

Chapitre 4 Item 93 – UE 4 – Radiculalgie et syndrome canalaire

- I. Atteintes radiculaires des membres inférieurs
 - II. Névralgie cervicobrachiale
 - III. Syndromes canaux
-
-

Objectifs pédagogiques

Nationaux

- Savoir diagnostiquer une radiculalgie et un syndrome canalaire.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

COFER

- Connaître la sémiologie (en particulier topographie) des principales atteintes radiculaires du membre supérieur et du membre inférieur (névralgie cervicobrachiale et cruralgie, sciatique L5 et S1) et canalaire (canal carpien), en connaître les signes de gravité.
- Savoir différencier une atteinte radiculaire, d'une atteinte plexique, d'une autre neuropathie dont les syndromes canaux.
- Savoir distinguer par la clinique et savoir planifier la stratégie d'exploration paraclinique d'une radiculalgie (savoir interpréter les résultats des examens complémentaires) pour distinguer une radiculalgie commune d'une radiculalgie symptomatique.
- Connaître les signes cliniques et électromyographiques et le traitement d'un syndrome du canal carpien. Connaître l'étiologie.

- Connaître l'étiologie d'une radiculalgie ou d'un syndrome canalaire.
 - Savoir traiter une radiculalgie secondaire à une discopathie à court et à long terme.
-

I Atteintes radiculaires des membres inférieurs

A Lomboradiculalgies communes

1 Lombosciatiques

Les lombosciatiques discales (lombalgies irradiant au membre inférieur, au-dessous du genou, par conflit discoradiculaire L4-L5 ou L5-S1) et arthrosiques (arthrose vertébrale) s'opposent aux lombosciatiques symptomatiques d'affections inflammatoires, infectieuses, tumorales. La lombosciatique discale est plus fréquente entre trente et quarante ans. Les lombosciatiques par conflit discoradiculaire L4-L5 ou L5-S1 sont inscrites au tableau des maladies professionnelles. La hernie discale est souvent asymptomatique (prévalence de 20 à 30 % en IRM ou TDM chez des sujets asymptomatiques).

Les deux questions essentielles sont :

- « Y a-t-il des signes de gravité nécessitant un avis chirurgical en urgence ? »
- « Est-ce une lombosciatique commune ou une lombosciatique symptomatique ? » ■

a

Interrogatoire

Le *siège* et le *trajet* de la douleur :

- l'irradiation s'accompagne-t-elle de lombalgies ?
- est-elle unilatérale ou bilatérale ?
- a-t-elle un trajet précis ? qui peut être :

L5 : fesse, postéro-externe de cuisse, externe du genou, externe ou antéro-externe de jambe, malléole externe ou gouttière pré-malléolaire, dos du pied, gros orteil ou deux ou trois premiers orteils (fig. 4.1) ;

S1 : fesse, postérieure de cuisse, creux poplité, postérieure de jambe (mollet), tendon d'Achille ou rétromalléolaire externe, talon, plante ou bord externe du pied jusqu'au cinquième orteil (fig. 4.1) ;

plus imprécis quand l'irradiation ne va pas jusqu'au pied (trajet tronqué). Il faut rechercher des dysesthésies qui ont une valeur localisatrice ;

de topographie plus étendue : territoires L5 et S1, voire L4 ou des dernières racines sacrées.

Fig. 4.1

Trajets radiculaires sensitifs sciatiques L5 et S1.

Les signes de gravité sont :

- un déficit moteur ;
- des troubles génitosphinctériens (mictions impérieuses le plus souvent, incontinence urinaire, anale, dysurie, perte des érections matinales), évocateurs d'un syndrome de la queue de cheval.

Le *rythme de la douleur* peut être mécanique (diurne, augmentant avec l'activité) ou inflammatoire (nocturne, réveil matinal prématuré).

Mode de début : brutalement, après un effort pour la lombosciatique commune. Les douleurs insidieuses, progressives et survenues sans facteur déclenchant sont plus inquiétantes.

Mode d'évolution : pour les lombosciatiques communes d'emblée maximales, les douleurs tendent à s'atténuer. Les douleurs s'aggravant progressivement sont plus inquiétantes.

