

XXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXX | XXXX XXXXXX XXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXX  
 compression du nerf médian | canal carpien | électroneuromyogramme

# Acroparesthésies nocturnes des mains chez une femme récemment ménopausée

**Une patiente, âgée de 55 ans, coiffeuse, récemment ménopausée, traitée pour une hypothyroïdie post-chirurgicale par hormones thyroïdiennes, consulte pour des troubles du sommeil évoluant depuis quelques mois, à type de réveil nocturne en fin de nuit associés à des fourmillements et à une impression de gonflement des deux mains au réveil. Un traitement par antalgique classique (paracétamol) n'a eu aucune efficacité.**

**Pr Michel Levadoux\*** (mlevadoux6@gmail.com), **Dr Jean-Michel Cognet\*\***,  
**Dr Renaud Duché\*\*\***

\* Clinique Saint-Roch, Toulon ; \*\* Clinique Saint-André, Reims ; \*\*\* Clinique Fontvert, Sorgues

## Quelle étiologie rechercher ?

Ce tableau est très évocateur d'acroparesthésies en rapport avec une compression du nerf médian au niveau du poignet, plus communément appelé « syndrome du canal carpien » (encadré).

On pourrait évoquer également une névralgie cervico-brachiale (NCB) ou un syndrome de la traversée thoraco-brachiale (STCB). Toutefois ces deux étiologies, beaucoup moins fréquentes, donnent des tableaux moins systématisés. Le STCB est plus positionnel et touche des patients plus jeunes, et la NCB associe un syndrome rachidien et un syndrome radiculaire.

> **La survenue nocturne d'acroparesthésies chez une femme récemment ménopausée doit naturellement faire évoquer le diagnostic de compression du nerf médian à son passage au niveau du canal carpien.**

D'autant que l'hypothyroïdie, surtout si elle est mal équilibrée, peut favoriser la compression.

## Comment établir le diagnostic avec certitude ?

Le diagnostic repose d'abord sur l'interrogatoire, qui retrouve, chez cette patiente ménopausée, des douleurs dans la main, surtout en fin de nuit, avec des fourmillements et la notion de gonflement des premier, deuxième et troisième doigts.

L'examen commence par la recherche de troubles trophiques signant une atteinte sévère et ancienne : amyotrophie des muscles thénariens externes (opposant) (figure 1), perte de la pince pouce-index.

L'examen doit rechercher par des tests de provocation une souffrance du nerf.

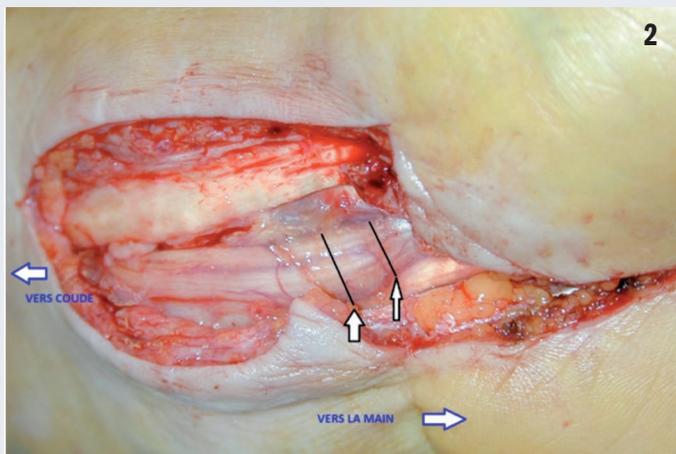
On peut ainsi appuyer directement sur la face palmaire du poignet avec le pouce (à la jonction main-poignet) pendant une minute : le test est positif s'il provoque la douleur ou des paresthésies.

On peut aussi rechercher un signe de Tinel, en percutant avec le troisième doigt légèrement fléchi sur le trajet du nerf au-dessus et au-dessous du pli du poignet à sa face palmaire ; une décharge électrique signe l'irritation du nerf.

Enfin, il faut rechercher l'apparition de fourmillements en laissant le poignet



1. Importante amyotrophie des muscles thénariens externes.  
 2. Aspect déformé en sablier du nerf, avant et après la zone de compression (flèches noires).



Remerciements au Pr M. Levadoux

en flexion (signe de Phalen) pendant trente secondes, et ensuite en extension (signe de revers-Phalen) pendant trente secondes également.

Tous ces signes sont irrégulièrement positifs, et seule l'amyotrophie et le déficit de la pince pouce-index signent la sévérité de l'atteinte ; mais il ne faut pas attendre ce déficit pour affirmer le diagnostic, car, même après traitement, **l'atteinte musculaire ne récupère pas.**

Pour affirmer le diagnostic avec certitude, un seul examen s'impose : l'électro-neuro-myogramme (ENMG), qui enregistre les vitesses de conduction nerveuse sensibles et motrices au-dessus et au-dessous de la zone de compression ; cet examen, réalisé par un spécialiste (le plus souvent un neurologue) permet d'affirmer, lorsqu'il est positif, le diagnostic avec certitude, et élimine les diagnostics différentiels évoqués plus haut. Toutefois, il existe des faux négatifs.

**> Chez cette patiente, l'ENMG montre une souffrance tronculaire du nerf médian au niveau de son passage à travers le canal carpien avec ralentissement des vitesses sensibles et motrices associé à un début de dénervation.**

### Quel traitement proposer après le diagnostic ?

Ce traitement doit rester adapté à la sévérité de l'atteinte et à la demande fonctionnelle du patient.

