



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

TEXTE COURT DU RAPPORT D'ÉVALUATION TECHNOLOGIQUE

Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente

Septembre 2012

Ce texte court est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service documentation – Information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 35

Sommaire

Introduction	4
Contexte	5
Objectifs et méthodes d'évaluation	6
Résultats de l'évaluation	7
Conclusion et perspectives	9
Participants	10
Fiche descriptive	11

Introduction

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et le Ministère de la Santé (Direction de la sécurité sociale, Direction générale de l'offre de soins) ont saisi la HAS sur la question des critères pertinents pour l'indication de l'intervention chirurgicale de libération du nerf médian dans le syndrome du canal carpien (SCC). Cette demande s'inscrit dans le cadre d'une saisine pluriannuelle portant sur les critères de pertinence de l'indication de certains actes. Elle est motivée par l'observation non expliquée d'une disparité interrégionale du taux de recours à la chirurgie de libération du nerf médian en France (taux standardisés sur l'âge et le sexe).

En se fondant sur les définitions de la RAND Corporation / UCLA et celles du NHS, la HAS retient que la notion de pertinence de la réalisation d'actes de santé recouvre un champ vaste, comportant l'analyse de la balance bénéfice-risque, la prise en compte du choix des patients, et des éléments de contexte notamment économiques.

Pour ce qui concerne cette saisine en particulier, la HAS a centré son évaluation sur la question de l'existence de critères liés à l'indication ou à la non-indication de la chirurgie. L'évaluation a porté sur les syndromes du canal carpien dits « idiopathique », cette catégorie n'excluant pas les situations dans lesquelles il survient en contexte professionnel.

Contexte

Le SCC correspond à l'ensemble des symptômes causés par une atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien (conduit passant au niveau du poignet). Le territoire sensitif de ce nerf concerne principalement les trois premiers doigts de la main ; sur le plan moteur, il couvre notamment les muscles de la flexion du pouce (situés dans l'éminence thénarienne). En général, l'atteinte est d'abord sensitive (à prédominance nocturne), puis devient motrice à un stade plus avancé.

Il n'existe en France pas d'étude d'incidence ou de prévalence de *diagnostic dans la population générale* du syndrome du canal carpien. Les données disponibles proviennent d'études de prévalence du diagnostic du syndrome du canal carpien en milieu de travail parmi les salariés (études conduites par l'InVS depuis 2002). L'incidence dans la population générale est estimée autour de 3/1000 (1 à 2/1000 chez les hommes, 4 à 5/1000 chez les femmes. Dans la population salariée, le SCC est le trouble musculo-squelettique le plus fréquent.

La majorité des SCC n'a pas de cause retrouvée. Pour une partie, une exposition biomécanique (professionnelle ou non) est suspectée. Dans une minorité de cas, la cause est une condition de santé (grossesse, diabète, obésité, trouble thyroïdien, acromégalie, etc.).

Le diagnostic du SCC est clinique, étayé au besoin par des examens complémentaires au premier chef desquels se trouve l'électroneuromyogramme (ENMG). L'échographie est pratiquée de façon inconstante, notamment par des rhumatologues.

Deux catégories d'options existent pour le traitement du SCC. La première regroupe l'ensemble des interventions non chirurgicales. Elle regroupe deux types de traitements à l'efficacité reconnue : les infiltrations de corticoïdes, et l'immobilisation par orthèse. La seconde option est chirurgicale (voie à ciel ouvert ou voie endoscopique), et consiste à libérer le nerf médian de sa pression dans le canal carpien en sectionnant le ligament annulaire antérieur du carpe. L'option chirurgicale est efficace dans 95 % des cas. Les options non chirurgicales peuvent conduire à des bons résultats, mais leur échec ou les récurrences sont possibles.

Les recommandations pour la pratique clinique, fondées principalement sur l'avis d'experts, préconisent d'opérer d'emblée les SCC graves (atteinte motrice), et de réserver la chirurgie en seconde intention en cas d'échec des interventions non invasives (infiltrations / orthèse) pour les formes non graves. La grossesse, et les pathologies responsables de SCC non idiopathiques relèvent de prises en charge particulières.

