

## TRAITEMENT DU SYNDROME DU CANAL CARPIEN AVEC RECONSTRUCTION LIGAMENTAIRE (RETINACULUM)

Cette fiche d'information est complémentaire de la fiche concernant le syndrome du canal carpien.

L'ouverture du grand ligament antérieur formant le plafond du canal carpien est effectivement le geste de base de cette chirurgie de décompression du nerf médian.

Ce geste permet d'agrandir le volume du canal carpien (traitement du contenant) mais certains chirurgiens complètent l'intervention en réalisant une libération du nerf médian et une exérèse partielle du tissu synovial hypertrophique entourant les tendons fléchisseurs (traitement du contenu).

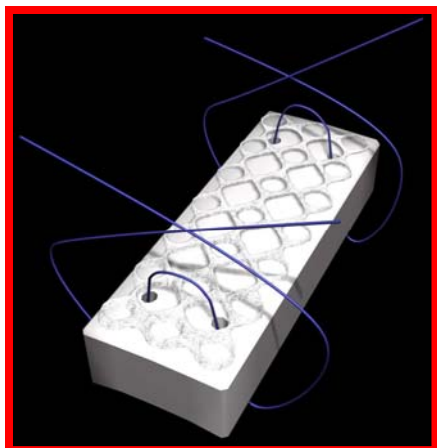
L'évolution naturelle post-opératoire est caractérisée par la cicatrisation spontanée de ce grand ligament antérieur qui explique aussi bien les douleurs de la paume de la main et la difficulté de certains gestes que le manque de force qui peut durer de 6 semaines à 3 mois.

Dans certaines formes cliniques de canal carpien, il est apparu nécessaire d'envisager une reconstruction de ce ligament.

Les indications principales sont :

- les récidives de canal carpien
- les séquelles de fracture du poignet avec désaxation de la main
- les canaux carpiens jugés sévères à l'électromyogramme
- les canaux carpiens métaboliques, hormonaux ou rhumatismaux
- les voies d'abord élargies

Cette reconstruction peut faire appel à un implant de type silicone / polyester ; son intérêt est la restitution d'une continuité ligamentaire tout en pérennisant l'agrandissement du canal carpien en jouant le rôle de « pierre de clé de voute ».



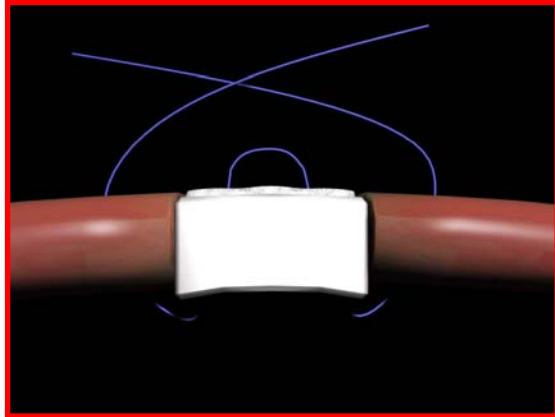
Implant et mode de suture

L'implant assure par ailleurs la protection immédiate du nerf médian et guide la future cicatrisation. La récupération de la force est souvent plus rapide car les fléchisseurs viennent s'appuyer sur l'implant.

Le patient est toujours autorisé à utiliser sa main dès le lendemain de l'intervention.

Les mêmes complications que celles décrites dans la fiche « syndrome du canal carpien » sont possibles mais restent rares. Une migration ou une intolérance de l'implant peut se produire mais cela est inférieur à 1/1000.

En cas de nécessité de retrait de l'implant, le chirurgien remet le patient dans des suites opératoires identiques à celles d'une intervention de canal carpien normale. Il n'y a pas d'effet iatrogène.



Positionnement de l'implant entre les 2 berges du ligament ouvert