Le premier niveau de traitement vise à éviter une position nocturne en flexion ou en extension du poignet par la mise en place d'une orthèse nocturne volontiers réalisée sur mesure et maintenant le poignet en position neutre. Le port doit être régulier, avant d'affirmer son inefficacité éventuelle.

Un autre traitement conservateur, fréquemment proposé, est l'infiltration de corticoïdes retard, qui doit être réalisée au talon de la main dans le rétinaculum, sur le trajet du nerf, sans le blesser. L'efficacité, souvent spectaculaire mais labile, constitue un excellent test thé-

### Le syndrome du canal carpien

Au niveau du poignet, le nerf chemine dans un tunnel anatomique inextensible, « le tunnel carpien », formé en arrière par le massif carpien et en avant par le rétinaculum des fléchisseurs, anciennement nommé ligament annulaire antérieur du carpe. L'augmentation de volume des gaines synoviales qui entourent les tendons fléchisseurs est à l'origine d'une inadéquation avec le contenant. La pression exercée sur le nerf est à l'origine d'une ischémie nerveuse par compression directe des vaisseaux présents en surface du tronc du nerf médian.

L'ischémie nerveuse entraîne des douleurs pouvant prendre plusieurs aspects : paresthésies dans les trois premiers doigts et le bord radial de l'annulaire, douleurs sourdes centrées sur le poignet, douleurs ascendantes vers l'épaule ou nettement localisées à l'épaule.

rapeutique, au point qu'une inefficacité doit faire remettre en cause le diagnostic ; mais l'infiltration ne doit pas être répétée plus de deux fois.

Devant l'absence d'efficacité prolongée du traitement médical conservateur ou d'emblée devant une atteinte sévère, invalidante, avec retentissement ENMG important, éventuellement associée ou non à une atteinte musculaire, il faut proposer un traitement chirurgical : celui-ci consiste à sectionner le rétinaculum des fléchisseurs ; cette intervention, très fréquemment effectuée, est réalisée en chirurgie ambulatoire, sous anesthésie locorégionale, par voie ouverte ou par voie endoscopique (sans différence à six mois pour ces deux méthodes).

La chirurgie à « ciel ouvert » consiste à inciser la peau dans l'axe du troisième doigt au niveau du talon de la main, puis à sectionner, sous contrôle de la vue, le ligament antérieur du carpe (rétinaculum) ; bien codifiée, cette chirurgie varie uniquement sur la longueur de l'incision cutanée selon que la voie d'abord est classique (figure 2) ou *mini-open*.

La chirurgie endoscopique, réalisée à l'aide d'une optique glissée dans le canal carpien par une courte voie d'abord transversale, permet une section endocanalaire du rétinaculum par sa face profonde. Le risque est ici celui d'une blessure partielle ou totale du

nerf (technique à deux voies), toutefois rarissime pour un praticien chevronné. La cicatrisation cutanée est plus rapide qu'avec une chirurgie par voie ouverte, mais la récupération est identique si la voie ouverte s'est faite par un mini-abord (*mini-open*).

À signaler aussi, la possibilité de reconstruire le rétinaculum par une plasticité d'agrandissement de celui-ci ou par la mise en place d'un implant prothétique (tuile plastique) entre les deux berges sectionnées.

**> Cette patiente a bénéficié d'une ouverture par mini-open avec disparition immédiate des douleurs et cicatrisation en quinze jours.**

### Quels sont les soins postopératoires ?

Généralement, les fourmillements disparaissent le soir même de l'intervention. Toutefois, dans certaines atteintes anciennes, les patients signalent une impression d'engourdissement persistante postopératoire, qu'il ne faut pas confondre avec les paresthésies qui cessent immédiatement. Il faut donc savoir rassurer le patient.

La cicatrisation est obtenue en dix à quinze jours. Il faut encourager le patient à utiliser sa main dès le lendemain de l'intervention. Seul le contact avec l'eau doit être proscrit les quinze premiers jours, pour éviter toute macération, source d'infection.

### Que retenir ?

- Pathologie fréquente, surtout chez la femme ménopausée.
- Trépied clinique : réveil nocturne, paresthésies, douleurs résistantes aux traitements antalgiques de niveau I et II.
- Diagnostic de certitude : ENMG.
- Ne pas attendre l'atteinte musculaire pour opérer.
- Traitement chirurgical efficace dans 99 % des cas.

### Quand faire reprendre le travail ?

Tout dépend du travail et de la motivation du patient. Un artisan à son

compte n'effectuant pas un travail manuel de force reprend généralement en moins d'une semaine, alors qu'un travailleur de force ne reprendra généralement pas avant trois semaines, au minimum. Les patients opérés par voie endoscopique ou mini-open reprennent le travail plus tôt que ceux opérés par voie ouverte classique.

**> Notre patiente a pu reprendre son activité professionnelle de coiffeuse au quinzième jour postopératoire après cicatrisation. Elle signale, à J + 1 mois, une petite gêne perçue à l'appui sur le talon de la main, mais très supportable et en régression continue.**

### Quelle prise en charge envisager pour la main controlatérale ?

En fait, comme toujours, il faut rester très clinique et n'envisager une neurolyse controlatérale qu'en cas de persistance des paresthésies symptomatiques à ce niveau. Parfois, curieusement, après neurolyse d'un côté, les symptômes disparaissent aussi sur l'autre main. Devant toute réapparition ou maintien des signes de souffrance et à chaque fois qu'existent des critères de gravité, il faut programmer l'intervention de l'autre côté, au minimum après la troisième semaine postopératoire. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.