La CNAMTS a observé de fortes variations interrégionales du taux de recours à la chirurgie dans le SCC (standardisé sur l'âge et le sexe). Cette observation est concordante avec trois autres études épidémiologiques transversales sur le territoire effectuées dans les années 2000. Les hypothèses évoquées dans ces études pour expliquer la variabilité constatée sont l'effet d'offre (médicale versus chirurgicale) et l'effet d'école (préférences des praticiens).

Objectifs et méthodes d'évaluation

La question d'évaluation a été centrée sur la détermination des situations individuelles pour lesquelles la chirurgie du syndrome du canal carpien était nécessaire, non indiquée (inappropriée) ou optionnelle (appropriée parmi d'autres alternatives).

Les SCC secondaires à une pathologie ou s'inscrivant dans le cadre d'une grossesse n'ont pas été inclus dans le périmètre d'évaluation, du fait de leur spécificité.

Le travail portant spécifiquement sur la recherche de paramètres indicatifs de la place de la chirurgie dans le parcours de soin plus global pour la prise en charge du SCC, les modalités des traitements conservateurs n'ont pas été évaluées en tant que telles.

La méthode a comporté les étapes suivantes :

- Recherche et synthèse bibliographique sur :
 - Les revues systématiques de la littérature portant sur la comparaison de l'efficacité du traitement chirurgical avec d'autres traitements.
 - Les revues systématiques de la littérature et les études prospectives portant sur les facteurs prédictifs du résultat des traitements chirurgicaux et non chirurgicaux.
 - Les revues systématiques de la littérature portant sur l'intérêt des études ENMG dans les décisions thérapeutiques.
 - Les recommandations de bonnes pratiques et documents apparentés explicitant la place de la chirurgie dans la prise en charge du syndrome du canal carpien.

Une partie du travail d'analyse documentaire a été réalisé en collaboration avec l'agence d'évaluation technologique *Finnish Office for Health Technology Assessment (FINOHTA)*, homologue de la HAS en Finlande.

- Réunion d'un groupe de travail impliquant les spécialités concernées et les représentants des usagers.
- Audition d'experts de spécialités concernées.
- Relecture du document d'évaluation par les sociétés savantes des spécialités concernées.

Résultats de l'évaluation

Les revues systématiques de la littérature retenues portant sur la comparaison des traitements chirurgicaux avec une prise en charge non chirurgicale (N=5) ne permettent pas de conclure à une meilleure efficacité de la chirurgie dans les formes non graves de SCC. La recherche documentaire n'a pas retrouvé de revue systématique ni d'étude prospective contrôlée portant sur les facteurs prédictifs du succès de traitements conservateurs, et répondant aux critères d'inclusion retenus. Sept études prospectives non comparatives visant à établir des facteurs prédictifs de traitements conservateurs ont été sélectionnées. Ces études ne permettent pas de tirer de conclusion clinique sur le moment opportun de recourir à la chirurgie dans les soins des patients atteints de SCC. Une revue systématique de la littérature et 17 études prospectives visant à établir des facteurs prédictifs du succès ou de l'échec des traitements chirurgicaux ont été sélectionnées. Ces études ne permettent pas de tirer de conclusions pour la pratique, s'agissant des sous-groupes pour lesquels la chirurgie serait plus particulièrement indiquée dans les formes modérées de SCC. Deux revues systématiques de la littérature et 2 études prospectives de cohortes concernant spécifiquement l'intérêt de la pratique d'ENMG dans la prise en charge du SCC ont été sélectionnées ; aucun essai contrôlé n'a été retrouvé sur ce thème. Les travaux identifiés ne permettent pas d'aboutir à des conclusions scientifiquement fondées concernant le bénéfice de l'ENMG pour la décision chirurgicale dans les formes modérées de SCC.

Les études examinées conduisent au constat d'une hétérogénéité à plusieurs niveaux, reflétant notamment des différences dans l'approche clinique et thérapeutique du SCC ; par ailleurs d'importantes différences méthodologiques renforcent la difficulté de tirer des conclusions pour la pratique clinique. Les points principaux de cette hétérogénéité sont les suivants :

