle ;
- **facteurs déclenchant la douleur** : la symptomatologie apparaît quasi constamment à la marche, parfois dès la mise en station debout ou lors des redressements du tronc ;
- **facteurs améliorant la douleur** : l'arrêt de la marche entraîne en quelques minutes la disparition des douleurs ; l'amélioration est plus nette lorsque le patient peut s'asseoir ou s'accroupir. La douleur est souvent soulagée par la flexion antérieure du tronc (appui antérieur lors de la marche : « signe du caddie ») ; alors que la marche provoque la douleur, la pratique de la bicyclette est souvent indolore.

L'examen neurologique est assez pauvre : les anomalies peuvent être limitées à une abolition d'un réflexe ; la recherche de signes neurologiques après effort est systématique;

I.1.3.2 Comment le confirmer ?

Les radiographies du rachis lombaire ne montrent que des signes indirects : une réduction de la distance interlaminaire et une brièveté des pédicules.

La TDM apprécie la forme du canal, permet de faire la part de la composante discale ou d'une ostéophytose dans la compression nerveuse.

La sacroradiculographie permet d'explorer le canal lombaire sur toute sa hauteur et de mesurer le diamètre sagittal du cul-de-sac dural, d'apprécier le diamètre utile dans les conditions provoquant les troubles cliniques (clichés debout et en hyperextension).

Ces deux examens ont été supplantés par l'IRM qui combine les avantages des deux, sans avoir le caractère invasif de la sacroradiculographie. Cependant, l'IRM ne peut, encore aujourd'hui, être réalisée qu'en décubitus.

I.1.3.3 Traitement

Le traitement médical associe : le traitement symptomatique, les infiltrations épidurales de corticoïdes, la rééducation en cyphose avec tonification des abdominaux. Le traitement chirurgical comporte une libération des structures nerveuses. L'importance du geste est fonction du type anatomique et de l'étendue de la sténose.

Lomboradiculalgies symptomatiques

Ce sont les douleurs qui ne sont pas dues à une pathologie discale ou arthrosique mais sont la manifestation d'affections sévères.

I.1.4 ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

L'interrogatoire est le plus important, l'examen clinique étant souvent pauvre. Les caractéristiques cliniques (tableau 34.I) et les antécédents orientent le diagnostic.

Tableau 34.I. Éléments cliniques orientant vers une radiculalgie symptomatique.

Pathologie suspectée	Éléments d'anamnèse	Éléments de l'examen physique
Spondylarthropathie inflammatoire chronique	Homme, < 40 ans, antécédents familiaux de spondylarthropathie, antécédents d'uvéite, talalgies, fessalgies, psoriasis, diarrhée, douleurs inflammatoires Sensibilité aux AINS	Accentuation de la cyphose dorsale Uvéite, psoriasis cutané Atteinte des sacro-iliaques
Fracture, tassement	Âge > 70 ans, antécédents d'ostéoporose Traitement par corticoïdes, autre facteur ostéopéniant (ménopause précoce)	Accentuation de la cyphose dorsale
Métastase, lymphome	Âge > 50 ans, antécédents de cancer ostéophile (poumon, rein, prostate) Altération de l'état général Lombalgies à début progressif, sans facteur déclenchant, s'aggravant, de rythme non strictement mécanique	Prostate indurée, tumeur du sein, hépatomégalie nodulaire, adénopathies ou autres atteintes organiques Signes neurologiques déficitaires
Spondylodiscite	Facteurs d'immunodépression (diabète, traitements), antécédents de geste sur le rachis (infiltration, chirurgie), infection (dentaire, endocardite), lombalgies inflammatoires	Signes généraux (fièvre, frisson) Plaie ou abcès cutané Raideur rachidienne multidirectionnelle
Tumeur intrarachidienne	Douleurs nocturnes, de décubitus, obligeant à se lever et à marcher pour être soulagé	Raideur multidirectionnelle Signes neurologiques sous-lésionnels
Méningoradiculites infectieuses (herpès, zona, VIH, Lyme)	Absence de facteur traumatique déclenchant, de syndrome rachidien Contexte infectieux, morsure de tique	Irradiation pluriradiculaire, déficit moteur ou sensitif étendu à d'autres territoires Lésions cutanées

I.1.4.1 Examens biologiques et radiographies

Lorsqu'une radiculalgie symptomatique est suspectée, il faut demander des radiographies standards (colonne lombaire face et profil et bassin face) et un bilan biologique (numération-formule sanguine, VS, électrophorèse des protéines), complétés par d'autres explorations en fonction de l'orientation diagnostique.

