



Le syndrome du canal carpien: valeur de la clinique et de l'EMG.

Le syndrome du canal carpien (SCC) est une cause fréquente des douleurs de la main et une importante cause d'incapacité de travail. Les recommandations de l'ANAES en 1997¹ avaient constaté le manque de données validées et d'études méthodologiquement acceptables concernant la prévalence du syndrome, son histoire naturelle, les moyens diagnostiques et l'évolution après traitement. Il nous a semblé intéressant de comparer quelques études récentes^{2,3,4} aux recommandations de l'ANAES.

Prévalence du SCC^{2,3}. Les enquêtes dans la population générale montrent des résultats très variables:

- une étude américaine de 1988 sur 44233 ménages: prévalence chez l'adulte de 1,5% à partir des données signalées par les personnes interrogées, et de 0,5% à partir des diagnostic faits par les professionnels de santé.

- une enquête suédoise par voie postale en 1997 auprès d'un échantillon de 3.000 personnes de 25 à 74 ans. Sur 2866 répondants, 354 (14,4%) signalaient l'existence de douleurs, engourdissements et fourmillements dans le territoire du médian. Parmi eux, 81% ont eu examen clinique et EMG. Le SCC était cliniquement certain chez 94 patients, avec 70% d'EMG confirmatif. Le diagnostic était cliniquement incertain chez 168 patients; 32% avaient un EMG de neuropathie du médian. Chez les 2112 patients asymptomatiques, 134 ont été examinés; 18,4% avaient un EMG de neuropathie du médian.

Ainsi dans cette population, la prévalence ressentie est de 14,4%. La prévalence des SCC cliniquement certains est de 3,8%, celle des SCC cliniquement certains avec EMG confirmatif de 2,7%. L'existence d'EMG de type neuropathie chez des sujets asymptomatiques est de 18,4%, confirmant les 13 et 16% de deux autres études.³

Facteurs de risque du SCC^{2,3}.

Dans toutes les études la proportion de femmes est largement prédominante. Le surpoids est également signalé. Pour les SCC cliniquement et EMG certains, la prévalence est double chez les cols bleus par rapport aux cols blancs³, et triplée pour les travailleurs signalant plus d'une heure par jour un travail de force avec la main, ou l'usage d'outils vibratoires^{2,3}. Les facteurs psychologiques et psy-

chosociaux semblent intervenir d'après deux études, française et britannique². Mais les études restent encore trop peu précises pour des conclusions préventives.²

Diagnostic clinique du SCC⁴

Les signes subjectifs sont décrits dans toutes les études par la triade douleur (picotements), engourdissement, fourmillements. Devant ces signes, les informations apportées par les examens clinique et paraclinique restent imprécises: la plupart des études d'évaluation des signes cliniques ont été faites en utilisant l'EMG comme test de référence. Or celui-ci ne peut être considéré comme le "gold-standard" comme le montrent les études sur les sujets asymptomatiques. De plus dans les études, les groupes témoins étaient souvent biaisés. En tenant compte de ces limites, la revue systématique de D'Arcy et McGee sur les 12 études retenues permet quelques conclusions.

Les manoeuvres de provocation classiques ont peu de valeur diagnostique. Le signe de Tinel, (percussion de la face palmaire du poignet, positif s'il entraîne des paresthésies du territoire du médian) a une reproductibilité et une capacité prédictive incertaines, avec un rapport de vraisemblance (RV) très bas à 1,3. Le signe de Phalen, (hyperflexion du poignet, l'avant bras vertical, positif si apparaît en quelques secondes des paresthésies du même territoire) a un RV de 1,4. De même pour le caractère nocturne ou bilatéral des symptômes (RV 1,2 et 1,4)

Les signes les plus prédictifs sont l'analyse des symptômes avec le diagramme de Katz (typique ou probable si les troubles atteignent au moins deux des trois premiers doigts, RV 2,4), l'hypoalgésie dans le territoire du médian (RV 3,1), la faiblesse de l'abduction du pouce à (RV 1,8).

Ces études confirment les données de l'ANAES: absence de fiabilité des signes cliniques; absence d'examen de référence, l'EMG ne pouvant y prétendre étant donné l'importance des EMG "positifs" chez les sujets asymptomatiques. Les conclusions à en tirer sont doubles:

- **Pour la reconnaissance du SCC comme maladie professionnelle**, l'EMG négatif ne peut être le seul argument contre cette hypothèse, un EMG normal n'excluant pas une forme débutante de SCC.¹

- **Pour la décision clinique** il faut en rester aux recommandations de l'ANAES: la clinique, par le regroupement des symptômes, apporte une probabilité suffisante pour les traitements médicaux, l'EMG n'est pas indispensable à cette étape. Les infiltrations locales de corticoïdes sont licites. Les données des études sur leurs résultats sont limitées. Une étude contrôlée récente sur 60 patients montrait une amélioration nette à un mois (23/30 vs 6/30) et à un an (15/30 vs 2/30).⁵ Par contre l'EMG est recommandé avant chirurgie.

1 - ANAES. Stratégie des examens paracliniques et des indications thérapeutiques dans le syndrome du canal carpien. Sept 1997.

2 - MacFarlane GJ. Identification and prevention of work-related carpal-tunnel syndrome. *Lancet*. 2001;357:1146-7

3 - Atroshi I et al. Prevalence of canal tunnel syndrome in a general population. *JAMA*. 1999;282:153-58

4 - D'Arcy CA, McGee S. Does this patient have carpal tunnel syndrome? *JAMA*. 2000;283:3110-17

5 - Collectif. Epicondylite, canal carpien: infiltration ? *Bibliomed*.1999;160

Mots clé: canal carpien, clinique, EMG, prévalence, facteur de risque

Numéro 227 du 31 mai 2001

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>