

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours au traitement du syndrome du canal carpien. Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

● DÉFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES

Décrit en 1950 par Phalen, le syndrome du canal carpien est très fréquent.

Le canal carpien est un tunnel situé entre le puissant ligament de la paume de la main, le ligament annulaire antérieur du carpe (retinaculum des fléchisseurs), et les os de l'articulation radio-carpienne.

Les tendons fléchisseurs et le nerf médian s'engagent dans ce conduit au niveau du poignet.

Le syndrome du canal carpien est la conséquence d'une compression du nerf médian par le ligament annulaire antérieur ou plus rarement par une synovite ou une tumeur compressive (lipome, angiome, etc...).

Les premiers signes se caractérisent par des fourmillements des quatre premiers doigts, le pouce, l'index, le médus et la moitié du 4^{ème} doigt du côté du pouce.

Des sensations de picotements, de brûlures surviennent volontiers la nuit ou au réveil le matin. Plus tardivement, des douleurs à la main apparaissent qui peuvent remonter vers l'avant-bras, le coude et même l'épaule.

Avec le temps, une perte de sensibilité, une maladresse, un déficit de mobilité du pouce peuvent apparaître avec une fonte des muscles de la main.

Pour confirmer le diagnostic, une analyse électrique du nerf appelée électro neuro-myographie est souvent pratiquée. Cet examen réalisé par un Neurologue ou un Rhumatologue enregistre la qualité de la conduction électrique dans le nerf médian. Cet examen peut préciser si l'atteinte nerveuse est importante et s'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement ou d'effectuer dans un premier temps une infiltration.

Il peut aussi détecter une compression simultanée d'un autre nerf ou une compression plus en amont au niveau de l'avant-bras, du coude ou du cou

Si on laisse évoluer le syndrome du canal carpien, le nerf médian perd ses fonctions et les doigts perdent leur sensibilité entraînant une impossibilité de ramasser les objets fins et une impossibilité d'effectuer certains mouvements du pouce comme ramasser une pièce de monnaie, par exemple.

● AVANT L'INTERVENTION

Au stade débutant, le traitement médical par infiltration du canal carpien et le port d'une attelle de repos la nuit peut être envisagé.

Souvent, cependant, la chirurgie devient nécessaire avec l'évolution et l'opération consiste principalement à sectionner le ligament annulaire antérieur du carpe qui recouvre le tunnel du canal carpien.

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

Aucun médicament contenant de l'aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications

cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

Vous respecterez le jeûne conseillé par l'anesthésiste à savoir 6 heures pour les solides et 2 heures pour les liquides avant l'intervention.

● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

Type d'anesthésie : Habituellement, l'intervention se fait sous anesthésie loco-régionale ou sous anesthésie locale parfois avec l'aide de l'échographie. Un tranquillisant est parfois associé à l'anesthésie.

Modalités d'hospitalisation :

En général, l'intervention se fait en « ambulatoire », c'est-à-dire avec une sortie le jour même après quelques heures de surveillance.

Le patient peut alors regagner son domicile dès que son état général le permet.

Néanmoins, pour des raisons sociales ou familiales ou personnelles, une hospitalisation peut aussi être envisagée.

● L'INTERVENTION

L'intervention peut se faire par voie endoscopique laissant une ou deux petites cicatrices ou à ciel ouvert laissant une cicatrice plus importante à la paume de la main.

Le ligament peut également être reconstruit par un implant protecteur qui guide la cicatrisation interne et prévient des récurrences.

● APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

La cicatrisation s'obtient en 1 ou 2 semaines et des pansements sont nécessaires durant cette période.

Chaque chirurgien a son planning de soins et le propose au patient.

D'habitude, la rééducation n'est pas nécessaire ; parfois, cependant, la kinésithérapie est proposée pour accélérer la récupération surtout lorsque la phase inflammatoire post-opératoire est importante. Cette rééducation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

Les douleurs de la paume de la main peuvent persister plusieurs semaines, ce qui inquiète parfois les patients. Elles sont liées à la cicatrisation ligamentaire. Néanmoins, les fourmillements dans les doigts disparaissent très rapidement.

Dans les cas graves, la récupération est plus lente.

Certains patients ne récupèrent jamais totalement la sensibilité des trois premiers doigts de la main en raison de l'importance et de l'ancienneté de la compression du nerf médian.

Le lavage des mains est rapidement possible vers le 12ème jour post-opératoire.

Les activités sont reprises de façon variable en fonction du type d'occupation et on conseille en général une convalescence de trois semaines pour les activités manuelles. La conduite automobile est possible dès la première semaine.

La récupération de la force peut demander plusieurs semaines, par exemple, ouvrir une bouteille, tordre une serpillère, etc...

● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Le traitement du syndrome du canal carpien reste soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Les complications sont de deux types :

● Les complications habituelles à tout acte chirurgical :

• Infection post-opératoire

• Hématome

• Réaction inflammatoire avec gonflement, sudation, raideur articulaire pouvant parfois évoluer en **syndrome dystrophique complexe régional**. Cette dernière complication nécessite une consultation rapide auprès du chirurgien pour sa prise en charge.

● De façon exceptionnelle, on a décrit des plaies du **nerf médian**, nécessitant une ré-intervention et laissant toujours des séquelles douloureuses avec récupération incomplète de la sensibilité.

Enfin, la **réapparition des fourmillements dans les doigts** peut être liée à une récurrence du canal carpien ce qui est exceptionnel. Dans cette situation, une consultation auprès du chirurgien doit être envisagée afin de rechercher une autre compression plus en amont au niveau de l'avant-bras, du coude ou du cou ou une mauvaise cicatrisation ligamentaire. Votre chirurgien est le plus qualifié pour répondre à toutes vos questions. N'hésitez pas à lui en parler.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale, même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un Chirurgien Plasticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requise pour savoir savoir éviter ces complications, ou les traiter efficacement le cas échéant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ».

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

REMARQUES PERSONNELLES :