Antécédents lombalgiques : épisodes douloureux lombaires, régressifs, peu invalidants pour la lombosciatique commune.

Existence de symptômes associés ?

Le patient est-il plus handicapé par ses lombalgies ou par la radiculalgie ?

Ainsi, l'interrogatoire oriente vers une lombosciatique commune ou une lombosciatique symptomatique :

- lombosciatique commune : monoradiculaire (L5 ou S1), rythme mécanique ; lombalgies associées, effort déclenchant ; intensité rapidement maximale, régressant progressivement ; antécédents lombaires ;
- lombosciatique symptomatique : pluriradiculaire, rythme inflammatoire, s'aggravant ; sans lombalgies ou effort déclenchant ; sujet âgé.

b

Examen physique

L'examen physique peut montrer l'existence d'une attitude antalgique (inflexion latérale irréductible) et d'un signe de Lasègue (déclenchement de la douleur radiculaire en soulevant le membre inférieur en extension). L'examen neurologique des membres inférieurs recherche des signes déficitaires moteurs, sensitifs, ou réflexes précisant le territoire : marche sur les talons (releveurs du pied et péroniers latéraux → L5), marche sur les pointes (triceps sural → S1), hypoesthésie L5 ou S1, abolition ou diminution du réflexe achilléen (S1). Il doit rechercher des symptômes évocateurs d'un syndrome de la queue de cheval : hypo- ou anesthésie en selle du côté symptomatique, perte du tonus du sphincter anal (*cf.* chapitre 2).

c

Apprécier la gravité

Les lombosciatiques paralysantes (déficit moteur ≤ 3) et le syndrome de la queue de cheval (atteinte des racines sacrées, troubles sphinctériens, anesthésie en selle) sont des urgences chirurgicales et doivent être impérativement identifiés ■.

d

Examens complémentaires

Une lombosciatique discale typique chez un adulte jeune ne nécessite initialement aucun examen complémentaire ■. L'examen radiologique précoce n'est justifié que chez un adolescent ou un sujet de plus de soixante-cinq ans, en cas d'antécédent d'infection, de tumeur, en cas de fièvre, de signes neurologiques déficitaires, de tableau clinique atypique, si la douleur persiste ou s'aggrave.

Quand les demander ?

Pour une lombosciatique discale non compliquée, les examens complémentaires (TDM, IRM) sont inutiles avant d'avoir tenté un traitement médical pendant six à huit semaines.

Une lombosciatique paralysante ou avec syndrome de la queue de cheval justifie des examens précisant les lésions. Il s'agit d'une urgence thérapeutique (quelques heures pour essayer d'éviter les séquelles), le plus souvent chirurgicale.

Le(s)quel(s) demander ?

La tomodensitométrie (TDM) est indiquée en première intention mais impose une irradiation.

L'IRM est limitée par les problèmes d'accessibilité. La sacroradiculographie n'est réalisée qu'en cas de normalité des examens précédents.

Qu'en attendre ?

TDM : recherche de concordance avec la clinique, précise le type de la hernie (sous- ou extraligamentaire, migrée ou exclue) (fig. 4.2 à 4.4).

IRM : exploration neurologique et ostéoarticulaire complète.

Saccoradiculographie : plus invasive, permet l'analyse du liquide céphalorachidien, réalisable en position debout, révélant des conflits inapparents en décubitus (fig. 4.5).

Fig. 4.4

Aspects scannographique et anatomique des principales formes de hernies discales.

Fig. 4.3

Aspect scannographique du disque intervertébral L4-L5 et des structures adjacentes.

Fig. 4.2

Scanner. Hernie discale L4-L5 foraminale gauche.

Fig. 4.5

Radiculographie de profil. Canal lombaire étroit avec rétrécissements étagés.

e

Traitement

Il comprend le repos au lit ainsi que des antalgiques, AINS et myorelaxants à la phase aiguë, si besoin des infiltrations périurales et/ou périradiculaires de corticoïdes et une orthèse lombaire rigide (quatre à six semaines) puis plus souple. La rééducation est indiquée après amélioration des douleurs. La chimionucléolyse à la papaine n'est plus disponible et est progressivement remplacée par la nucléotomie au laser. Les techniques chirurgicales améliorent les radiculalgies dans 80 % des cas, mais n'ont aucune action sur les lombalgies ■.

