

Syndrome du canal carpien: chirurgie ou infiltration locale?

Le syndrome du canal carpien touche des millions de personnes dans le monde et peut être invalidant au quotidien. Plusieurs traitements sont couramment proposés dont le port d'une attelle, la chirurgie ou l'infiltration locale de corticostéroïde. Cette dernière est souvent proposée en première intention dans le syndrome du canal carpien, car elle est considérée moins invasive et plus simple que la chirurgie. Qu'en est-il de leur efficacité comparative? C'est à cette question qu'a tenté de répondre l'étude DISTRICTS parue dans *The Lancet* en juin 2025.

Messages clés

- L'étude DISTRICTS a comparé l'efficacité d'une initiation de traitement par chirurgie ou par une infiltration locale de corticostéroïde à long terme (18 mois) dans le traitement du syndrome du canal carpien. Il s'agit d'une étude pragmatique, randomisée, multicentrique et réalisée en ouvert chez 934 patients atteints d'une forme modérée du syndrome du canal carpien depuis au moins 6 semaines et ayant été référés vers un spécialiste.
- Après 18 mois, un rétablissement (défini comme un score < 8 sur l'échelle CTS-6) a été observé chez 61 % des patients du groupe chirurgie contre 45 % des patients du groupe corticostéroïde.
- **Conclusion du CBIP** : la chirurgie semble être une option dans le traitement initial du syndrome du canal carpien modéré à sévère. Cette méthode reste néanmoins invasive. L'infiltration locale de corticostéroïde et le port d'une attelle restent également des options dans le traitement des formes modérées à sévères. Le choix et la préférence du patient sont également à prendre en considération.

En quoi cette étude est-elle importante ?

Le syndrome du canal carpien est une pathologie fréquente et pouvant être invalidante au quotidien. Ce syndrome, affectant plus les femmes, peut provoquer des picotements, des douleurs, une perte de sensibilité ainsi qu'une faiblesse au niveau de la main.

La chirurgie, le port d'une attelle et les infiltrations locales de corticostéroïdes sont les traitements couramment proposés. Qu'en est-il d'une initiation de traitement par chirurgie? Quelle est son efficacité en comparaison à un traitement initial par infiltration locale de corticostéroïde estimée moins invasive pour le patient ?

Jusqu'à présent, aucune preuve tangible ne permettait de préconiser l'un des deux par rapport à l'autre. La chirurgie est en général une intervention unique. Les infiltrations locales de corticostéroïdes sont rapides, faciles et moins invasives, c'est pourquoi beaucoup de praticiens optent pour cette solution. A l'inverse, certains dirigent directement leurs patients vers un traitement chirurgical, considérant que les infiltrations n'offrent qu'un soulagement temporaire et retardent le traitement chirurgical.

L'objectif de l'étude DISTRICTS était de déterminer quelle initiation de traitement (chirurgie ou infiltration locale de corticostéroïde) pouvait offrir les meilleures chances de guérison à long terme (18 mois).

Protocole de l'étude

L'étude DISTRICTS¹, parue dans *The Lancet*, est une étude pragmatique, **randomisée, contrôlée, multicentrique et réalisée en ouvert** (non aveugle). Les participants inclus dans l'étude étaient atteints par le syndrome du canal carpien depuis au moins 6 semaines et dont le diagnostic avait été confirmé par des tests électrophysiologiques ou par échographie.

Au début de l'étude, les participants ont été randomisés entre un groupe ayant subi une intervention chirurgicale et un groupe ayant reçu une infiltration locale de corticostéroïde.

Le **critère d'évaluation primaire** était la **proportion de participants rétablis 18 mois après la randomisation**. Il est basé sur les résultats du questionnaire CTS-6 (*6-item carpal tunnel symptom scale, score variant entre 6 et 30 points*) rempli par les patients. Ce questionnaire mesure la sévérité des symptômes du syndrome du canal carpien durant les 2 semaines précédentes. Le

rétablissement était défini comme un **score inférieur à 8 points au questionnaire CTS-6**. Les participants ont dû répondre à ce questionnaire à 6 semaines, 3, 6, 9, 12, 15 et 18 mois après randomisation.

Des traitements additionnels, tels qu'une infiltration supplémentaire ou un recours à la chirurgie étaient autorisés.

Divers critères d'évaluation secondaires ont été utilisés afin d'évaluer l'efficacité. Les événements indésirables ont également été examinés.

Résultats en bref

- L'étude a été menée dans 31 hôpitaux aux Pays-Bas. Au total, **934 participants** (âge moyen : 58-59 ans) ont été randomisés dans l'étude dont 58% étaient des femmes.
 - Les participants présentaient des symptômes du canal carpien depuis au moins 6 semaines et le score CTS moyen au début de l'étude était de 19 dans le groupe chirurgie contre 18 dans le groupe infiltration. Cela correspond à **une atteinte modérée** du syndrome.
 - **Critère d'évaluation primaire :**
 - **Après 18 mois**, les données ont pu être récoltées pour 86% des participants (comparables entre les 2 groupes).
 - **61%** (243/401) des participants du groupe chirurgie ont été rétablis (score CTS-6 < 8) contre **45%** (180/404) pour le groupe infiltration locale : RR 1,36 (IC95% 1,19-1,56, statistiquement significatif).
 - 6 semaines après randomisation, il y avait plus de participants du groupe infiltration locale qui avaient été traités avec succès (score CTS-6 < 8) par rapport au groupe chirurgie. En revanche, après 3 mois, plus de participants du groupe chirurgie présentaient un score CTS-6 < 8.
 - En ce qui concerne le rétablissement :
 - **57%** (228/401) des participants du groupe chirurgie contre **13%** (54/404) pour le groupe infiltration locale ont été rétablis (score CTS-6 < 8) **sans** nécessité de chirurgie ou infiltration additionnelles.
 - Dans le groupe infiltration **3%** (11/104) ont été rétablis (score CTS-6 < 8) à l'aide d'infiltrations locales supplémentaires seules.
 - Sur les 465 patients du groupe infiltration, 228 (**49%**) ont subi une intervention chirurgicale pendant le suivi ; sur les 204 patients pour lesquels des données étaient disponibles, 115 (**56%**) se sont rétablis après l'intervention chirurgicale.
 - **Sécurité** : 86% du groupe chirurgie ont ressenti un ou plusieurs événements indésirables et 85% du groupe infiltration, ce qui est donc similaire pour les 2 groupes.
- Cependant :
- Des douleurs palmaires ont été plus fréquentes dans le groupe chirurgie de 6 semaines à 9 mois, mais les taux se sont équilibrés ensuite entre les 2 groupes.
 - 14% du groupe chirurgie contre 7% du groupe infiltration ont subi des problèmes cutanés ou de cicatrisation.
 - 66% du groupe chirurgie contre 72% du groupe infiltration ont ressenti une altération des sensations de la main.
 - 1 participant du groupe chirurgie a été hospitalisé suite à des complications.

