



Dr. Bernard Lallemand

CHIRURGIE DE LA MAIN ET DU MEMBRE SUPERIEUR

Syndrome Du Canal Carpien

www.drlallemand.com

Ces informations constituent un guide général.
Les détails spécifiques dépendent de votre situation particulière et
doivent être évalués par le jugement professionnel de votre
chirurgien

Pathologie

01

Définition

Le syndrome du canal carpien (SCC) survient lorsque le nerf médian est comprimé dans un passage étroit du poignet appelé canal carpien. Ce canal, bordé par les os du carpe et un ligament épais appelé ligament transverse du carpe, contient les tendons fléchisseurs et le nerf médian, responsable de la sensibilité du pouce, de l'index et du majeur. Le SCC est la compression nerveuse la plus fréquente du membre supérieur.

Causes

Le SCC peut être provoqué par divers facteurs qui réduisent l'espace dans le canal carpien. Les causes fréquentes incluent des traumatismes ou des gonflements au niveau du poignet, l'arthrose, le diabète ou les modifications hormonales liées à la grossesse.

Il est plus fréquent chez les femmes, probablement en raison d'un canal carpien naturellement plus étroit.

Signes et symptômes

Les symptômes typiques du syndrome du canal carpien comprennent un engourdissement ou des picotements affectant le pouce, l'index et le majeur, qui s'aggravent souvent la nuit ou lors de tâches répétitives comme la conduite. La gêne ou la douleur au niveau du poignet peut également irradier vers le haut, le long de l'avant-bras.

Progressivement, la force de préhension peut diminuer, entraînant des difficultés à tenir des objets ou à effectuer des mouvements précis tels que boutonner des vêtements. En l'absence de traitement, les cas graves peuvent entraîner un engourdissement persistant et irréversible.

Diagnosis

Le diagnostic du SCC passe généralement par un examen physique approfondi associé à une évaluation détaillée des symptômes. Des tests cliniques spécifiques permettent d'identifier les signes de compression nerveuse. Dans certains cas, des examens complémentaires tels que des études de conduction nerveuse, un électromyogramme (EMG) ou une échographie peuvent être nécessaires pour confirmer le diagnostic et exclure d'autres affections.

Traitement

Le traitement du syndrome du canal carpien commence généralement par un traitement conservateur, notamment le repos du poignet et le port d'une attelle, en particulier la nuit, pour soulager la pression sur le nerf médian. La physiothérapie peut également jouer un rôle bénéfique en apprenant aux patients des exercices de glissement du nerf, en améliorant la force du poignet et en réduisant les symptômes. Les injections de corticostéroïdes peuvent temporairement réduire l'inflammation et soulager la gêne.

Si les traitements conservateurs sont insuffisants, la chirurgie de libération du canal carpien, pratiquée sous anesthésie locale, soulage efficacement la compression nerveuse en sectionnant le ligament transverse du carpe. Bien qu'un engourdissement résiduel puisse subsister, les picotements et les symptômes nocturnes s'améliorent généralement considérablement après l'opération.

Le Dr Bernard Lallemand vous orientera vers les meilleures options thérapeutiques adaptées à votre cas spécifique.

Chirurgie

02

Indications

Une intervention chirurgicale est nécessaire pour soulager la pression exercée sur le nerf médian et prévenir les lésions à long terme susceptibles d'altérer le fonctionnement de la main. Une intervention chirurgicale peut être envisagée si vous présentez fréquemment des symptômes gênants qui perturbent vos activités quotidiennes ou si vous souffrez d'un engourdissement persistant au bout des doigts, ce qui pourrait indiquer l'apparition d'une lésion nerveuse permanente.

Procédure chirurgicale

La libération du canal carpien est généralement réalisée en ambulatoire, permettant au patient de rentrer chez lui le jour même. Elle est souvent pratiquée sous anesthésie locale ou régionale.

Une fois l'anesthésie en place et la zone désinfectée, le chirurgien pratiquera une petite incision cutanée d'environ 2 à 3 cm pour accéder au ligament transverse du carpe et le diviser sous vision directe, à l'aide de loupes chirurgicales grossissantes pour plus de précision.

À la fin de l'intervention, le chirurgien refermera la peau à l'aide de points de suture résorbables.

Une anesthésie complémentaire sera réalisée en fin d'intervention avec de la Ropivacaïne pour permettre de garder la zone opérée

endormie pendant 12 à 24 heures ce qui permettra une meilleure gestion de la douleur post-opératoire.

Un bandage est appliqué à la fin de la procédure.

Après l'intervention

Il n'est pas nécessaire d'immobiliser vos doigts, et vous pourrez les bouger rapidement pour éviter que les tendons ne se collent ensemble ou à la peau. Cela facilite une meilleure récupération et prévient les adhérences.

Risques

03

Quels Sont Les Principaux Risques De Cette Opération ?

