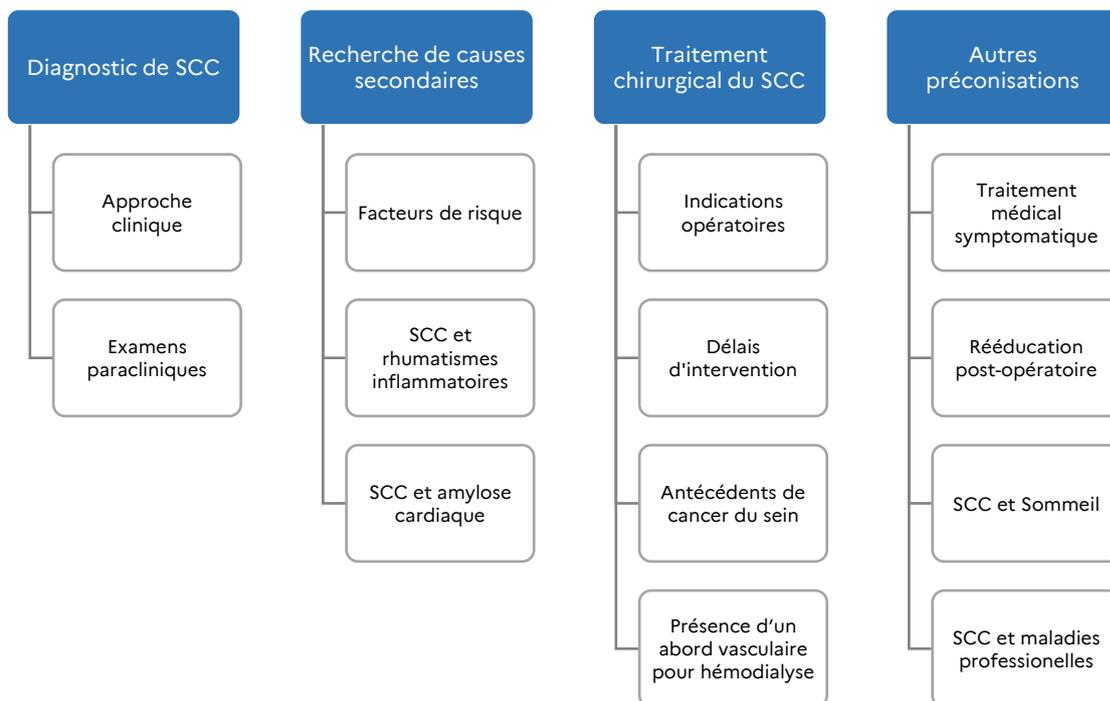


# Préconisations du groupe de travail régional sur l'amélioration de la pertinence des soins dans la prise en charge médico-chirurgicale du syndrome du canal carpien (SCC)



## 1. Diagnostic de SCC

Le syndrome du canal carpien correspond à une compression du nerf médian lors de sa traversée du canal carpien au poignet. Ce nerf mixte assure essentiellement :

- la sensibilité de la paume de la main et de la face palmaire des trois premiers doigts ainsi que de la face dorsale des deuxième et troisième phalanges de l'index et du majeur
- la motricité des muscles de l'éminence thénar (pince pouce-index)

### 1.1 Approche clinique

Le diagnostic du syndrome du canal carpien (SCC) repose principalement sur des signes cliniques, tels que des acroparesthésies insomniantes dans le territoire du nerf médian, voire de réelles douleurs nocturnes et, éventuellement une faiblesse musculaire associée ou non à une atrophie de l'éminence thénar, témoin d'une forme tardive et évoluée. Il est donc important d'évaluer le degré de gêne fonctionnelle, tant sur le plan sensitif que moteur pour confirmer le diagnostic. Dans cette optique, le questionnaire de Boston (BCTQ) ou sa version abrégée à 6 items (CTS-6) permettent de mesurer la gravité des symptômes et l'impact fonctionnel chez les patients atteints de SCC. (Yilmaz & Toluk, 2022). Il convient aussi d'éliminer les diagnostics différentiels comme une névralgie cervico-brachiale C6. (Shapiro, 2025).

**Appuyer le diagnostic clinique du syndrome du canal carpien par une évaluation systématique de la gêne fonctionnelle.**

Boston Carpal Tunnel Syndrome Questionnaire : <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/wp-content/uploads/2021/12/BCTQ.pdf>

## 1.2 Examens paracliniques

L'électromyographie (EMG) permet de confirmer le diagnostic de SCC et d'évaluer la gravité de l'atteinte du nerf médian au poignet (réduction de la vitesse de conduction sensitive et allongement des latences distales). L'EMG peut être normal dans les formes débutantes et permet de s'assurer du respect des autres troncs nerveux. Il présente un intérêt médical en préopératoire.