Limites de l'étude

- Cette étude comporte des biais potentiels. Pour commencer, l'étude est ouverte et n'a pas été réalisée en aveugle. L'aveuglement n'a pas été possible ce qui se justifie car il n'est éthiquement pas acceptable d'utiliser des chirurgies fictives pour que les participants ne puissent pas savoir dans quel groupe ils ont été assignés. La conception « ouverte » de l'étude a pu influencer la perception des symptômes des participants.
- Les auto-questionnaires remplis par les participants sont sensibles au biais de perception, en raison de l'absence d'un examinateur indépendant. Etant donné que le questionnaire CTS-6 repose sur l'auto-évaluation des symptômes un biais de déclaration ne peut pas non plus être exclu.
- Les préférences des médecins et des patients ont pu influencer le choix du type de traitement reçu.

Cependant, ces limites reflètent la réalité de la pratique.²

Commentaire du CBIP

- En ce qui concerne **l'étude DISTRICTS** :
 - Les résultats montrent que débuter le traitement par la chirurgie semble plus efficace à long terme (dans cette étude défini comme 18 mois) qu'une initiation de traitement par une infiltration locale de corticostéroïde chez les patients atteints de formes modérées et référés vers un spécialiste. En effet, les participants ayant subi la chirurgie présentaient un taux de guérison plus élevé à 18 mois (61% vs 45%). Près de la moitié des patients ayant eu une infiltration ont

quand même dû avoir recours à de la chirurgie.

- Néanmoins, environ 40% des participants ayant eu une chirurgie en début de traitement n'ont pas été rétablis après 18 mois même si certains ont eu recours à une chirurgie complémentaire ou des infiltrations locales.
- Les événements indésirables ont été globalement similaires dans les 2 groupes.
- L'étude présente des limites et des risques de biais, mais ces limites reflètent la réalité clinique.
- Les résultats à 6 semaines en faveur des infiltrations locales peuvent s'expliquer par le fait que les patients du groupe chirurgie n'ont pas reçu l'intervention chirurgicale directement après la randomisation (temps médian de 4 semaines) contrairement au groupe infiltration locale. De plus, la récupération post-opératoire est plus lente en raison de possibles douleurs à la main et liées à la cicatrice.
- Selon la **NHG-standaard « Hand- en polsklachten » (M91, 2024)**, la chirurgie, le port de l'attelle et l'infiltration locale de corticostéroïde sont des options pour le traitement des formes modérées à sévères du syndrome du canal carpien. Le port de l'attelle peut être envisagé en attendant une chirurgie programmée ou pour les patients ayant une préférence pour une méthode non-invasive. La NHG mentionne que le port de l'attelle et l'infiltration locale de corticostéroïde sont des options équivalentes sur 6 semaines. Dans le Folia de mars 2019 le CBIP mentionnait que l'infiltration locale avait montré une plus grande efficacité à court terme par rapport à l'attelle nocturne, mais après 6 mois, les résultats d'efficacité semblaient similaires.
- **Conclusion du CBIP** : la chirurgie semble être une option dans le traitement initial du syndrome du canal carpien chez les patients atteints de formes modérées à sévères. Cette méthode reste néanmoins invasive. Les méthodes non-invasives telles que le port d'une attelle et l'infiltration locale de corticostéroïde restent aussi des options documentées comme traitement (initial) pour les formes modérées à sévères. La préférence du patient et l'impact potentiel d'une chirurgie sur le quotidien (incapacité de travail par exemple) sont également à prendre en considération dans le choix du traitement. Si le choix se porte vers la chirurgie, il est également important de tenir compte de la disponibilité du chirurgien et des délais souvent longs pour obtenir un rendez-vous. Pendant l'attente de la chirurgie, le port d'attelle peut être une option.

Noms des spécialités concernées :

- Méthylprednisolone: Depo-Medrol®, Solu-Medrol® (voir Répertoire)
- Méthylprednisolone + lidocaïne: Depo-Medrol + Lidocaïne® (voir Répertoire)
- Triamcinolone: Kenacort A® (voir Répertoire)

Sources

- 1 Palmbergen, Wijnand A CKuitwaard, Krista et al. Surgery versus corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome (DISTRICTS): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet* 2025; 405: 2153 – 2163 (DOI:10.1016/S0140-6736(25)00368-X).
- 2 Malin Zimmerman, Lars B Dahlin. Comment: New evidence for common practices in carpal tunnel syndrome. *The Lancet* 2025; 405: 2107-2109 (DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00615-4).

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.