



© Anupong Thongchan | Dreamstime.com

Une étude descriptive clinique et électrophysiologique des cas

Le syndrome du canal carpien à Lomé (2015–2020)

Kossivi Apetse^{a,b}, Awissoba Eyadom Awidina-Ama^b, Kokouvi Panabalo Waklatsi^b, Komlan N Anayo^c, Kokou M Guinhouya^{a,c}, Damelan Kombate^{d,e}, Komi Assogba^{a,b}, Mofou Belo^{a,c}, Agnon Koffi Balogou^{a,b}, Vinyo Kodzo Kumako^{d,e}

^a Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé, Lomé-Togo; ^b Service de Neurologie, CHU CAMPUS de Lomé, Lomé-Togo; ^c Service de Neurologie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé-Togo; ^d Faculté des Sciences de la Santé, Université de Kara, Kara-Togo; ^e Service de Neurologie, CHU Kara, Kara-Togo

Introduction

Le syndrome du canal carpien (SCC) correspondant à une compression ou à une irritation du nerf médian au poignet est la neuropathie d'enclavement la plus fréquente et la plus étudiée [1]. L'incidence annuelle du SCC qui varie selon les études et les pays est estimée à 3,8/1000 dans la population générale et il existe une prédominance féminine avec un sexe ratio 1/3 et un pic entre 40 et 60 ans [2]. Sa prévalence dans la population générale est estimée à 2,7% [3]. Le risque cumulé de développer un SCC au cours de l'existence a été estimé à 10% [4]. Dans son étiopathogénie, il est dans la plupart des cas idiopathique, mais peut aussi être secondaire à des causes multifactorielles (anatomiques, traumatiques, endocriniennes, rhumatismales ou tumorales, etc.) [5]. La symptomatologie clinique évocatrice est souvent typ-

ique: douleurs, troubles de la sensibilité (paresthésies, anesthésie, engourdissement) et de la motricité (faiblesse, maladresse, raideur) des trois premiers doigts et de la moitié radiale du 4^e doigt [3]. L'atteinte est habituellement bilatérale et asymétrique. Comme outils cliniques d'aide au diagnostic positif du SCC, les critères de l'académie américaine de neurologie [6] (annexe 1) peuvent être utilisés, mais les diagnostics positifs différentiels et de gravité des SCC passent par l'électroneuromyogramme (ENMG). En effet, l'ENMG constitue l'examen de référence pour l'exploration du nerf médian en cas d'atteinte dans le canal carpien [7]. Sur une échelle de 3 stades de sévérité discrète (retentissement myélinique sensitif)/modérée (lésions myéliniques sensitives et motrices, sans lésion axonale)/sévère (lésions axonales sensitives et/ou motrices), l'ENMG permet de certifier

le diagnostic du SCC [6]. L'évolution du SCC non traité se fait vers des complications fonctionnelles permanentes des membres supérieurs, associées à des insomnies (troubles de la sensibilité, maladresse, faiblesse ou paralysie de l'opposition du pouce) provoquant une limitation dans les activités quotidiennes et dans le rendement professionnel [6]. Le traitement du SCC est médico-chirurgical. Le traitement médical reposant sur la mise en place d'une orthèse immobilisant le poignet et/ou la réalisation d'une infiltration de corticoïdes est proposé dans les formes modérées, mais son efficacité est transitoire. La prise en charge chirurgicale est nécessaire dans les formes sévères et en cas d'échec du traitement médical. Le principe du traitement chirurgical est l'ouverture du ligament annulaire antérieur. Il peut être fait à ciel ouvert ou par voie endoscopique [5]. Bien que le

SCC soit ubiquitaire et fréquent, les données sur les SCC en Afrique subsaharienne sont rares [8, 9]. Au Togo, pays ouest-africain caractérisé par un plateau technique limité et un accès limité des populations aux soins, une seule étude a été publiée sur le SCC retenu uniquement sur des arguments cliniques en milieu hospitalier de rhumatologie à Lomé en 2020 [8]. En raison de cette sous-documentation et aussi de la sous-information de la population togolaise sur le SCC, le diagnostic positif du SCC au Togo se fait souvent à un stade tardif ne permettant pas sa prise en charge précoce et efficace, impactant ainsi négativement le quotidien et la profession des patients. La rareté d'études portant sur le SCC en Afrique subsaharienne et particulièrement au Togo a motivé cette étude qui a pour objectif de décrire les caractéristiques du SCC au Togo à travers une série de cas de SCC confirmés à l'ENMG. Les résultats de cette étude permettront d'améliorer la connaissance de cette affection en vue de limiter le retard de diagnostic.

