

Thierry Kuntzer,
François Ochsner

Le syndrome du tunnel carpien

**Concerne: Fricker R. Das Karpaltunnel-
syndrom – häufige Nachtruhestörung
und wie ein kleiner Schnitt Abhilfe schafft.
Schweiz Med Forum 2004;4:1211–7.**

Nous avons été intéressés par l'article de revue du Dr Renato Fricker [1] sur le syndrome du tunnel carpien. Après un aperçu épidémiologique et clinique, sans omettre l'évaluation électrophysiologique, l'auteur axe surtout son propos sur l'approche thérapeutique, approche aussi bien conservatrice que chirurgicale.

Nous avons été surpris par la figure 2 de la page 1214, démontrant la manière avec laquelle est injectée le ligament transverse antérieur du carpe entre les deux tendons des muscles *flexor*

carpi radialis et *palmaris longus* alors que classiquement l'injection s'effectue à mi-distance entre les nerfs médian et ulnaire, sans le risque de léser l'un ou l'autre nerf, mais surtout en évitant d'infiltrer l'artère radiale.

La technique d'infiltration recommandée est discutée dans un ouvrage de référence édité par David M. Dawson, Mark Hallett et Lewis H. Millender [2], la technique correcte d'infiltration est illustrée à la page 66, et correspond bien à une infiltration entre les nerfs médian et ulnaire. L'infiltration est alors sûre, peu douloureuse et traverse le ligament transverse du carpe.

Correspondance:
Dr Thierry Kuntzer
Service de Neurologie
Unité muscle-nerf
CHUV
CH-1011, Lausanne

Références

- 1 Fricker R. Das Karpaltunnelsyndrom – häufige Nachtruhestörung und wie ein kleiner Schnitt Abhilfe schafft. Schweiz Med Forum 2004;4:1211–7.

- 2 Dawson DM, Hallett M, Millender LH. Carpal tunnel syndrome. In: Entrapment Neuropathies. Boston/Toronto: Little, Brown and Cy; 1990. p. 25–92.

Renato Fricker

Replik

Für Ihre Anmerkung zur Technik der Infiltration des Karpaltunnels möchte ich mich bedanken und freue mich, dass meine Zusammenstellung zum Thema Karpaltunnelsyndrom auch im Detail beachtet wird.

Sicher existieren verschiedene Techniken zur Injektion eines Medikamentes in den Karpaltunnel und die von Ihnen bevorzugte Methode hat zu Recht ihre Anhänger. Leider ist es im Rahmen eines solchen Überblickartikels nicht möglich, auf alle ebenfalls korrekten Varianten einzugehen. Ich kann allerdings die Aussage, dass die im Artikel dargestellte Technik [1] falsch sei, nicht unterstützen. Die Punktion zwischen den Sehnen des M. *palmaris longus* und des M. *flexor carpi radialis* stellt ein Standardvorgehen dar, nicht nur in der handchirurgischen Literatur [2],

sondern auch in neurologischen Lehrbüchern [3]. Eine versehentliche Punktion der A. *radialis* ist bei einer Einstichrichtung in der Längsachse des Unterarmes nicht möglich, da die A. *radialis* ja nicht zwischen den erwähnten Sehnen, sondern *radial* der *Flexor-carpi-radialis*-Sehne liegt, wo auch ihre Pulsation getastet wird. Aus diesem Grund empfehlen auch die Anleitungen zur Lokalanästhetikainjektion zur Blockade des N. *medianus* am Handgelenk (im Rahmen eines Anästhesieverfahrens) die Injektion zwischen den genannten Sehnen [4] ohne Gefahr einer Injektion in die A. *radialis*.

Korrespondenz:
Dr. Renato Fricker
Handchirurgie
Kantonsspital
CH-4101 Bruderholz

Literatur

- 1 Fricker R. Das Karpaltunnelsyndrom – Häufige Nachtruhestörung und wie ein kleiner Schnitt Abhilfe schafft. Schweiz Med Forum 2004;4:1211–7.
2 Szabo RM. Entrapment and compression neuropathies. In: Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, Wolfe SW (eds.). Green's Operative Hand Surgery. 4th edition. London: Churchill Livingstone; 1999.

- 3 Richter HP. Nervus medianus. In: Tackmann W, Richter H-P, Stöhr M. Kompressionssyndrome peripherer Nerven. Berlin: Springer; 1989.
4 Regionalanästhesie. Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Gustav Fischer Verlag. 1985:58.