2 Particularités des lombocruralgies

Moins fréquente que la lombosciatique, la lombocruralgie affecte une des racines du nerf crural, le plus souvent entre cinquante et soixante ans.

a

Topographie de la douleur

- L3 : partie supéro-externe de la fesse, région trochantérienne, face antérieure de la cuisse au tiers moyen, face interne de la cuisse au tiers inférieur et à la face interne du genou.
- L4 : partie moyenne de la fesse, face externe de la cuisse à sa partie moyenne, tiers inférieur de la face antérieure, face antérieure du genou, face antéro-interne de la jambe le long de la crête tibiale, pour se terminer parfois à la face antéro-interne du cou-de-pied et au bord interne du pied.

La douleur est souvent d'installation brutale, intense, avec des dysesthésies (brûlures, broiement) et, plus souvent que dans la lombosciatique, une recrudescence nocturne entraînant une insomnie et une asthénie ■.

Signe de Léri

Sur le patient en décubitus ventral, la douleur à la face antérieure de la cuisse est reproduite lors de la flexion du genou à 90° et extension de la cuisse sur le bassin.

L'abolition (ou la diminution) du réflexe rotulien ne distingue pas une atteinte L4 ou L3.

L'hypoesthésie superficielle à la face antérieure de la cuisse, un déficit du quadriceps sont fréquents. L'amyotrophie est fréquente, rapide. Le psoas (L3), le jambier antérieur (L4) peuvent être touchés.

b

Diagnostic différentiel

Toute douleur de la face antérieure de la cuisse n'est pas une cruralgie. Une affection ostéoarticulaire régionale (hanche, bassin, fémur), une autre névralgie du membre inférieur (méralgie paresthésique) doivent être éliminées.

c

Examens complémentaires

Le terrain (sujet âgé), l'intensité de la douleur, la recrudescence nocturne, une altération de l'état général incitent à rechercher des signes biologiques d'inflammation. La tomodensitométrie ou l'IRM est centrée sur les étages L2-L3 et L3-L4, mais également L4-L5 car la hernie y est souvent foraminale, pouvant entrer en conflit avec la racine L4.

d

Cruralgies extrarachiennes tronculaires

Diverses causes sont à rechercher : hématome ou abcès du psoas, anévrisme de l'aorte, envahissement tumoral d'origine digestive, gynécologique, rénale, ganglionnaire, neurinome, schwannome, névrite (zona, Lyme, etc.), diabète.

3 Particularités du canal lombaire rétréci arthrosique

Les sténoses rachidiennes sont presque toujours acquises (prolifération ostéophytique, hypertrophie des ligaments jaunes, protrusion discale), le rétrécissement étant étendu à plusieurs étages ou limité à un seul. Il se majore en lordose, donc en position debout, ce qui explique l'apparition des symptômes lors du redressement du tronc et à la marche et la possible normalité des explorations complémentaires réalisées en position couchée (scanner et IRM).

a

Comment le reconnaître ?

Ce diagnostic est évoqué chez un sujet de la soixantaine, surtout masculin :

- **type de douleur** : paresthésies des membres inférieurs, souvent bilatérales, de topographie pluriradiculaire, décrites comme des crampes, des sensations de striction des membres inférieurs. Des troubles neurologiques peuvent être décrits : hypoesthésie de topographie radiculaire, sensation d'engourdissement ou de peau morte, fatigabilité des membres inférieurs, troubles génitosphinctériens avec incontinence mictionnelle ;
- **facteurs déclenchant la douleur** : la symptomatologie apparaît quasi constamment à la marche, parfois dès la mise en station debout ou lors des redressements du tronc ;
- **facteurs améliorant la douleur** : l'arrêt de la marche entraîne en quelques minutes la disparition des douleurs (claudication intermittente sensitivomotrice des racines de la queue de cheval, la « claudication radiculaire ») ; l'amélioration est plus nette lorsque le patient peut s'asseoir ou s'accroupir. La douleur est souvent soulagée par la flexion antérieure du tronc (appui antérieur lors de la marche : « signe du caddie » ■) ; alors que la marche provoque la douleur, la pratique de la bicyclette est souvent indolore.