Méthode

Les deux seuls laboratoires d'ENMG du Togo ont constitué le cadre de l'étude. Ils sont implantés dans des structures cliniques privées situées à Lomé: Clinique Œil et Cerveau (100 patients pour l'ENMG en moyenne par an depuis 2013) et Clinique Biasa (en moyenne 200 patients pour l'ENMG par an depuis 2019), équipées chacune d'un électromyographe

(respectivement de marque Viking et MyoQuick-EMG Line- P-E Micromed). Un examen d'ENMG coûte entre 45 000 et 60 000 FCFA (68,60 et 91,46 euros) alors que le salaire minimum interprofessionnel garanti togolais est de 35 000 FCFA (53,35 euros) et seuls 5% de la population bénéficient d'une couverture assurance-santé. Il n'existe pas encore de structure sanitaire publique à même de réaliser un examen d'ENMG d'où son coût prohibitif. Dans chaque laboratoire, les examens sont réalisés sur rendez-vous par un neurologue. Il s'agit d'une étude descriptive à la fois rétrospective et prospective basée sur une série de cas de SCC enregistrés sur cinq années de 2015 à 2020 dans les deux laboratoires d'ENMG. Pour la partie rétrospective, les archives électroniques des comptes-rendus d'ENMG de la période d'étude dans chaque laboratoire ont été consultées, permettant de retenir les patients certifiés atteints de SCC avec leurs numéros de contact téléphonique. Ensuite, ces patients ont été contactés individuellement par téléphone pour obtenir avec chacun un rendez-vous en vue d'un entretien et d'un examen physique parfois à leur domicile pour une confirmation rétroactive de données cliniques et thérapeutiques en lien avec un SCC. La partie prospective de l'enquête a concerné les patients qui ont été vus en consultation neurologique de routine dans la période d'étude et chez lesquels il a été suspecté un SCC par l'interrogatoire et l'examen physique et qui par la

suite ont fait l'objet d'un suivi. Les patients suivis dont l'ENMG réalisé a confirmé le diagnostic du SCC ont été alors retenus pour être inclus dans l'étude au même titre que ceux de la partie rétrospective en partant déjà d'une base de confirmation diagnostique du SCC par l'ENMG avant le début des investigations.

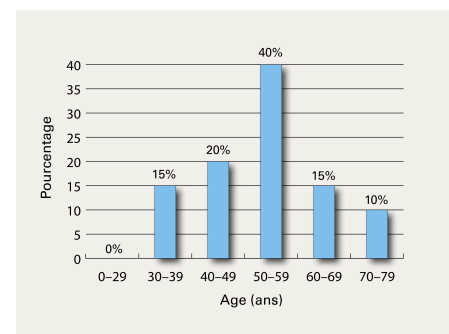


Figure 1: Répartition des 40 patients togolais souffrant de syndrome du canal carpien confirmé à l'électroneuromyogramme (2015-2020) en fonction des tranches d'âge.

Sur le plan éthique, il n'y a pas eu de commission éthique constituée pour l'étude, mais les exigences de la Déclaration d'Helsinki ont été respectées dans la mise en œuvre de l'étude qui a reçu avant sa réalisation l'autorisation des responsables des cliniques Biasa et Œil-Cerveau et un consentement éclairé écrit par les patients retenus pour l'enquête (annexe 2). Les patients ont été rassurés pour la garantie de l'anonymat et de la confidentialité.

Ont été inclus: les patients ayant eu une confirmation à l'ENMG d'une atteinte du nerf médian au canal carpien durant la période d'étude et ayant donné leur consentement pour être inclus. Cette atteinte du nerf médian a été retenue en présence d'au moins une des anomalies suivantes [7]:

- latence distale motrice > 4 ms (stimulation au poignet avec recueil sur le court abducteur du pouce);
- retard de latence > 0,5 ms du médian sur le cubital moteur en recueil sur le 2^e lombrobrail;
- potentiel sensitif altéré (absent ou amplitude réduite ou vitesse ralentie) par rapport au potentiel sensitif du nerf cubital;
- retard de latence > 0,5 ms du médian sur le cubital sensitif en recueil antidromique sur le 4^e doigt.