- Les populations incluses sont constituées de malades à des stades d'évolution très différents.
- Les critères d'admissibilité à la chirurgie ne sont souvent pas toujours explicites (« indication posée par le chirurgien »).
- Lorsqu'ils sont énoncés, ces critères font appel ou non à l'ENMG, et les seuils sont définis de manière variable en fonction des auteurs.
- Les interventions non chirurgicales proposées en complément ou en alternative sont très variables et souvent peu précises (notamment les prises en charge complémentaires de type kinésithérapie, ou adaptation des activités physiques).
- Les critères d'efficacité des traitements sont variables, composites ou non, faisant souvent appel à un score fonctionnel dont l'usage varie d'une étude à l'autre.
- Les durées de suivi des personnes malades sont variables, en général courte (plus souvent de l'ordre de quelques mois, rarement un an ou plus, avec beaucoup de perdus de vue).
- Les analyses statistiques sont souvent faites en nombre de main atteintes et non en nombre de patients.

Sept recommandations pour la pratique clinique ou documents apparentés concernant la prise en charge thérapeutique du SCC ont été identifiés. Il est recommandé, dans les formes non sévères de SCC, de tenter un ou plusieurs traitements non chirurgicaux et de procéder à la libération du nerf médian en cas d'échec de ces derniers. En écho avec la littérature disponible, et l'absence de preuves fondées sur des travaux de bonne qualité méthodologique, les niveaux de recommandations indiqués correspondent à ceux d'avis d'experts. La pertinence de procéder à la chirurgie d'emblée pour des formes non sévères du SCC n'est pas systématiquement écartée des recommandations étudiées. Les circonstances dans lesquelles la chirurgie pourrait être pertinente d'emblée pour des formes non sévères de SCC ne sont pas décrites dans les recommandations, en dehors de la prise en compte de la position personnelle du patient.

Le recueil de l'avis d'experts (sous la forme de groupe de travail, d'audition, ou de relecture par les sociétés savantes), a conduit à mettre en évidence plusieurs points :

- Il n'existe pas de *gold standard* pour le diagnostic de SCC, mais un faisceau d'arguments permet de faire cliniquement le diagnostic des formes typiques. L'ENMG n'est alors pas nécessaire pour établir le diagnostic. Cet examen, dont la qualité de réalisation est fondamentale et semble variable, est utilisé en préopératoire pour des raisons médico-légales.
- Les avis convergent concernant l'indication de la chirurgie dans les cas de SCC graves, dont la définition clinique ne porte pas à discussion. En revanche, les seuils chiffrés de détermination de la gravité dans l'interprétation de l'ENMG ainsi que les situations de discordances électro-cliniques ne font pas l'objet d'accord unanime.
- Aucun expert ne suggère que la chirurgie devrait occuper une place plus précoce aujourd'hui dans le processus de prise en charge : elle doit rester, pour les formes modérées de SCC idiopathique, la thérapeutique de seconde intention après des interventions médicales.
- Selon les experts, les interventions médicales adéquates relèvent de l'immobilisation et/ou de l'infiltration de corticoïdes.
- Les experts ont estimé que les SCC potentiellement liés à une activité professionnelle méritaient une considération particulière dans la prise en charge, du fait de la complexité du contexte et des conséquences des décisions.

Conclusion et perspectives

La HAS recommande que les critères décisionnels concernant la chirurgie du SCC émis par l'ANAES en 1997 et l'AAOS en 2011 demeurent une référence pour la pratique. Les points forts en sont les suivants :

- La chirurgie est nécessaire dans les formes sévères de SCC, dont le diagnostic clinique est certain (amyotrophie) et au besoin documenté par un ENMG (diminution franche des amplitudes sensitives et/ou motrices).
- La chirurgie est également appropriée dans les formes non sévères de SCC, résistantes aux interventions médicales (infiltrations de corticoïdes ou orthèse) conduites de façon adéquate. Il convient, en règle générale, de réserver la chirurgie à une seconde intention en cas d'échec des traitements conservateurs (infiltration et/ou orthèse) dans les formes non sévères de SCC.
- L'avis du patient correctement informé doit être pris en considération dans les décisions de traitement, notamment pour ce qui concerne l'intervention chirurgicale.

Cinq besoins ont par ailleurs été identifiés :

- Conduire des réflexions sur le parcours de soin dans le SCC, notamment l'efficacité du point de vue médico-économique.
- Elaborer un référentiel diagnostic d'usage simple pour l'ensemble des médecins.
- Conduire une réflexion sur la place de l'ENMG dans le parcours de soin pour le SCC.
- Mieux appliquer les standards de réalisation de l'ENMG déjà publiés.
- Mettre en place des outils d'observation épidémiologiques adaptés.