Gonflement, raideur et douleur au niveau de la cicatrice

Après l'opération, il est possible que vous ressentiez un gonflement, une raideur et une douleur autour de la cicatrice. Le fait de garder le bras surélevé et de bouger les doigts dès que possible peut aider à réduire ces symptômes. Le gonflement local autour du site chirurgical peut durer plusieurs mois.

Dans de rares cas, les patients peuvent présenter un gonflement et une raideur plus importants que d'habitude. Cela peut être dû à une algodystrophie, une affection qui survient dans moins de 1 % des cas.

Infection

Les infections après cette opération sont rares (moins de 1 % des cas).

Les infections locales de la plaie peuvent généralement être traitées avec des antibiotiques oraux. Dans de rares cas, des infections plus profondes peuvent se produire, nécessitant une réadmission à l'hôpital, des antibiotiques par voie intraveineuse et parfois une nouvelle intervention chirurgicale.

Lésion nerveuse

Les nerfs les plus susceptibles d'être blessés au cours de cette intervention sont les petites branches qui innervent la peau près de l'incision. Il arrive que les extrémités de ces nerfs soient sensibles après l'opération, mais cela s'améliore généralement avec le temps.

Les lésions importantes du nerf médian ou de ses branches principales sont très rares si l'intervention est réalisée par un chirurgien de la main expérimenté. Dans de rares cas, l'anesthésie locale peut accidentellement pénétrer dans le nerf médian, ce qui peut provoquer des lésions temporaires. Cela peut entraîner un engourdissement accru du bout des doigts pendant quelques semaines après l'opération.

Douleur au poignet, également appelée « Douleur au Pilier »

Certains patients ressentent une gêne douloureuse de chaque côté du poignet pendant quelques semaines après l'opération, connue sous le nom de « douleur au pilier ». Cette douleur est probablement due au fait que les os du poignet s'adaptent à une nouvelle position de repos après la section du ligament transverse du carpe, mais elle disparaît généralement au bout de quelques semaines.

Les patients souffrant d'arthrose préexistante dans les articulations du pouce peuvent remarquer une augmentation de la douleur après l'opération du canal carpien ; cependant, cette gêne diminue généralement après quelques semaines.

Faiblesse

Il est fréquent de constater une faiblesse temporaire de la force de préhension après la libération du canal carpien, qui s'améliore progressivement avec le temps et la physiothérapie.

Symptômes résiduels

Si le bout de vos doigts était engourdi en permanence avant l'opération, la sensation ne reviendra peut-être pas immédiatement, et le rétablissement peut prendre jusqu'à deux ans, certaines personnes ne retrouvant jamais une sensation complète.

La douleur et les picotements dus à la pression sur le nerf s'atténuent généralement peu après l'opération. Mais si ces symptômes persistent, cela peut signifier que le ligament qui appuie sur le nerf n'a pas été complètement libéré pendant l'opération.

Si les symptômes réapparaissent des années plus tard, cela peut signifier que le ligament a repoussé et comprime à nouveau le nerf, ce qui peut nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale.

En comprenant ces risques potentiels, vous serez mieux préparé au processus de récupération. Suivez toujours les conseils du Dr Bernard Lallemand et signalez immédiatement tout symptôme inhabituel.

Parcours préopératoire

04

Consultation préopératoire et examens médicaux

Histoire médicale : Informez votre chirurgien de vos antécédents médicaux, allergies et interventions précédentes.

Médicaments : Mentionnez tous les médicaments que vous prenez, en particulier les anticoagulants.

Examens : Apportez vos examens complémentaires (radiographies, CT scan et IRM).

Comprendre votre chirurgie

- Comprenez l'**objectif de l'intervention** et ce qu'elle vise à accomplir.
- Demandez à votre **médecin** de vous expliquer les étapes, les risques, les bénéfices et les alternatives.
- Donnez votre **consentement éclairé** après avoir bien compris la procédure.

Consultation pré anesthésique

Un rendez-vous avec l'anesthésiste sera planifié pour évaluer votre état de santé et discuter des options anesthésiques.

Si vous avez des problèmes de santé préexistants, des examens supplémentaires peuvent être nécessaires pour garantir la sécurité de l'anesthésie.

Préparation émotionnelle et pratique

Organisez-vous pour qu'une personne puisse vous aider après l'opération.

Si vous ressentez de l'anxiété, discutez des options de soutien avec votre médecin.

Arrêtez de fumer et limitez votre consommation d'alcool avant l'intervention pour favoriser la cicatrisation.

2 jours avant l'intervention

Lavez soigneusement la zone opérée avec du savon doux matin et soir, sauf si vous avez un plâtre.

La veille de l'intervention

Ne mangez ni ne buvez après minuit ou, de manière générale, 6 à 8 heures avant l'opération, sauf avis contraire de votre médecin.

Prenez un bain ou une douche, lavez-vous les cheveux et assurez-vous que vos ongles sont propres et sans vernis.

Le jour de l'intervention

Arrivez à l'hôpital trois heures avant l'opération avec votre pièce d'identité (carte d'identité émiratie ou passeport) et votre carte d'assurance.