Dans la période d'étude, les patients confirmés de SCC à l'ENMG non retrouvés pour l'enquête et ceux avec un tableau clinique évocateur d'un SCC dont le diagnostic n'a pas été confirmé à la réalisation de l'ENMG ont été exclus.

Abstract

Introduction: carpal tunnel syndrome (CTS) corresponding to compression or irritation of the median nerve at the wrist is the most common and most studied entrapment neuropathy. This study aims to identify the characteristics of CTS in Lomé.

Methods: this is a descriptive study based on a series of CTS cases recorded from 2015 to 2020. Patients with electroneuromyography confirmation of median nerve damage at the carpal tunnel confirmed by the lengthening (or delay) of one of the latencies of the wrist region were included.

Results: A total of 40 patients were included with a male-to-female sex ratio of 0.21, a mean age (+/- SD) of 53 (+/- 10) years, and a total of 74 hands with CTS out of 80. There were more right-handers (92.50%) than left-handers (7.50%). Trades (32.50%) were the most represented occupation. CTS was bilateral in 85% of cases. Paresthesias and pain of the first 4 fingers with a nocturnal predominance were noted in 100% and 75% of cases, respectively. In the Boston questionnaire, 60% of the cases had moderate to severe CTS symptoms. The electroneuromyography showed a lengthening of the distal median motor latency and a decrease in amplitude or non-obtainment of the distal sensory potential in 75% and 85% of cases respectively. Decompressive surgery was performed in 22.50% of cases with a failure rate of 55%.

Conclusion: In Togo, the presentation of CTS is classical but the majority of CTS is seen at the severe stage. Medical treatment is widely used but decompressive surgery is still in its infancy.

Keywords: ♦electroneuromyogramme; syndrome du canal carpien; traitement

Notre base de données a été constituée à travers une fiche d'enquête préétablie et les données suivantes ont été recueillies: âge, sexe, main dominante, profession, signes cliniques, effet des différentes manœuvres de provocation (test de Tinel, test de Phanel, test de Mc Murthy, test de Guillat, test de Thomas), sévérité des symptômes, répercussion fonctionnelle du SCC avec le questionnaire de Boston (tableau 1) [10], données d'ENMG, données thérapeutiques. La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel Epi-info (version 7.2.2.6). L'intervalle de confiance a été établi à 95%. Les variables quantitatives et qualitatives ont été exprimées, respectivement, en fréquence et en moyenne $\pm$ écart-type. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

Tableau 1: Questionnaire de Boston pour le syndrome du canal carpien	
VOLET SYMPTOMATIQUE (symptom severity scale)	VOLET FONCTIONNEL (functional status scale)
Sévérité de la douleur	Ecrire
Réveils nocturnes	Boutonner ses vêtements
Douleur diurne	Tenir un livre
Fréquence des douleurs diurnes	Tenir le téléphone
Durée des épisodes de douleur diurne	Ouvrir des pots
Hypoesthésie	Effectuer les tâches ménagères
Faiblesse musculaire	Porter un sac de commissions
Picotements	Se laver et s'habiller
Sévérité des paresthésies nocturnes	
Réveils dus aux paresthésies (picotements)	
Difficulté à la manipulation fine	

Anmerkung

Résultats

Au total, 40 patients ont été inclus avec un sex-ratio homme sur femme de 0,21, un âge moyen (+/- écart-type) de 53 (+/- 10) ans et un total de 74 mains atteintes de SCC sur 80. La tranche d'âge 50-59 ans était la plus représentée avec 40% des patients de l'étude. Il y avait plus de droitiers (92,5%) que de gauchers (7,5%). Les commerçants (32,5%) ont été la profession la plus représentée. Le récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques est rapporté dans le tableau 2. Le SCC était bilatéral dans 85% des cas, unilatéral droit dans 12,5% et unilatéral gauche dans 2,5% des cas. Les paresthésies et les douleurs étaient notées respectivement dans 100% et 75% des cas avec un horaire nocturne noté respectivement dans 95% et 67,5% des cas (tableau 3). Les données de l'examen physique sont consignées dans le tableau 4. Le trouble de la préhension et la maladresse ainsi que la faiblesse et l'amyotrophie des muscles thénariens étaient respectivement notés dans 42,5% et 20% des cas. Des tests de provocation positifs avaient été retrouvés: Phalen 65%, Tinel 77,5%, Mc Murthy 62,5%. D'après l'évaluation de la sévérité des symptômes et de la répercussion fonctionnelle du SCC par le