L'échographie du poignet peut être intéressante en cas de doute diagnostique, d'EMG normal malgré une symptomatologie évocatrice ou de suspicion de pathologies associées (Pelosi, Arányi, & Beekman, 2022).

L'échographie permet notamment :

- L'identification de variantes anatomiques musculaires ou nerveuses pouvant influencer la compression du nerf médian ;
- La recherche de facteurs contributifs à la compression, comme des anomalies structurelles ;
- L'exploration de causes secondaires (arthrites, ténosynovites révélatrices de rhumatismes inflammatoires, etc.) ;
- L'exploration de récurrence ou d'échec après chirurgie du CC (fibrose, lésion nerveuse, etc.).

**Réaliser un EMG pour confirmer le diagnostic de syndrome du canal carpien et évaluer la gravité de l'atteinte nerveuse. Y associer une échographie du poignet en cas de doute diagnostique ou de suspicion de pathologie associée.**

## 2. Recherche de causes secondaires

### 2.1 Facteurs de risque

Il est indispensable de bien connaître l'environnement mettant en jeu la flexion/extension répétitive du poignet et des doigts (activités professionnelles et loisirs) car cela doit être intégré dans la prise en charge globale. La survenue du SCC chez un patient jeune (avant 30 ans) ou âgé (après 70 ans), d'emblée bilatérale ou, la présence de douleurs particulièrement inflammatoires - doivent alerter le clinicien et inciter à une exploration diagnostique approfondie. Dans 20 à 30% des cas, une maladie sous-jacente peut favoriser le CC.

Une vigilance particulière doit être accordée aux patients présentant des facteurs de risque favorisant la compression du nerf médian au niveau du canal carpien, tels que le sexe féminin (période de périménopause), l'hypothyroïdie, la grossesse, l'amylose cardiaque, l'hypothyroïdie, le diabète, certaines activités professionnelles répétitives, ou encore la prise d'inhibiteurs de l'aromatase. (Harinesan, Silsby, & Simon, 2024) (Young, et al., 2022) Certains facteurs sont associés à un risque accru de récurrence du syndrome du canal carpien et peuvent compromettre le succès de la chirurgie.

**Rechercher des causes secondaires systémiques ou locales du syndrome du canal carpien en particulier chez un patient jeune ou âgé, d'emblée bilatéral ou en présence de douleurs particulièrement inflammatoires.**

### 2.2 SCC et rhumatismes inflammatoires

En rhumatologie, la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, les connectivites, les arthrites microcristallines représentent l'une des causes secondaires les plus fréquentes du syndrome du canal carpien. Dans ce contexte, l'inflammation articulaire peut entraîner l'inflammation des gaines des tendons fléchisseurs ou des arthrites du poignet, favorisant ainsi la compression du nerf médian.

Un bilan radiographique et une exploration échographique permettent de mieux évaluer la situation, d'optimiser l'indication opératoire et d'ajuster la stratégie thérapeutique. Dans certains cas, un traitement ciblé de la pathologie sous-jacente peut suffire à améliorer les symptômes, évitant ainsi le recours à la chirurgie.

**En présence d'une suspicion de rhumatisme inflammatoire comme cause secondaire de syndrome du canal carpien, il est recommandé de réaliser un bilan radiographique et une exploration échographique et d'orienter le patient vers une prise en charge rhumatologique.**

## 2.3 SCC et amylose cardiaque

En présence de plusieurs signes extracardiaques évocateurs tels que SCC bilatéral et récidivant, doigt à ressaut, surdité, canal lombaire étroit, pathologie de la coiffe, polyneuropathie périphérique, le diagnostic d'une amylose cardiaque (surtout l'Amylose TransThyRétine, ATTR) doit être évoqué car il précède l'atteinte cardiaque de plusieurs années. Un algorithme décisionnel peut aider à identifier les patients à risque.