L'**examen neurologique** est assez pauvre : les anomalies peuvent être limitées à une abolition d'un réflexe ; la recherche de signes neurologiques après effort est systématique.

b

Comment le confirmer ?

Les radiographies du rachis lombaire ne montrent que des signes indirects : une réduction de la distance interlaminaire et une brièveté des pédicules.

La TDM apprécie la forme du canal, permet de faire la part de la composante discale ou d'une ostéophytose dans la compression nerveuse.

La sacroradiculographie permet d'explorer le canal lombaire sur toute sa hauteur et de mesurer le diamètre sagittal du cul-de-sac dural, d'apprécier le diamètre utile dans les conditions provoquant les troubles cliniques (clichés debout et en hyperextension).

Ces deux examens ont été supplantés par l'IRM qui combine les avantages des deux, sans avoir le caractère invasif de la sacroradiculographie. Cependant, l'IRM ne peut, encore aujourd'hui, être réalisée qu'en décubitus.

c

Traitement

Le traitement médical associe : le traitement symptomatique, les infiltrations épidurales de corticoïdes, la rééducation en cyphose avec tonification des abdominaux.

Le traitement chirurgical comporte une libération des structures nerveuses. L'importance du geste est fonction du type anatomique et de l'étendue de la sténose.

B Lomboradiculalgies symptomatiques

Ce sont les douleurs qui ne sont pas dues à une pathologie discale ou arthrosique mais sont la manifestation d'affections sévères.

1 Anamnèse et examen clinique

L'interrogatoire est le plus important, l'examen clinique étant souvent pauvre. Les caractéristiques cliniques ([tableau 4.1](#)) et les antécédents orientent le diagnostic.

Tableau 4.1 Éléments cliniques orientant vers une radiculalgie symptomatique.

Pathologie suspectée	Éléments d'anamnèse	Éléments de l'examen physique
Spondyloarthrite inflammatoire chronique	Homme, < 40 ans, antécédents familiaux de spondyloarthrite,	Douleur saro-iliaque, accentuation de la cyphose

	<p>antécédents de fessalgies</p> <p>souvent à bascule, talagies,</p> <p>uvéite, psoriasis, diarrhée,</p> <p>douleurs inflammatoires</p> <p>Sensibilité aux AINS</p>	<p>dorsale, psoriasis cutané</p> <p>Atteinte des sacro-iliaques</p>
Fracture, tassement	<p>Âge > 60 ans, antécédents</p> <p>d'ostéoporose</p> <p>Traitement par corticoïdes,</p> <p>autre facteur ostéopéniant</p> <p>(ménopause précoce)</p>	<p>Accentuation de la cyphose</p> <p>dorsale, perte de taille</p>
Métastase, lymphome	<p>Âge > 50 ans, antécédents de</p> <p>cancer ostéophile (poumon,</p> <p>rein, prostate, thyroïde)</p> <p>Altération de l'état général</p> <p>Lombalgies à début progressif,</p> <p>sans facteur déclenchant,</p> <p>s'aggravant, de rythme non</p> <p>strictement mécanique</p>	<p>Prostate indurée, tumeur du</p> <p>sein, hépatomégalie nodulaire,</p> <p>adénopathies ou autres</p> <p>atteintes organiques</p> <p>Signes neurologiques</p> <p>déficitaires</p>
Spondylodiscite	<p>Facteurs d'immunodépression</p> <p>(diabète, traitements),</p> <p>antécédents de geste sur le</p> <p>rachis (infiltration, chirurgie),</p> <p>infection (dentaire,</p>	<p>Signes généraux (fièvre,</p> <p>frisson)</p> <p>Plaie ou abcès cutané</p> <p>Raideur rachidienne</p> <p>importante multidirectionnelle</p>

	endocardite), lombalgies inflammatoires	Adénopathies
Tumeur intrarachidienne	Douleurs nocturnes, de décubitus, obligeant à se lever et à marcher pour être soulagé	Raideur multidirectionnelle Signes neurologiques sous- lésionnels
Méningoradiculites infectieuses (herpès, zona, VIH, Lyme)	Absence de facteur traumatique déclenchant, de syndrome rachidien Contexte infectieux, morsure de tique	Irradiation pluriradiculaire, déficit moteur ou sensitif étendu à d'autres territoires Lésions cutanées

2 Examens biologiques et radiographies

Lorsqu'une radiculalgie symptomatique est suspectée, il faut demander des radiographies standard (colonne lombaire face et profil et bassin face) et un bilan biologique (numération-formule sanguine, VS, CRP, électrophorèse des protéides), complétés par d'autres explorations en fonction de l'orientation diagnostique.