questionnaire de Boston (tableau 5), 60% des cas étaient modérés à sévères, avec des difficultés gestuelles manuelles modérées à intenses dans 45% des cas avant le traitement. A l'exploration du nerf médian à l'ENMG (tableau 6), l'allongement de la latence distale motrice était retrouvé dans 75% des cas au membre supérieur gauche et dans 70% des cas au membre supérieur droit. Le potentiel sensitif distal était diminué d'amplitude ou non obtenu dans 85% des cas à chaque membre supérieur. La vitesse de conduction sensitive distale était ralentie ou non obtenue dans 57,5% des cas au membre supérieur gauche et dans 70% des cas au membre supérieur droit. Le SCC idiopathique (42,5%) a été la forme la plus retrouvée, mais neuf patients (22,5%) étaient diabétiques et quatre (10%) souffraient d'une polyarthrite rhumatoïde (tableau 7). Un traitement conservateur a été réalisé dans 77,5% des cas (tableau 8) et la chirurgie décompressive dans 22,5% des cas (tableau 9). L'échec thérapeutique après chirurgie a été noté dans 55% des cas opérés.

Féminin	33 (82,50)
Sex ratio (H/F)	0,21
Latéralité	
Droitiers	37 (92,50)
Gauchers	3 (7,50)
Situation matrimoniale	
Marié-e	28 (70)
Divorcé-e	1 (2,50)
Célibataire	2 (5)
Régieux-e	2 (5)
Veu-e	7 (17,50)
Profession	
Agent d'administration	10 (25)
Enseignant	4 (10)
Electricien	1 (2,50)
Autres des autres	9 (22,50)

types de professions	40 (100)
Engourdissement	32 (80)
Fourmillement	29 (72,50)
Picotement	12 (30)
Décharge électrique	12 (30)
Crampes	6 (15)
Horaire de survenue du symptôme	40 (100)
Horaire nocturne	10 (25)
Horaire diurne	2 (5)
Horaire mixte	28 (70)
Localisation du symptôme	80 (100)
4 premiers doigts (Pouce + Index + Majeur + Annulaire)	27 (33,75)
3 premiers doigts (Pouce + Index + Majeur)	11 (13,75)
Index + Majeur + Annulaire	10 (12,50)
Index + Majeur	5 (6,25)
Majeur + Annulaire	2 (2,50)
Pouce + Annulaire	1 (1,25)

Trouble de la sensibilité épicritique	3	7,50
Hypoesthésie tactile grossière	17	42,50
Hyperesthésie	1	2,50
Total du trouble sensitif	21	52,50
Topographie du trouble de la sensibilité		
4 premiers doigts (Pouce + Index + Majeur + Annulaire)	10	25
3 premiers doigts (Pouce + Index + Majeur)	5	12,50
Index-Majeur	3	7,50
Index-Majeur-Annulaire	2	5
Majeur-Annulaire	1	2,50
Evaluation motrice des mains		
Motricité normale des mains	22	55
Faiblesse et amyotrophie des muscles thénariens	8	20
Altération de l'abduction et l'opposition du pouce	1	2,50
Altération des mouvements de la pince digitale	6	15
Trouble de la préhension et maladresse	17	42,50

l'électroneuromyogramme (2015-2020)		
Questionnaire de BOSTON		Distribution initiale avant traitement n(40) % (100)
Volet d'évaluation de la sévérité des symptômes (SSS)		
Score	Sévérité des symptômes	
11	Asymptomatique	1 (2,50)
12-22	Légère	11 (27,50)
23-33	Modérée	12 (30)
34-44	Sévère	15 (30)
45-55	Très sévère	1 (2,50)
Volet d'évaluation de la répercussion fonctionnelle du SCC (FSS)		
Score	Répercussion fonctionnelle	12,50
8	Sans peine	7 (17,50)
9-16	Difficulté légère	14 (35)
17-24	Difficulté modérée	11 (27,50)
25-32	Difficulté intense	7 (17,50)