Les radiographies peuvent montrer les signes suivants : syndesmophytes, sacroiliite (spondylarthropathie) ; fractures vertébrales (ostéopathie) ; lyse vertébrale, « vertèbre borgne » ou fracture vertébrale asymétrique (métastases) ; pincement discal avec érosions des plateaux vertébraux (spondylodiscite). D'autres explorations seront demandées en fonction des orientations : scintigraphie, IRM, biopsie osseuse, prélèvements bactériologiques, typage HLA A et B, bilan phosphocalcique, ponction lombaire.

II NÉVRALGIE CERVICOBRACHIALE

La névralgie cervicobrachiale traduit la souffrance d'une racine nerveuse du plexus brachial (5e, 6e, 7e, 8e cervicales ou 1re thoracique). On distingue les névralgies cervicobrachiales communes et les névralgies cervicobrachiales symptomatiques (inflammatoires, infectieuses, tumorales). Parmi les névralgies cervicobrachiales communes, les névralgies d'origine arthrosique, surtout après quarante ans, correspondent à une compression par un nodule disco-ostéophytique ; les névralgies cervicobrachiales d'origine discale, surtout chez le sujet jeune, traduisent une compression par une « hernie molle ».

II.1 SIGNES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Toute douleur du membre supérieur n'est pas une névralgie cervicobrachiale. Il faut éliminer une pathologie de la coiffe des rotateurs (trajet douloureux évoquant une névralgie C5 ou C6), un syndrome de Parsonage et Turner (trajet C5), un syndrome de la traversée thoracobrahiale (trajet C8), une épicondylalgie ou syndrome du canal carpien (trajet C6).

Le diagnostic positif repose sur l'association d'un syndrome cervical et d'un trajet douloureux radiculaire (tableau 34.II). Le rachis cervical est examiné en décubitus, les mobilités sont étudiées en flexion, extension, rotations et inclinaisons latérales.

L'examen montre une limitation, le plus souvent modérée et élective, des mobilités, rassurante ; beaucoup plus inquiétante lorsqu'elle est importante et globale. Des douleurs et une infiltration cellulalgique (manœuvre du « pincé-roulé ») de la partie supérieure du dos sont fréquentes. **L'examen neurologique des membres supérieurs** permet de rechercher des signes déficitaires, moteurs, sensitifs ou réflexes précisant le territoire, de confirmer le caractère monoradiculaire. L'examen est complété par l'étude du thorax, du cou, des creux sus-claviculaire et axillaires et des membres inférieurs et un examen général.

Tableau 34.II. Diagnostic topographique d'une atteinte radiculaire du membre supérieur.

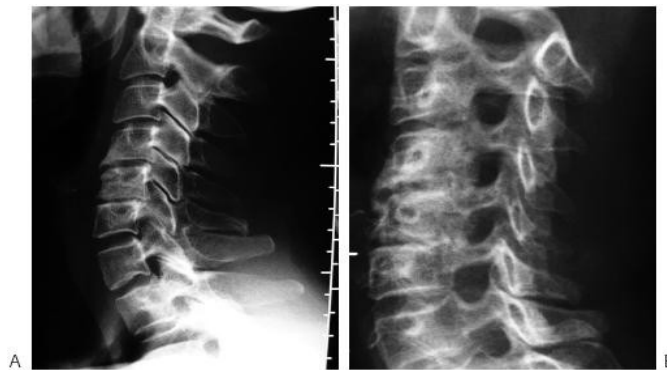
Racine	Réflexe	Déficit moteur	Territoire sensitif
C5	Bicipital	Abduction du bras, rotateurs de l'épaule.	Moignon de l'épaule, face externe du bras.
C6	Stylo-radial	Flexion du coude (long supinateur), supination, flexion du pouce.	Face externe du membre supérieur jusqu'au pouce.
C7	Tricipital	Extension du coude, poignet, doigts, pronation.	Face postérieure du membre supérieur jusqu'aux 2 ^e et 3 ^e doigts.
C8/D1	Cubito-pronateur	Flexion et écartement des doigts.	Face interne du membre supérieur jusqu'aux 4 ^e et 5 ^e doigts.