Les radiographies peuvent montrer les signes suivants : sacro-iliite, syndesmophytes (spondyloarthrite) ; fractures vertébrales (ostéopathie) ; lyse vertébrale, « vertèbre borgne » ou fracture vertébrale asymétrique (métastases) ; pincement discal avec érosion des plateaux vertébraux (spondylodiscite).

D'autres explorations seront demandées en fonction des orientations : bilan phosphocalcique, scintigraphie, IRM, biopsie osseuse, prélèvements bactériologiques, typage HLA classe I, ponction lombaire.

II Névralgie cervicobrachiale

La névralgie cervicobrachiale traduit la souffrance d'une racine nerveuse du plexus brachial (5^e, 6^e, 7^e, 8^e cervicales ou 1^{re} thoracique). On distingue les névralgies cervicobrachiales communes et les névralgies cervicobrachiales symptomatiques (inflammatoires, infectieuses, tumorales). Parmi les névralgies cervicobrachiales communes, les névralgies d'origine arthrosique, surtout après quarante ans, correspondent à une compression par un nodule disco-ostéophytique ; les névralgies cervicobrachiales d'origine discale, surtout chez le sujet jeune, traduisent une compression par une « hernie molle ».

A Signes cliniques et diagnostic

Toute douleur du membre supérieur n'est pas une névralgie cervicobrachiale. Il faut éliminer une pathologie de la coiffe des rotateurs (trajet douloureux évoquant une névralgie C5 ou C6), un syndrome de Parsonage et Turner (trajet C5), un syndrome de la traversée thoracobrahiale (trajet C8), une épicondylalgie ou syndrome du canal carpien (trajet C6).

Le diagnostic positif repose sur l'association d'un syndrome cervical et d'un trajet douloureux radiculaire ([tableau 4.2](#)). Le rachis cervical est examiné en décubitus, les mobilités sont étudiées en flexion, extension, rotations et inclinaisons latérales. L'examen montre une limitation, le plus souvent modérée et élective, des mobilités, rassurante ; beaucoup plus inquiétante lorsqu'elle est importante et globale. Des douleurs et une infiltration cellulalgique (manœuvre du « pincé-roulé ») de la partie supérieure du dos sont fréquentes. L'**examen neurologique des membres supérieurs** permet de rechercher des signes déficitaires, moteurs, sensitifs ou réflexes précisant le territoire, de confirmer le caractère monoradiculaire. L'examen est complété par l'étude du thorax, du cou, des creux sus-claviculaires et axillaires et des membres inférieurs et un examen général.

Tableau 4.2 Diagnostic topographique d'une atteinte radiculaire du membre supérieur.

Racine	Réflexe	Déficit moteur	Territoire sensitif
C5	Bicipital	Abduction du bras, rotateurs de l'épaule	Moignon de l'épaule, face externe du bras
C6	Styloradial	Flexion du coude (long supinateur), supination, flexion du pouce	Face externe du membre supérieur jusqu'au pouce
C7	Tricipital	Extension du coude, poignet, doigts, pronation	Face postérieure du membre supérieur jusqu'aux 2 ^e et 3 ^e doigts
C8/D1	Cubitopronateur	Flexion et écartement des doigts	Face interne du membre supérieur jusqu'aux 4 ^e et 5 ^e doigts

B Distinction névralgie cervicobrachiale commune/symptomatique

Ce sont les caractéristiques de la douleur, l'examen neurologique des membres supérieurs, l'examen du thorax, du cou, des creux sus-claviculaires et axillaires, des membres inférieurs ; les radiographies (face, profil, trois quarts) analysent les foramens (fig. 4.6) ; au moindre doute, il faut vérifier l'absence de signes d'inflammation biologique. Les autres examens n'ont pas d'indication en dehors du bilan opératoire des névralgies cervicobrachiales communes rebelles, ou de suspicion de névralgie cervicobrachiale symptomatique. La TDM avec opacification iodée

apprécie le foramen, sa réduction par des ostéophytes ou une hernie discale ; l'IRM est indiquée si une névralgie cervicobrachiale symptomatique est suspectée.