	Géneration motrice	20	50	19	47,50
	Abaissement global	28	70	29	72,50
	Non obtenue	1	2,50	2	5
Stimulation motrice	Amplitude de la réponse évoquée motrice				
	Réduction (≤ 5 mV)	22	55	23	58
	Normale (≥ 5 ou ≤ 5 mV)	16	40	16	40
	Non obtenue	2	5	2	5
	Vitesse de conduction motrice				
	Normal (≥ 40 m/s)	11	27,50	11	27,50
	Normale (≥ 40 ou ≤ 40 m/s)	23	57,50	24	60
	Non obtenue	6	15	2	5
	Association du territoire du nerf digital				
	OUI	4	10	5	12,50
Non	36	90	35	87,50	
Stimulation sensitive	Vitesse de conduction sensitive distale				
	Normale (≥ 40 ou ≤ 40 m/s)	12	30	13	32,50
	Ralentissement distal	2	5	1	2,50
	Ralentissement modéré	6	15	6	15,00
	Ralentissement sévère	7	17,50	9	22,50
	Total des ralentissements globaux	15	37,50	15	37,50
	Non obtenu	13	32,50	12	30
Stimulation sensitive	Amplitude du potentiel sensitif distal				
	Normale (≥ 5 ou ≤ 5 μ V)	6	15	6	15

Tableau 7: Formes étiologiques du syndrome du canal carpien (SCC) enregistrées chez les 40 patients togolais souffrant de SCC confirmé à l'électroneuromyogramme (2015-2020)		
Formes étiologiques du SCC	Effectif n (40)	Pourcentage % (100)
Forme idiopathique	17	42,50
Formes associées		
Diabète	9	22,50
Polyarthrite rhumatoïde	4	10
Post-traumatique du poignet	3	7,50
Grossesse	2	5
Déformation anatomique du poignet	1	2,50
Ménopause	1	2,50
Post-électrocution	1	2,50
Ténosynovite intracanaulaire	1	2,50
Hypersollicitation musculosquelettique des membres supérieurs	1	2,50

Tableau 8: Aspects du traitement médical chez les 40 patients togolais souffrant de syndrome de canal carpien confirmé à l'électroneuromyogramme (2015-2020)			
Variables	Effectif n (40)	Pourcentage % (100)	95%IC
Types de traitement médical			
Mise au repos du poignet	13	32,50	18,57-49,13
Port d'orthèse de poignet	6	15	5,71-29,84
Massage du membre supérieur ou de la main	11	27,50	14,60-43,39
Kinésithérapie	7	17,50	7,34-32,78
Antalgiques	35	87,50	73,20-95,81
AINS	30	75	58,80-87,31
Infiltrations aux corticoïdes	21	52,50	36,13-68,49
Appréciation du traitement médical par le patient			
Echec	8	20	9,05-35,65
Efficacité moyenne	29	65	58,74-74,15
Succès	3	7,50	1,57-20,39

95% = intervalle de confiance

Variables	Effectif n (40)	Pourcentage % (100)
Proposition de l'option chirurgicale		
Non	8	20
Oui	32	80
Réponse à la proposition de l'option chirurgicale	n (32)	% (100)
Acceptation	10	31,25
Refus	12	37,50
Option chirurgicale non encore envisagée	10	31,25
Intervention chirurgicale	n (9)	% (100)
Ciel ouvert	9	100
Voie endoscopique	0	0
Main opérée	n (9)	% (100)
Main droite	7	77,78
Main gauche	2	22,22
Indications	n (9)	% (100)
Atteinte sévère	2	22,22
Echec du traitement conservateur	6	66,67

