

Le syndrome du canal carpien: attelle nocturne ou infiltration de corticostéroïdes?

Le **syndrome du canal carpien (SCC)** est une cause fréquente de douleur à la main, de picotements dans les doigts et d'une diminution de la force. Un grand nombre de patients présentant des symptômes légers à modérés peuvent être traités de manière symptomatique en première ligne, l'objectif étant de soulager les symptômes, de limiter la perte fonctionnelle et d'éviter une lésion nerveuse. Par forme légère on entend les patients présentant une paresthésie intermittente dans le territoire sensitif du nerf médian, une sensation réversible d'engourdissement et une douleur idiopathique; la forme modérée se définit par les mêmes caractéristiques, sauf que les paresthésies sont continues.¹ En présence de symptômes d'alarme tels qu'une douleur continue, une perte de sensibilité ou de force et une atrophie musculaire, il convient évidemment de référer le patient pour des examens complémentaires et une chirurgie. Les traitements conservateurs les plus utilisés sont le port d'une attelle nocturne ou l'infiltration d'un corticostéroïde. D'un côté il existe des preuves limitées de l'efficacité des attelles nocturnes (empêchant la flexion du poignet), d'un autre côté, des preuves solides en faveur des infiltrations à plus court terme (après 8 semaine).^{2,3} Cependant, l'effet à long terme n'est pas très clair. Une RCT rigoureusement conçue (étude INSTINCTS), incluant 212 patients, a comparé l'efficacité de ces deux traitements chez des patients présentant une forme légère à modérée du syndrome du canal carpien. Les auteurs concluent qu'une infiltration unique d'un corticostéroïde (dans ce cas-ci, 20 mg de méthylprednisolone) aboutit à un effet limité, cliniquement pertinent, après une évaluation à 6 semaines, en comparaison avec 6 semaines d'attelle nocturne (différence moyenne de $-0,32$; IC à 95% $-0,48$ à $-0,16$). L'effet positif de l'infiltration du corticostéroïde se maintient jusqu'à 6 mois, mais compte tenu de l'amélioration supplémentaire des symptômes obtenue avec le port continu de l'attelle nocturne, les différences entre les deux traitements après 6 mois sont minimales et ne sont plus statistiquement significatives. Aucun effet indésirable grave ou imprévu n'a été observé. On notera par ailleurs que dans l'étude, les résultats thérapeutiques sont meilleurs lorsque le choix du traitement correspondait à la préférence du patient. Après 6 mois, un tiers des patients continuent toutefois à présenter des symptômes ou sont référés pour une intervention chirurgicale.

En guise de **conclusion**, on peut dire qu'il ressort des données récentes qu'une infiltration unique d'un corticostéroïde en première ligne, a un effet plus rapide, à court terme, que l'attelle nocturne, dans les formes légères et modérées du syndrome du canal carpien. L'effet à long terme n'est pas clair, étant donné que lors de l'évaluation après 6 mois de l'infiltration unique, comparée au port continu d'une attelle, on n'observe plus de différence entre les deux traitements.^{1,4}

Sources spécifiques

- 1 Chesterton L. et al. The clinical and cost-effectiveness of corticosteroid injection versus night splints for carpal tunnel syndrome (INSTINCTS trial): an open-label, parallel group, randomised controlled trial. *Lancet* 2018; 392: 1423–33.
- 2 Page M. et al. Splinting for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database of systematic reviews*. 11 July 2012.
- 3 Premiers Choix Revue Prescrire. Syndrome du canal carpien. Actualisation Janvier 2018.
- 4 Atroshi A. Steroid injection or wrist splint for first-time carpal tunnel syndrome? *Lancet* 2018; 392: 1383-1384.

Colophon

Les *Folia Pharmacotherapeutica* sont publiés sous l'égide et la responsabilité du *Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique* (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les *Folia Pharmacotherapeutica* ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

Rédacteurs en chef: (redaction@cbip.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) et
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Éditeur responsable:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.