Fig. 4.6

Radiographies du rachis cervical de profil (A) et de trois quarts gauche (B). Uncodiscarthrose C4-C5 et C5-C6 rétrécissant les foramens.

C Étiologie des névralgies cervicobrachiales symptomatiques

Il peut s'agir d'un traumatisme cervical (fractures, luxations), d'une spondylodiscite infectieuse, d'une tumeur maligne (métastase, myélome) ou bénigne (ostéome ostéoïde, kyste anévrysmal), d'un syndrome de Pancoast-Tobias – névralgie cervicobrachiale C8 rebelle, syndrome de Claude-Bernard-Horner (myosis, ptosis, énoptalmie), envahissement de l'apex pulmonaire –, d'une méningoradiculite (herpès, zona, Lyme) ou d'une affection neurologique (syringomyélie, neurinome).

D Traitement de la névralgie cervicobrachiale commune

Le traitement associe le repos, un collier d'immobilisation, les AINS, la corticothérapie générale, parfois nécessaire (prednisone : 0,5 mg/kg par jour pendant deux à trois semaines), les tractions axiales prudentes. Les infiltrations périradiculaires de corticoïdes sont parfois pratiquées par certaines équipes en cas de résistance au traitement médical, après évaluation du rapport bénéfique/risque mais déconseillées par d'autres en raison du risque de complications neurologiques. Le traitement chirurgical est rarement indiqué (échec du traitement médical, déficit moteur important). C'est la résection des ostéophytes par voie antérolatérale transdiscale associée ou non à une arthrodièse intersomatique.

III Syndromes canalaire

Les syndromes canalaire correspondent aux manifestations neurologique liée à l'irritation d'un nerf lorsqu'il traverse un défilé ostéo-ligament-musculaire.

A Syndrome du canal carpien

C'est la compression du nerf médian lors de sa traversée du canal carpien. Ce nerf mixte assure la sensibilité de la face palmaire des trois premiers doigts et de la moitié radiale de l'annulaire, de la face dorsale des deuxième et troisième phalanges de l'index, du majeur et de la moitié radiale de l'annulaire, la motricité des muscles de l'éminence thénar (court abducteur, faisceau superficiel du court fléchisseur et opposant du pouce) et des deux lombricaux externes (fig. 4.7). C'est le plus fréquent des syndromes canalaire (1 % de la population), survenant trois fois sur quatre chez la femme (post-ménopause, fin de grossesse) ; bilatéral dans 50 % des cas, il prédomine du côté dominant et est reconnu en tant que maladie professionnelle.

Fig. 4.7

Coupe du canal carpien.

1 Signes clinique et diagnostic

La forme sensitive, d'installation progressive, la plus fréquente, se caractérise par des acroparesthésies dans le territoire du médian, irradiant à l'avant-bras, avec une recrudescence nocturne, au réveil et lors des activités manuelle, qui disparaissent en secouant la main ou en la trempant dans l'eau chaude. Des manœuvres peuvent les reproduire : percussion de la face antérieure du poignet (test de Tinel), flexion forcée du poignet pendant une minute (test de Phalen). La forme neurologique déficitaire est la forme évoluée. Les paresthésies deviennent

permanentes, s'accompagnent d'une maladresse de la main, d'un déficit de la force du pouce (opposant, court abducteur), d'une amyotrophie du versant externe de l'éminence thénar.

Une radiographie du poignet (face, profil, incidence du défilé carpien) cherche une anomalie osseuse. L'EMG, parfois normal dans les formes débutantes, peut confirmer l'atteinte du nerf médian au poignet (réduction de la vitesse de conduction sensitive et allongement des latences distales) et le respect des autres troncs nerveux.

Il faut éliminer : le syndrome du canal de Guyon (nerf cubital), une atteinte du médian au coude, une radiculalgie C6, une atteinte plexulaire (défilé thoracobrachial).