Discussion

L'intérêt de l'étude a été guidé par la rareté dans la littérature d'études portant sur le SCC en Afrique subsaharienne et particulièrement au Togo et réside aussi dans le fait que l'ENMG est le seul examen qui permette d'affirmer ou d'éliminer la souffrance du nerf médian dans sa traversée du canal carpien. L'objectif de l'étude était de rapporter une série de cas de SCC confirmés à l'ENMG au Togo à travers laquelle les aspects épidémiologiques, cliniques, électroneuromyographiques et thérapeutiques sont décrits. Les caractéristiques sociodémographiques marquées par une prédominance du sexe féminin et l'âge de survenue vers 53 ans ont été déjà rapportées au Togo [8] comme ailleurs [9, 11, 12]. La tranche d'âge la plus exposée au développement du SCC était celle de la population la plus active (50-59 ans). Les couches socioprofessionnelles les plus affectées par le SCC sont celles des métiers plus exposés aux tâches manuelles (commerçants, agents d'administration, ménagères). En effet, la littérature [16, 17, 18, 19] confirme bien que ces métiers exposent plus aux facteurs de risques biomécaniques du SCC (mouvements répétitifs du poignet ou de la main, application de la force, mouvement de préhension et de manutention, posture articulaire du poignet et pression sur la paume de la main) à travers une hypersollicitation musculosquelettique du membre supérieur dans les activités. En outre, les tâches ménagères, mettant au premier rang les femmes en les exposant au SCC, constituent bien un argument en faveur de la prédominance féminine retrouvée dans cette étude. La prédominance de droitiers (92,5%) impliquant de fait une prédominance de l'atteinte droite dans le caractère bilatéral prédominant des SCC (85%) retrouvée ainsi que la prédominance des métiers manuels retrouvée permettent de dire que le facteur d'utilisation répétitive joue un rôle majeur dans la survenue du SCC comme cela est déjà largement démontré dans la littérature [17, 18]. Les proportions des signes subjectifs du SCC (acroparesthésies avec leurs différents types et la douleur) ainsi que le caractère nocturne de leurs manifestations sont élevés dans cette étude, comme en témoignent similairement ceux rapportés par Fianyo et al. au Togo [8] et Bahri et al. en Tunisie [13]. Leurs topographies principalement sur les 4 premiers doigts ou toute la main, avec un caractère nocturne, constituent un signe fidèle du SCC. Les signes sensitifs objectifs étaient beaucoup moins rares avec la même topographie. Le test de provocation avec le meilleur taux de positivité était le test de Tinel, autour de 77%,

bien plus élevé que les 57% rapportés par Fianyo et al. [8]. Le risque de faux diagnostic clinique positif de SCC réduit par la réalisation d'ENMG dans cette série pourrait expliquer cette différence. Dans la série, à l'évaluation de la sévérité des symptômes et la répercussion fonctionnelle du SCC par le questionnaire de Boston, la majorité des patients se retrouve au stade de sévérité clinique modéré à sévère, soit entre les scores 23-33 et 34-44, et au stade de répercussion fonctionnelle de difficultés gestuelles modéré à intense, soit entre les scores 17-24 et 25-32. Ces résultats que rapporte la série sont similaires à ceux décrits par Anwar et al. au Pakistan [14] et montrent que les patients éprouvaient un certain handicap non négligeable dans leur quotidien tant en termes de sévérité des symptômes qu'en termes de répercussion fonctionnelle du SCC dont ils souffraient dans leurs activités. Comme dans la littérature [7], l'altération du potentiel sensitif du médian et l'allongement de la latence distale motrice du médian étaient les anomalies électriques les plus retrouvées. Au Togo, pays à ressources limitées où l'accès à l'ENMG est restreint à cause de son coût élevé, un protocole minimal de détection de SCC à travers ces deux anomalies pourrait réduire le temps de réalisation et ainsi le coût de l'examen. Ceci permettrait une meilleure prise en charge des patients. En effet, l'ENMG est utile pour écarter les diagnostics différentiels et évaluer la sévérité en vue d'une éventuelle indication chirurgicale. La prédominance du SCC idiopathique et du diabète retrouvée dans les formes étiologiques du SCC reste conforme aux données de la littérature [2, 5]. Dans la série, le traitement médical a été celui le plus accessible et le plus utilisé par les patients. Néanmoins son efficacité est restée bien moyenne par rapport à leur attente. Seuls neuf (22,5% des cas) des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Le faible taux de l'option chirurgicale s'explique certainement par le taux élevé de refus de la masse sur cette maladie et de la désinformation sur les avantages du traitement chirurgical dans la prise en charge du SCC par rapport au traitement conservateur. Le taux d'échec de la chirurgie enregistré (55%) pourrait s'expliquer par la jeunesse de la chirurgie du SCC qui a commencé depuis seulement quelques cinq ans au Togo, avec moins d'expérience dans l'utilisation des techniques d'intervention qui pour le moment se limitent seulement à la technique à ciel ouvert, laissant des suites postopératoires moins bonnes que celles rapportées dans la littérature [9, 11, 15].

Conclusion

Le SCC est fréquent et touche plus le genre féminin et la tranche d'âge la plus active de la population. Cette étude reste conforme au profil du SCC prédit dans la littérature et pourrait dégager un cliché d'observations utiles sur le profil du SCC au Togo, aidant ainsi à sa meilleure connaissance, à son diagnostic précoce et à sa prise en charge efficace.