**En présence d'au moins deux signes extracardiaques évocateurs, il est licite de réaliser au cours de l'intervention chirurgicale une biopsie de la gaine synoviale des tendons fléchisseurs des doigts avec examen anatomopathologique afin d'explorer une éventuelle origine amylo ide.**

## 3. Traitement chirurgical du SCC

Le traitement repose sur l'algorithme des recommandations de l'HAS 2013 ([Haute Autorité de Santé - Syndrome du canal carpien : Optimiser la pertinence du parcours patient](#)), qui distingue les formes débutantes, intermittentes et peu sévères avec un traitement médical (orthèse, ergothérapie et infiltration cortison e) des formes symptomatiques et/ou sévères qui justifient une prise en charge chirurgicale immédiate (neurolyse du nerf médian après section du ligament annulaire antérieur du carpe).

### 3.1 Indications opératoires

Il convient d'éviter des chirurgies inappropriées, en veillant à ce que chaque acte soit pleinement justifié sur le plan médical. La décision opératoire doit reposer sur le niveau de g ne du patient et le risque de complications iatrogènes. Les patients avec des symptômes sévères et une forte demande de soulagement peuvent bénéficier de la chirurgie en première intention. (Lusa, Karjalainen, P akk nen, Rajamäki, & Jaatinen, 2024)

**Justifier médicalement toute décision opératoire en fonction du niveau de g ne du patient, de l'EMG et du risque de complications iatrogènes, afin d'éviter les chirurgies inappropriées.**

### 3.2 Délais d'intervention

Le SCC est une pathologie évolutive qui ne guérit pas spontanément. Il est donc crucial de ne pas retarder l'orientation vers un chirurgien, afin de prévenir l'aggravation des symptômes et la dégradation progressive de la fonction nerveuse. Certains signes moteurs, comme l'amyotrophie de la loge thénar, peuvent persister de façon irréversible malgré l'intervention chirurgicale. Il existe ainsi une fenêtre thérapeutique d'opportunité au-delà de laquelle l'efficacité de la chirurgie diminue.

**Orienter sans délai vers un chirurgien en cas de syndrome du canal carpien évolutif, afin d'éviter une perte de chance liée à un retard de prise en charge.**

### 3.3 Antécédents de cancer du sein

Un antécédent de cancer du sein homolatéral au SCC ne contre-indique pas la chirurgie du canal carpien, quel que soit le traitement du cancer du sein reçu. La principale précaution à prendre concerne le risque d'insuffisance lymphatique : en cas de lymphœdème avéré, l'intervention doit être réalisée sans utilisation de garrot.

**En présence d'un antécédent de cancer du sein, la chirurgie du canal carpien reste possible, sous réserve de réaliser l'intervention sans garrot en cas de lymphœdème avéré.**

### 3.4 Présence d'un abord vasculaire pour hémodialyse

La présence d'un abord vasculaire pour hémodialyse du côté du SCC ne constitue pas une contre-indication à la chirurgie. Toutefois, elle nécessite d'éviter à la fois le recours à la chirurgie mini-invasive et l'utilisation d'un garrot pendant l'intervention.

**En présence d'un abord vasculaire pour hémodialyse, la chirurgie du canal carpien est possible en évitant l'usage de la chirurgie mini-invasive et l'utilisation d'un garrot.**

## 4. Autres préconisations

### 4.1 Traitement médical symptomatique

Il n'existe pas de traitement médical curatif. Toutefois, la mise en place d'un traitement médical symptomatique est couramment pratiquée afin de soulager temporairement les symptômes du patient. Son instauration ne doit pas freiner la prise en charge chirurgicale.

Une infiltration de corticoïdes peut être envisagée, notamment chez les patients qui ne souhaitent pas recourir immédiatement à la chirurgie. Toutefois, cette option n'apporte généralement pas d'amélioration durable à long terme (Shapiro, 2025). Lorsqu'elle est réalisée, cette intervention doit l'être dans les formes débutantes à modérées. (Ashworth, et al., 2023). La multiplication des infiltrations dans un délai court sans réel bénéfice pour le patient traduit un échec et ne doit pas retarder la prise en charge chirurgicale. En cas d'intervention chirurgicale, il convient de respecter les délais nécessaires entre une infiltration et l'opération. Il est possible de proposer une attelle nocturne au niveau du poignet en première intention aux patients présentant un SCC léger à modéré, surtout en cas de refus d'infiltration ou de chirurgie. Les preuves de son efficacité sont limitées. Toutefois, l'attelle nocturne peut procurer une amélioration modérée et constitue une option peu coûteuse et sans risque. (Karjalainen, et al., 2023)

**Un traitement médical symptomatique peut être proposé dans les formes débutantes à modérées et doit être réévaluer avant 3 mois. Celui-ci ne doit pas freiner la prise en charge chirurgicale.**

### 4.2 Rééducation post-opératoire

Il existe un faible niveau de preuve sur l'utilité systématique de la rééducation post-opératoire (Peters, Page, Coppieters, Ross, & Johnston, 2016). La reprise des activités quotidiennes peut suffire à assurer un exercice fonctionnel de l'articulation, évitant ainsi l'enraidissement ou la perte d'usage. La situation doit être adaptée au cas par cas, selon le niveau d'activités.