2 Étiologie

Il est idiopathique dans plus de 50 % des cas. L'étiologie peut être :

- traumatique : cal vicieux, séquelles de fractures du radius, activités professionnelles (tableau n° 57 des maladies professionnelles) ou sportives répétitives ;
- endocrinienne : grossesse, hypothyroïdie, diabète ;
- rhumatismale : ténosynovite inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde), infectieuse (tuberculose), arthrose, kyste synovial ;
- ou par dépôts intracanaux de microcristaux : goutte, chondrocalcinose, apatite, ou d'amylose.

3 Traitement

Le traitement étiologique est de mise chaque fois que possible. Le traitement médical, indiqué dans les formes sensitives pures, associe le port nocturne d'une attelle de repos, immobilisant le poignet et les doigts en position neutre, et une injection de corticoïdes dans le canal carpien (entre les tendons du grand et du petit palmaire, en regard du second pli palmaire, aiguille inclinée à 30° en bas). Le traitement chirurgical – en cas d'échec du traitement médical ou

d'emblée dans les formes déficitaires ou avec amyotrophie et les formes compressives – consiste en une neurolyse du nerf médian après section du ligament annulaire antérieur du carpe. Tout prélèvement doit être analysé en anatomopathologie. Le traitement prophylactique (attelle de fonction, aménagement de poste) est indiqué en cas d'activité professionnelle favorisant (mouvements répétés du poignet, utilisation d'appareils vibrants).

B Autres syndromes canaux

1 Syndrome de la loge de Guyon (compression du nerf cubital ou ulnaire au poignet)

Il correspond à la compression du nerf cubital (ou ulnaire) au poignet (à distinguer d'une compression dans la gouttière rétro-olécrânienne au coude) ; beaucoup plus rare que le syndrome du canal carpien, il est le plus souvent idiopathique et peut se manifester par des paresthésies et douleurs du cinquième doigt, reproduites à la percussion du pisiforme, des signes déficitaires à l'éminence hypothénar, des anomalies du nerf ulnaire à l'EMG. Le traitement repose sur la réalisation d'infiltrations de corticoïdes et sur la libération chirurgicale en cas d'échec ou de signes déficitaires.

2 Au membre supérieur

- Compression de la branche postérieure du nerf radial sous l'arcade du court supinateur se traduisant par une « épicondylalgie latérale ».
- Radiculalgie C8-D1 dans un syndrome de la traversée thoracobrachiale.
- Syndrome du nerf supra-scapulaire : scapulalgie et amyotrophie de la loge sus-épineuse.

3 Au membre inférieur (plus rares)

- Méralgie paresthésique : compression du nerf cutané latéral (fémorocutané) responsable d'une hypoesthésie en raquette à la face externe de la cuisse.
- Syndrome du canal tarsien : compression du nerf tibial postérieur.

- Syndrome de Morton : nerf digital dans le tunnel intermétatarsien.
 - Syndrome d'Alcock : compression du nerf pudendal.
-

Points clés

- Une lombosciatique discale typique chez un adulte jeune ne nécessite initialement aucun examen complémentaire.
 - Une lombosciatique paralysante ou avec syndrome de la queue de cheval justifie des examens d'imagerie en urgence précisant les lésions. C'est une urgence thérapeutique généralement chirurgicale.
 - En cas de lomboradiculalgie discale non compliquée, des examens complémentaires (TDM, IRM) ne seront envisagés qu'après l'échec du traitement médical poursuivi pendant deux mois.
 - Toute douleur de la face antérieure de la cuisse n'est pas une cruralgie et il faut éliminer une affection ostéoarticulaire régionale (hanche, bassin, fémur) ou une autre névralgie du membre inférieur (méralgie paresthésique).
 - Lorsqu'une radiculalgie symptomatique est suspectée, il faut demander des radiographies standard et un bilan biologique, complétés éventuellement par d'autres explorations.
 - Le syndrome du canal carpien, le plus fréquent des syndromes canaux, se manifeste le plus souvent par des acroparesthésies bilatérales, à recrudescence nocturne, dans le territoire du nerf médian ; en dehors d'une forme déficitaire, son traitement est avant tout médical.
-