Correspondance

Docteur Kossivi Apetse,
Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé
BP: 1515 Lomé Togo
[kapetse\[at\]univ-lome.tg](mailto:kapetse[at]univ-lome.tg)

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Data Availability Statement

Les demandes d'accès aux données sont à adresser à la personne indiquée ci-dessus.

Références

- Olney RK. Carpal tunnel syndrome: complex issues with a "simple" condition. *Neurology* 2001;56(11):1431-2.
- HAS. Rapport HAS - Chirurgie du syndrome du canal carpien: approche multidimensionnelle pour une décision pertinente. 2012. [consulté le 12 juillet 2022]. Disponible sur: www.has-sante.fr.
- Dreano T, Albert J-D, Marin F, Sauleau P. Syndrome du canal carpien. In: EMC Appareil locomoteur. Paris: Elsevier Masson SAS; 2011. 14-069-A-10.
- Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosén I. Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA*. 1999;282(2):153-8.
- Samson P. Le syndrome du canal carpien. *Chirurgie de la main*. 2004;23(suppl1):S165-77.
- HAS. Analyse et amélioration des pratiques Syndrome du canal carpien Optimiser la pertinence du parcours patient, Février 2013. [Consulté le 12 juillet 2022]. Disponible sur: www.has-sante.fr.
- American Association of Electrodiagnostic Medicine, American Academy of Neurology, and American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Practice parameter for electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome: summary statement. *Muscle Nerve*. 2002;25(6):918-22. doi: 10.1002/mus.10185. PMID: 12115985.
- Fianyo E, Kakpovi K, Gbeassor-Komlanvi F, Tagbor K, Houzou P, Koffi-Tessio VES et al. Le Syndrome Du Canal Carpien À Lomé (Togo). *European Scientific Journal*. 2020;16(9):229.
- Massamba Miabao D, Boukassa L, Lamini N, Massouma R, Monka M, Ondélé N et al. Neurolysis of the Median Nerve to the Carpal Canal by the Way Mini-Open: Review of 68 Files at Brazzaville University Hospital. *Surg Sci*. 2017;8:510-8.
- Levine DW, Simmons BP, Koris MJ, Daltroy LH, Hohl GG, Fossel AH, Katz JN. A self-administered questionnaire for the assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Am*. 1993;75(11):1585-92. doi: 10.2106/00004623-199311000-00002. PMID: 8245050.
- Mondelli M, Giannini F, Giacchi M. Carpal tunnel syndrome incidence in a general population. *Neurology* 2002;58(2):289-94. doi: 10.1212/wnl.58.2.289. PMID: 11805259.
- Benquet B, Fabre T, Durandea A. Neurolyse du nerf médian au canal carpien par voie mini-invasive. A propos d'une série prospective de 138 cas. *Chirurgie de la Main*. 2000;19(2):86-93. [https://doi.org/10.1016/S1297-3203\(00\)73465-2](https://doi.org/10.1016/S1297-3203(00)73465-2).
- Bahri M, Khiari H, Gmati A, Mizouni H, Meddeb N,

Mrabet A et al. Le syndrome du canal carpien: A propos d'une série hospitalière tunisienne. *Tunis Med.* 2012;90(1):62-5.

14 Anwar I, Ameer A, Azam S, Khalid M, Asim H. Hand Function among Patients with Carpal Tunnel Syndrome. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation.* 2019;7:170-7.

15 Chammas M, Boretto J, Burmann LM, Ramos RM, Neto FS, Silva JB. Carpal tunnel syndrome - Part II (treatment). *Rev Bras Ortop.* 2014;49(5):437-45. doi: 10.1016/

j.rboe.2014.08.002. PMID: 26229842; PMCID: PMC4487430.

16 Bonfiglioli R, Mattioli S, Fiorentini C. Relationship between repetitive work and the prevalence of carpal tunnel syndrome in part-time and full-time female supermarket cashiers: a quasi-experimental study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2007;80(3):248-53.

17 Colombini D., Occhipinti E., Dellerman N., Fallentin N., Kilbom A., Grieco A. Exposure assessment of upper limb repetitive movements: a consensus document. *G*

Ital Med Lav Erg. 2001;23(2):129-42.

18 INRS 2020. Les troubles musculosquelettiques (TMS). © INRS. 2020;1-27.

19 Palmer KT. Carpal tunnel syndrome: The role of occupational factors. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011;25:15-29.