II.2 DISTINCTION NEURALGIE CERVICOBRACHIALE COMMUNE/SYMPATOMATIQUE

Ce sont les caractéristiques de la douleur, l'examen neurologique des membres supérieurs, l'examen du thorax, du cou, des creux sus-claviculaire et axillaire, des membres inférieurs ; les radiographies (face, profil, trois quarts) analysent les foramens (figure 34.6) ; au moindre doute, il faut vérifier l'absence de signes d'inflammation biologique. Les autres examens n'ont pas d'indication en dehors du bilan opératoire des névralgies cervicobrachiales communes rebelles, ou de suspicion de névralgie cervicobrachiale symptomatique. La TDM avec opacification iodée apprécie le foramen, sa réduction par des ostéophytes ou une hernie discale ; l'IRM est indiquée si une névralgie cervicobrachiale symptomatique est suspectée.

Fig. 34.6. Radiographies du rachis cervical de profil (A) et de trois quarts gauche (B).

Uncodiscarthrose C4-C5 et C5-C6 rétrécissant les foramens.



II.3 ETIOLOGIE DES NEURALGIES CERVICOBRACHIALES

Il peut s'agir d'un traumatisme cervical (fractures, luxations), d'une spondylodiscite infectieuse, d'une tumeur maligne (métastase, myélome) ou bénigne (ostéome ostéoïde, kyste anévrysmal), d'un syndrome de Pancoast Tobias – névralgie cervicobrachiale C8 rebelle, syndrome de Claude Bernard-Horner (myosis, ptosis, énophtalmie), envahissement de l'apex pulmonaire –, d'une méningoradiculite (herpès, zona, Lyme) ou d'une affection neurologique (syringomyélie, neurinome).

II.4 TRAITEMENT DE LA NEURALGIE CERVICOBRACHIALE COMMUNE

Le traitement associe le repos, un collier d'immobilisation, les Anti-Inflammatoires non Stéroïdiens, la corticothérapie générale étant parfois nécessaire (prednisone : 0,5 mg/kg par jour pendant deux à trois semaines), les tractions axiales prudentes. Les infiltrations périradiculaires de corticoïdes sont pratiquées par certaines équipes mais déconseillées par d'autres en raison du risque de complications neurologiques. Le traitement chirurgical est rarement indiqué (échec du traitement médical, déficit moteur important). C'est la résection des ostéophytes par voie antérolatérale transdiscale associée ou non à une arthrolyse intersomatique.

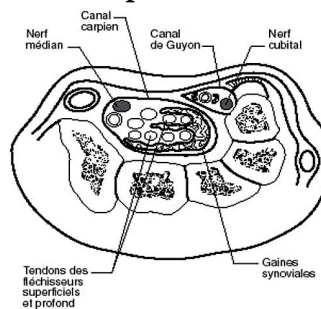
III SYNDROMES CANALAIRES

Les syndromes canaux correspondent aux manifestations neurologiques liées à l'irritation d'un nerf lorsqu'il traverse un défilé ostéo-ligament-musculaire.

III.1 SYNDROME DU CANAL CARPIEN

C'est la compression du nerf médian lors de sa traversée du canal carpien. Ce nerf mixte assure la sensibilité de la face palmaire des trois premiers doigts et de la moitié radiale de l'annulaire, de la face dorsale des deuxième et troisième phalanges de l'index, du majeur et de la moitié radiale de l'annulaire, la motricité des muscles de l'éminence thénar (court abducteur, faisceau superficiel du court fléchisseur et opposant du pouce) et des deux lombricaux externes (figure 34.7). C'est le plus fréquent des syndromes canaux (1 % de la population), survenant trois fois sur quatre chez la femme (post-ménopause, fin de grossesse) ; bilatéral dans 50 % des cas, il prédomine du côté dominant et est reconnu en tant que maladie professionnelle.

Fig. 34.7. Coupe du canal carpien.