**Adapter la rééducation aux besoins du patient et au contexte clinique, notamment en cas de complications débutantes telles qu'une algodystrophie.**

### 4.3 SCC et sommeil

Le SCC a un impact significatif sur la qualité du sommeil, avec une amélioration notable après la chirurgie (Warren, Link, Cheng, Sinclair, & Sorensen, 2024)

**Intégrer une évaluation du sommeil dans la prise en charge du SCC, notamment via l'index de qualité du sommeil de Pittsburgh.**

Index de qualité du sommeil de Pittsburgh : [INDEX\\_QUALITE\\_SOMMEIL\\_PITTSBURGH\(patients\)\\_0.pdf](#)

### 4.4 SCC et maladies professionnelles

Le SCC est la 2<sup>e</sup> pathologie reconnue en maladie professionnelle (après les pathologies de la coiffe des rotateurs) ce qui représente 12 000 reconnaissances en maladie professionnelle/an en France (2019). La sous-déclaration en maladie professionnelle a été estimée en 2015 à 43 %. Le SCC est considéré comme un traceur épidémiologique des troubles musculo-squelettiques du membre supérieur liés au travail.

**La prise en charge du CC doit comprendre une évaluation des activités manuelles professionnelles et dans certains cas, la reconnaissance en maladie professionnelle doit être envisagée (tableau MP 57 RG et tableau 39 RA).**

## Bibliographie

- Ashworth, N., Bland, J. P., Chapman, K., Tardif, G., Albarqouni, L., & Nagendran, A. (2023). Local corticosteroid injection versus placebo for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023.
- Harinesan, N., Silsby, M., & Simon, N. (2024). Carpal tunnel syndrome. 61-88.
- HAS : Analyse et amélioration des pratiques, syndrome du canal carpien, optimiser la pertinence du parcours patient, février 2013 [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1365548/fr/syndrome-du-canal-carpien-optimiser-la-pertinence-du-parcours-patient](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1365548/fr/syndrome-du-canal-carpien-optimiser-la-pertinence-du-parcours-patient)
- Karjalainen, T., Lusa, V., Page, M., O'Connor, D., Massy-Westropp, N., & Peters, S. (2023). Splinting for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Lusa, V., Karjalainen, T., Pääkkönen, M., Rajamäki, T., & Jaatinen, K. (2024). Traitement chirurgical ou non chirurgical du syndrome du canal carpien. . *Base de données Cochrane Syst Rev*.
- Pelosi, L., Arányi, Z., & Beekman, R. (2022). Expert consensus on the combined investigation of carpal tunnel syndrome with electrodiagnostic tests and neuromuscular ultrasound. *Clinical Neurophysiology : Official Journal of the International Federation of Clinics. Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 107-116.
- Peters, S., Page, M., Coppieters, M., Ross, M., & Johnston, V. (2016). Rehabilitation following carpal tunnel release. *Cochrane Database of Systematic Reviews* .
- Shapiro, L. M. (2025). ASSH Clinical Practice Guideline Summary/Management of Carpal Tunnel Syndrome. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 3(7), e356-e366.
- Warren, J., Link, R., Cheng, A., Sinclair, M., & Sorensen, A. (2024). Carpal tunnel syndrome and sleep, a systematic review and meta-analysis. *Hand Surgery & Rehabilitation*.
- Yilmaz, E., & Toluk, Ö. (2022). Comparison of clinical findings and electromyography results in patients with preliminary diagnosis of carpal tunnel syndrome. *J Electromyogr Kinesiol*.
- Young, N., Hampton, J., Sharma, J., Jablonski, K., DeVries, C., Bratasz, A., . . . Jarjour, W. (2022). Aromatase Inhibitor-Induced Carpal Tunnel Syndrome and Stenosing Tenosynovitis: A Systematic Review.
- Chazelle E, Fouquet N, Roquelaure Y. Part des syndromes du canal carpien attribuable à l'activité professionnelle parmi les professions et secteurs d'activité à risque en France. Bull Epidemiol hebd. 2021, n°. 11, p. 186-195.