Participants

► **Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations.**

Groupe de travail :

D ^f Rémy Philippe BLETON	Chirurgie orthopédique et traumatologique
D ^f Anne BRUNON-MARTINEZ	Médecine physique et de réadaptation
D ^f François CASSIM	Neurophysiologie clinique
D ^f Alexis DESCATHA	Médecine du travail
D ^f Catherine HA	Epidémiologie
P ^f Dominique HUAS	Médecine générale
D ^f Dominique LATOMBE	Neurologie
D ^f Bertrand LECOQ	Rhumatologie
D ^f François MARIN-BRAUN	Chirurgie orthopédique
D ^f Tarik NORDINE	Neurophysiologie clinique
D ^f Jean-Paul OLIVARES	Médecine physique et de réadaptation
M ^{me} Nathalie TELLIER	UNAF
D ^f Paul SEROR	Rhumatologie

Experts auditionnés :

D ^f Philippe LEBRUN-GRANDIE	Neurologie
P ^f Régis LEGRE	Chirurgie plastique et Réparatrice
D ^f Henri LELLOUCHE	Rhumatologie

Document relu par les sociétés savantes suivantes :

- Fédération française de neurologie, conjointement avec l'Association des neurologues libéraux de langue française ;
- Société française de radiologie ;
- Société française de rhumatologie ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Société française d'étude et de traitement de la douleur ;
- Société française de médecine du travail ;
- Fédération française de médecine physique et de réadaptation ;
- Institut national de veille sanitaire ;
- Société de neurophysiologie clinique de langue française.

Fiche descriptive

Intitulé	Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinence – Synthèse bibliographique
Méthode de travail	Rapport d'évaluation technologique
Date de mise en ligne	Octobre 2012
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique sur www.has-sante.fr
Objectif(s)	Caractériser les paramètres déterminant quand l'indication chirurgicale doit être portée dans le syndrome du canal carpien
Professionnel(s) concerné(s)	Cf. page 10
Demandeur	Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service évaluation des actes professionnels (SEAP)
Pilotage du projet	Coordination : Marc Guerrier, chef de projet, SEAP (Chef de service : Sun-Hae Lee-Robin, adjoint au chef de service : Michèle Morin-Surroca) Analyse technique : Marc Guerrier, chef de projet, SEAP Secrétariat : Christine Mayol, Assistante, SEAP
Participants	Expertise externe à la HAS : Groupe de travail : Rémy Philippe Bleton, Anne BRUNON-MARTINEZ, François CASSIM, Alexis DESCATHA, Catherine HA, Dominique HUAS, Dominique LATOMBE, Bertrand LECOQ, François MARIN-BRAUN, Tarik NORDINE, Jean-Paul OLIVARES, Nathalie TELLIER, Paul SEROR Auditions : Philippe LEBRUN-GRANDIE, Régis LEGRE, Henri LELLOUCHE Cf. page 10 Expertise interne à la HAS : Anne-Line Couillerot, Stéphanie Leclerc (SEESP) ; articulation avec le SEVAM : Marina Martinowski
Recherche documentaire	De septembre 2011 à juillet 2012 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 du rapport d'évaluation technologique) Réalisée par Sophie DESPEYROUX, documentaliste, avec l'aide de Yasmine LOMBRY, assistante documentaliste, sous la responsabilité de Frédérique PAGES, chef du service documentation - information des publics, et Christine DEVAUD, adjointe au chef de service
Auteurs de l'argumentaire	Marc Guerrier, Chef de projet, SEAP, sous la responsabilité de Michèle Morin-Surroca, adjoint au chef de service, SEAP
Validation	Examen par la Commission d'évaluation économique et santé publique (CEESP) : juillet 2012 Collège de la HAS : septembre 2012
Autres formats	Pas d'autre format que le format électronique disponible sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Note de cadrage et rapport d'évaluation technologique, décision HAS (septembre 2012) disponibles sur www.has-sante.fr

The logo for HAS (Haute Autorité de Santé) features the letters 'HAS' in a white, serif font. The letter 'A' is stylized with a white, wavy line that curves under the 'S' and extends to the left, creating a sense of movement and fluidity.

Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr