

Deux observations de syndrome canalaire du membre supérieur d'étiologie exceptionnelle



A.M.L. Ravalisoa¹, A.J.C. Rakotoarisoa*¹,
A.R. Raherison¹, A.B. Soilihi¹, J.F. Kapisy²,
L. Rabarioelina², A. Ranaivozanany²

¹ Service de Chirurgie Cardio-Thoracique et Vasculaire, CHU-JRA,
BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

² Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

Les syndromes canaux du membre supérieur couvrent des pathologies variées. Les manifestations vasculaires au cours de ces syndromes sont rares mais graves. Nous rapportons deux cas atypiques d'étiologie exceptionnelle, dont un cas du syndrome de canal carpien provoqué par une tumeur de type rhabdomyosarcome alvéolaire, de la partie distale de la face antérieure de l'avant bras et un cas de syndrome de la traversée cervico-thoraco-brachiale dû à une exostose de l'extrémité supérieure de l'humérus. Notre objectif est de rapporter ces deux cas et de réaliser une revue de la littérature sur les aspects clinique et thérapeutique de ces affections.

Mots-clés: Etiologie; Membre supérieur; Signes cliniques; Syndrome canalaire; Traitement

Two cases of upper limb tunnel syndrome with uncommon etiology

Summary

Tunnel syndromes of the upper limb are made of varied pathologies. Vascular manifestations during these syndromes are rare but serious. We report 2 uncommon cases of exceptional etiology: a case of carpal tunnel syndrome caused by a tumor, alveolar rhabdomyosarcoma type, of the distal part of the former face of forearm and a case of thoracic outlet syndrome due to an exostose of the superior end of humérus. Our objective is to report these 2 cases with uncommon etiology and to make a literature review on clinical and therapeutic aspects of these affections.

Keywords: Clinical symptoms; Etiology; Treatment; Tunnel syndrome; Upper limb

Introduction

Les paquets neuro-vasculaires du membre supérieur peuvent être comprimés dans leur trajet de proximal à distal. Cette compression peut n'avoir aucune cause évidente macroscopique et se situe toujours à un niveau stéréotypé précis: les canaux ostéo-fibreux et/ou musculaire. Nous rapportons 2 cas de compression vasculo-nerveux du membre supérieur d'étiologie exceptionnelle. Le premier cas est dû à une tumeur musculaire de la partie distale de l'avant bras, juste en dessous du canal carpien, mais avec un prolongement tumoral intra- canalaire. Le deuxième cas est une néoformation osseuse de la partie proximale de l'humérus barrant le passage du paquet vasculo-nerveux à destination du membre supérieur. Notre objectif est de rapporter ces deux cas et de réaliser une revue de la littérature sur les aspects clinique et thérapeutique de ces affections.

Observation

Cas n°1

Mademoiselle R C, cultivatrice, âgée de 20 ans, sans antécédent pathologique notable, se présentait en mars 2003 pour une tuméfaction molle, battante et douloureuse de la partie distale de l'avant bras droit associée à des acroparesthésies, des fourmillements, des brûlures des doigts touchant le territoire du nerf médian. Ces troubles réveillaient la patiente pendant la seconde partie de nuit et réapparaissaient le matin au réveil. L'examen clinique objectivait une tumeur sans réaction inflammatoire, de

12x7cm de dimensions, des circulations collatérales ainsi qu'une pâleur et un œdème de la main droite. La patiente était apyrétique et en bon état général. La masse avait un aspect ovalaire, molle, mobile par rapport au plan profond (Figure 1).



Fig. 1: Tumeur occupant l'extrémité distale de l'avant bras droit

La flexion palmaire du poignet et la compression sur la masse provoquaient une douleur et des fourmillements, essentiellement dans le territoire du nerf médian. Il n'y avait pas de ganglions périphériques ni de nodules sous cutanés visibles et palpables. Ailleurs, l'examen clinique était normal. La radiographie du membre atteint était sans particularité en dehors de la masse. L'écho doppler montrait une volumineuse tumeur musculaire très vascularisée de la face antérieure du quart distal de l'avant bras droit, avec trouble circulatoire artérielle à type de diminution des flux radial et cubital en amont (Figure 2). La radiographie pulmonaire était normale. Les autres bilans d'extension, en particulier la scintigraphie du squelette, ne montraient aucune anomalie. La recherche d'une autre com-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: hajajc@yahoo.fr (A.J.C. Rakotoarisoa).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Cardio-Thoracique et Vasculaire, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

ression sur d'autres étages du membre restait négative. Les bilans biologiques étaient normaux. L'exérèse chirurgicale avait permis de constater la présence d'un plan de clivage entre la tumeur et les tissus péri tumoraux mais avec un prolongement tumorale intra canalaire (Figure 3). Le résultat anatomopathologique objectivait un rhabdomyosarcome de type alvéolaire bien encapsulé avec limite de résection saine. Les suites opératoires étaient simples. Une radiothérapie locale pour contrôler un éventuel résidu tumoral était effectuée. Après quatre ans de surveillance clinique et para clinique, aucune récurrence locale ni à distance n'était décelée, avec disparition complète des symptômes neuro-vasculaires.



Fig. 2: Pièce opératoire

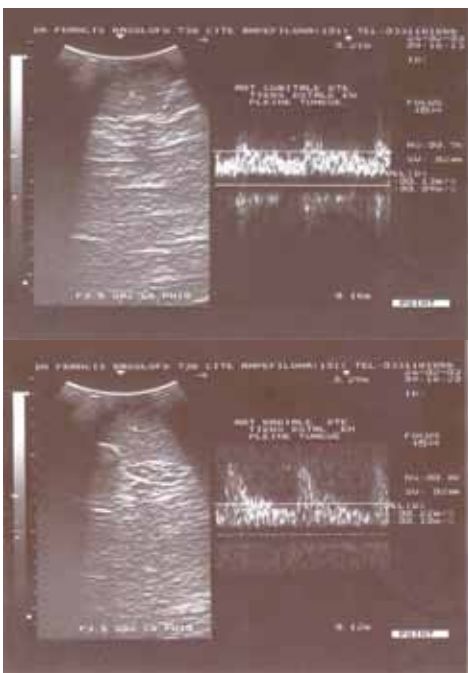


Fig. 3: Echo doppler montrant les troubles de flux au niveau des artères de l'avant bras

Cas n°2

Un jeune homme de 22 ans, sans antécédent particulier, était vu en consultation en avril 2005 pour des lourdeur et fatigabilité du membre supérieur gauche, des paresthésies sur le bord cubital de l'avant bras et les deux derniers doigts de la main gauche, une douleur et une phlébite à répétition de ce membre, ainsi qu'un syndrome de Raynaud unilatéral. A l'examen, une tuméfaction battante était visible dans la région interne de la partie proximale du bras associée à un œdème du membre et des circulations collatérales. A la palpation, la tumeur était dure,

faisait corps avec l'humérus et se situait juste en aplomb du passage du paquet vasculo-nerveux. La rotation externe et l'abduction du bras gauche à 90° réveillaient la douleur et entraînait la constitution brutale d'un œdème de tout le bras, avec cyanose et dilatation veineuse superficielle. Ailleurs, l'examen ne présentait aucune anomalie, en particulier sur les autres étages. La radiographie pulmonaire était normale. Par contre, on trouvait une image d'excroissance osseuse siégeant au niveau de l'extrémité supérieure du bord interne de l'humérus (Figure 4). L'écho doppler montrait des signes en faveur d'une phlébite de l'axe veineux huméral gauche. Un traitement chirurgical par résection de la néo-formation ostéo-cartilagineuse, associé à un traitement anticoagulant étaient réalisés. Les suites opératoires étaient simples. Le résultat de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'une exostose. L'évolution par la suite n'objectivait aucune anomalie particulière.



Fig. 4: Exostose de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche

Discussions

Les syndromes canaux ou syndromes des défilés sont des manifestations cliniques intéressant le membre supérieur dues aux compressions lors du passage des paquets vasculo-nerveux dans la traversée cervico-thoraco-brachiale, le trou carré de Velpeau, la gouttière épitrochléo-olécraniennne, le canal de Guyon et le canal carpien [1-3]. Les symptômes résultent du conflit entre le contenant et le contenu [1,4,5]. La plupart de ces syndromes sont idiopathiques, sans causes décelables et en rapport uniquement avec les anomalies anatomiques, soit par diminution du contenant, soit par augmentation du contenu [4-6]. Pour les syndromes canaux secondaires, les étiologies retrouvées sont l'exposition professionnelle (marteau piqueur, port d'objets lourds...), les antécédents traumatiques (fracture de la clavicule, fracture des os du carpe...), les anomalies congénitales (anomalies osseuses, musculaires, vasculaires ou tendineuses) et enfin les étiologies rhumatismale, métabolique ou endocrinienne [2]. Les causes tumorales sont rares [3]. Dans cette étude, deux cas de compression vasculo-nerveux du membre supérieur d'étiologie exceptionnelle ont été rapportés. Le

premier cas est une tumeur musculaire de type rhabdomyosarcome alvéolaire, siégeant juste en dessus du canal carpien, mais présentant un prolongement tumoral intracanalair. Le deuxième cas est une néoformation osseuse (exostose), au niveau de la partie proximale de l'humérus, barrant le passage du paquet vasculo-nerveux à destination du membre supérieur. Sur le plan clinique, les manifestations nerveuses sont de loin les plus fréquentes. Les manifestations vasculaires sont rares mais graves [6]. Pour notre première observation, les signes vasculaires associés aux signes nerveux du canal carpien sont dus au volume de la masse. La compression veineuse de l'exostose provoque des phlébites à répétition du membre supérieur gauche pour la deuxième observation. Soulignons qu'il faut réaliser un examen complet pour éviter de passer à côté d'une compression à double étage et de méconnaître une affection neurologique associée d'une autre nature qui peut donner des symptômes identiques [1,2]. Au point de vue thérapeutique, le traitement médical par kinésithérapie est indiqué pour les cas de cause inconnue [2,7,8]. Dans le cas contraire, comme pour nos 2 cas, le traitement chirurgical donne un excellent résultat. Concernant le syndrome de la traversée cervico-thoraco-brachiale, le traitement chirurgical consiste à réséquer les muscles scalènes antérieur et moyen ou la première côte [5,8]. Pour le syndrome du canal carpien, le traitement est basé sur le dégagement du canal carpien par section du ligament annulaire antérieur du carpe et par neurolyse du nerf médian [7]. Dans les cas d'étiologie spécifique comme pour nos deux observations, le traitement repose sur la résection de l'élément compres-

sif. Après ablation de ces néo-formations, aucun geste chirurgical supplémentaire n'a été effectué et le résultat a été satisfaisant. Les signes disparaissent complètement après exérèse. Une surveillance régulière est prévue pour nos 2 patients.

Conclusion

Lorsque le diagnostic est certain, la levée de la compression à l'origine de ces différents syndromes donne de bons résultats cliniques. Le retard thérapeutique peut laisser évoluer des symptômes curables vers des lésions irréversibles laissant de lourdes séquelles.

Références

- 1- Bleton R, Alnot J. les syndromes canalaire périphériques aux membres supérieurs. Sport et appareil locomoteur 2000; 52: 10-5.
- 2- Roulot E, Le Vilet D. Syndromes canalaire révélés à la main. Rev Rhum 2001; 68:505-14.
- 3- Foucher G. Les syndromes canalaire. Rhumatologie. Aix-les-bains 1996; 48: 319-23.
- 4- Chazeraïn P. Syndrome du canal carpien: étiologie, physiopathologie. Rev Prat 1997; 47: 457-9.
- 5- Dubuisson A. Le syndrome du défilé cervico-thoracique. Revue médicale de Liège 2001; 56:97-105.
- 6- Leger O, Lavallé F. Révélation d'un syndrome du canal carpien par ulcération digitale secondaire à un vasospasme artériel. Chir Main 2005; 24:39-41.
- 7- Trumble TE, Gilbert M, Mc Callister WV. Endoscopic versus open surgical treatment of carpal tunnel syndrome. Neurosurg Clin North Am 2001; 12: 255-66.
- 8- Becker F, Bounameaux H, Hayoz D, Christen Y, Merminod T. Thoracic outlet syndrom. Rev Med Angiol Hem 2005: 1-10. .