III.1.1 Signes cliniques et diagnostic

La forme sensitive, d'installation progressive, la plus fréquente, se caractérise par des acroparesthésies dans le territoire du médian, irradiant à l'avant-bras, avec une recrudescence nocturne, au réveil et lors des activités manuelles, qui disparaissent en secouant la main ou en la trempant dans l'eau chaude. Des manœuvres peuvent les reproduire : percussion de la face antérieure du poignet (test de Tinel), flexion forcée du poignet pendant une minute (test de Phalen). La forme neurologique déficitaire est la forme évoluée. Les paresthésies deviennent permanentes, s'accompagnent d'une maladresse de la main, d'un déficit de la force du pouce (opposant, court abducteur), d'une amyotrophie du versant externe de l'éminence thénar. Une radiographie du poignet (face, profil, incidence du défilé carpien) cherche une anomalie osseuse. L'EMG, parfois normal dans les formes débutantes, confirme l'atteinte du nerf médian au poignet (réduction de la vitesse de conduction sensitive et allongement des latences distales) et le respect des autres troncs nerveux.

Il faut éliminer : le syndrome du canal de Guyon (nerf cubital), une atteinte du médian au coude, une radiculalgie C6, une atteinte plexulaire (défilé thoracobrachial).

III.1.2 Étiologie

Il est idiopathique dans plus de 50 % des cas. L'étiologie peut être :

- traumatique : cal vicieux, séquelles de fractures du radius, activités professionnelles (tableau n° 57 des maladies professionnelles) ou sportives répétitives ;
- endocrinienne : grossesse, hypothyroïdie, diabète ;
- rhumatismale : ténosynovite inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde), infectieuse (tuberculose), arthrose, kyste synovial ;
- ou par dépôts intracanaux de microcristaux : goutte, chondrocalcinose, apatite, amylose.

III.1.3 Traitement

Le traitement étiologique est de mise chaque fois que possible. Le traitement médical, indiqué dans les formes sensibles pures, associe le port nocturne d'une attelle de repos, immobilisant le poignet et les doigts en position neutre, et une injection de corticoïdes dans le canal carpien (entre les tendons du grand et du petit palmaires, en regard du second pli palmaire, aiguille inclinée à 45° en bas). Le traitement chirurgical – d'emblée dans les formes déficitaires ou avec amyotrophie et les formes compressives – consiste en une neurolyse du nerf médian après section du ligament annulaire antérieur du carpe. Tout prélèvement doit être analysé en anatomopathologie. Le traitement prophylactique (attelle de fonction, aménagement de poste) est indiqué en cas d'activité professionnelle favorisant (mouvements répétés du poignet, utilisation d'appareils vibrants).

III.2. AUTRES SYNDROMES CANALAIRES

III.2.1 Syndrome de la loge de Guyon (compression du nerf cubital au poignet)

Il correspond à la compression du nerf cubital au poignet (à distinguer d'une compression dans la gouttière rétro-olécrânienne au coude) ; beaucoup plus rare que le syndrome du canal carpien, il est le plus souvent idiopathique et peut se manifester par des paresthésies et douleurs du cinquième doigt, reproduites à la percussion du pisiforme, des signes déficitaires à l'éminence hypothénar, des anomalies du nerf cubital à l'EMG. Le traitement repose sur la réalisation d'infiltrations de corticoïdes et sur la libération chirurgicale en cas d'échec ou de signes déficitaires.

III.2.2 Au membre supérieur

- Compression de la branche postérieure du nerf radial sous l'arcade du court supinateur se traduisant par une « épicondylalgie latérale ».
- Radiculalgie C8-D1 dans un syndrome de la traversée thoracobrachiale.
- Syndrome du nerf supra-scapulaire : scapulalgie et amyotrophie de la loge sus-épineuse.

III.2.3 Au membre inférieur (plus rares)

- Méralgie paresthésique : compression du nerf cutané latéral (fémorocutané) responsable d'une hypoesthésie en raquette à la face externe de la cuisse.
- Syndrome du canal tarsien : compression du nerf tibial postérieur.
- Syndrome de Morton : nerf digital dans le tunnel intermétatarsien.
- Syndrome d'Alcock : compression du nerf honteux.

IV ANNEXES

ABRÉVIATIONS

- AINS : Anti-Inflammatoires non Stéroïdiens
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- TDM : TomoDensitoMétrie