Portez des **vêtements amples** et confortables pour faciliter l'habillage après l'opération

Ne portez ni maquillage, ni bijoux, ni vernis à ongles. Suivez les instructions concernant la prise de vos médicaments habituels.

Apportez les essentiels : si vous portez des lunettes, des lentilles de contact ou un appareil auditif, assurez-vous de les emmener avec vous.

Évolution postopératoire

05

Jour de l'intervention

- Après l'opération, un pansement et un bandage rembourré seront appliqués.
- Gardez ces pansements propres et secs.
- Pour réduire le gonflement, gardez votre bras surélevé dans une écharpe ou sur des oreillers.
- Commencez à bouger tous les doigts non affectés après l'opération pour éviter les raideurs.
- Prenez des analgésiques avant que l'anesthésie ne perde son effet et suivez les recommandations de votre chirurgien.

Jours 2 à 14

Le bandage rembourré sera changé en consultation par une infirmière et sera remplacé par un pansement adhésif sur la plaie pour la protéger. Veillez à ce que la plaie reste propre et sèche.

Ce bandage sera changé régulièrement en fonction des conseils du Dr Bernard Lallemand.

Continuez à exercer doucement votre main et votre poignet. Vous pouvez utiliser votre main pour des activités légères, évitez de soulever des charges lourdes et de laisser votre main pendre sous votre taille pendant de longues périodes.

2 à 6 semaines

Un contrôle de la plaie et un retrait des points de suture devraient avoir lieu entre 10 et 14 jours après l'opération. Les détails seront précisés le jour de votre première visite.

Augmentez progressivement les activités avec votre main et votre poignet en fonction de votre

confort.

Une fois la plaie complètement refermée, un massage quotidien de 10 minutes de la cicatrice avec une crème hydratante pour les mains est souvent utile pour réduire le gonflement et désensibiliser la cicatrice.

Après 6 semaines

La plupart des personnes reprennent leurs activités normales à ce stade, même si le massage des cicatrices peut encore être bénéfique.

Conduite

Vous pouvez conduire lorsque vous vous sentez capable de contrôler la voiture, même en cas d'urgence.

Arrêt de travail

La durée de l'arrêt de travail nécessaire varie en fonction de la nature de votre travail. Pour un travail de bureau léger, vous n'aurez peut-être besoin que de quelques jours d'arrêt de travail. Pour un travail plus lourd, vous aurez peut-être besoin d'un arrêt de travail plus long. Discutez de votre cas personnel avec votre chirurgien.

Difficultés postopératoires

Contacter le service du Dr Bernard Lallemand si vos doigts sont plus gonflés, plus raides ou plus douloureux que prévu, et si vous voyez des écoulements, de l'humidité ou détectez des odeurs désagréables sous votre pansement.

En dehors des heures normales de travail, vous devrez peut-être vous rendre au service des urgences pour résoudre ces problèmes.

Postoperative physiotherapy

06

Période post-opératoire immédiate (Jour 0 – Semaine 2)

- Pansements : Garder la plaie propre et sèche. Changer les pansements selon les instructions du chirurgien
- Gestion de la douleur : Utiliser les antalgiques prescrits et surélever la main pour réduire le gonflement.
- Une orthèse vous sera fournie lors d'une consultation postopératoire.
- Exercices de mobilité : Commencer à bouger activement les articulations non affectées par la chirurgie.

Rééducation précoce (Semaine 2 – Semaine 6)

Soins de la plaie : Retrait des points de suture (s'ils ne sont pas résorbables) ; surveiller les signes d'infection

Évaluation initiale : Un kinésithérapeute effectuera une première évaluation de la main et du poignet.

Objectifs de la thérapie :

- Mouvements actifs et passifs des doigts
- Techniques de gestion des cicatrices (massage avec crème ou silicone).
- Contrôle de l'œdème par compression ou élévation
- Introduction progressive de tâches fonctionnelles légères pour améliorer l'utilisation de la main.

Renforcement et récupération fonctionnelle (Semaine 6 – Semaine 12)

Objectifs de la thérapie :

- Exercices de renforcement progressifs, incluant la préhension et la pince.
- Désensibilisation avancée de la cicatrice si la sensibilité persiste

Objectifs fonctionnels : Encourager la reprise des activités quotidiennes nécessitant de la dextérité manuelle.

Rééducation sur le long terme (Semaine 12 et au-delà)

Programme à domicile : Poursuivre les exercices quotidiens pour la force et la flexibilité.

Suivi : Consultations régulières avec le chirurgien et le kinésithérapeute pour surveiller la récupération et prévenir les récidives.

Lifestyle Modifications: Avoid repetitive hand trauma or stress that may contribute to recurrence.

Modifications du mode de vie : Éviter les traumatismes répétés ou le stress excessif sur la main qui pourraient contribuer à la récidive.

La majorité des patients suivent la rééducation sans complication et nécessitent en général 6 à 10 séances de kinésithérapie. Suivez toujours les instructions de votre kinésithérapeute pour une récupération optimale.