



Fondée en 1993 sous la direction de Iain Chalmers, Cochrane est une organisation internationale indépendante et à but non lucratif. Sa mission est de favoriser la prise de décisions de santé éclairées par les données probantes, grâce à des revues systématiques pertinentes, accessibles et de bonne qualité et à d'autres synthèses de données de recherche.

Le centre français Cochrane France, créé en 2010 par le Pr Philippe Ravaud et constitué sous la forme d'un Groupement d'intérêt scientifique (GIS), regroupant la Haute Autorité de santé (HAS), l'AP-HP et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), s'est donné pour missions notamment de promouvoir et de soutenir la participation des francophones dans Cochrane et de rendre les données Cochrane accessibles et utiles à tous en France et dans les pays francophones.

La Lettre du Rhumatologue est heureuse de participer à cette diffusion du savoir en publiant dans une rubrique dédiée le résumé d'un article Cochrane traduit par Cochrane France et de présenter en regard les messages qu'un expert clinicien invité par le comité de rédaction a retenus de cette lecture.

Injection locale de corticoïdes par rapport à la chirurgie pour le syndrome du canal carpien

Article original : Ashworth NL et al. Local corticosteroid injection versus surgery for carpal tunnel syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2024;8(8):CD015101. doi: 10.1002/14651858.CD015101.

RÉSUMÉ SCIENTIFIQUE

Contexte

Le syndrome du canal carpien (SCC) est un syndrome clinique très courant qui se manifeste par des symptômes et des signes d'irritation du nerf médian au sein du canal carpien, au niveau du poignet. Ses coûts directs et indirects sont considérables et estimés à 2 milliards de dollars pour la chirurgie aux seuls États-Unis. L'injection locale de corticoïdes a été utilisée comme un traitement non chirurgical depuis de nombreuses années, mais son efficacité est toujours contestée.

Objectif

Évaluer les bénéfices et les risques de l'injection de corticoïdes dans ou autour du canal carpien pour le traitement du SCC par rapport à la chirurgie.

Stratégie de recherche documentaire

Les méthodes de recherche exhaustives de Cochrane ont été utilisées. Les recherches ont été menées dans le registre spécialisé du groupe Cochrane sur les maladies neuromusculaires, CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, ClinicalTrials.gov et l'ICTRP de l'OMS. La dernière recherche a été effectuée le 26 mai 2022.

Critères de sélection

Des essais contrôlés randomisés (ECR) ou quasi randomisés portant sur des adultes souffrant d'un SCC ont été inclus. Ces ECR comportaient au moins un groupe de contrôle avec injection locale de corticoïdes au niveau du poignet et un groupe ayant eu une intervention chirurgicale.

Recueil et analyse des données

Les méthodes standard de Cochrane ont été employées. Le critère de jugement principal était l'amélioration des symptômes jusqu'à 3 mois de suivi. Les critères de jugement secondaires étaient l'amélioration de la fonction, des symptômes à plus de 3 mois de suivi, des paramètres neurophysiologiques, des paramètres d'imagerie, de la qualité de vie et les événements indésirables.

GRADE a été utilisé pour évaluer le niveau de confiance des données probantes pour chaque critère de jugement.

Résultats principaux

Sept études portant sur 569 mains (même si les données provenant de 2 études étaient inutilisables pour les analyses quantitatives) ont été incluses. Toutes les études ont

utilisé une injection locale de corticoïdes unique comme comparateur, avec différents types et doses de corticoïdes. Dans chaque étude, tant pour le groupe chirurgie que pour le groupe injection locale de corticoïdes, tous les critères de jugement principaux et secondaires montraient une amélioration avant et après le traitement. Cependant, les données probantes issues d'analyses combinées étaient trop incertaines pour permettre de tirer des conclusions sur la comparaison entre le traitement chirurgical et l'injection locale de corticoïdes concernant le critère de jugement principal du soulagement des symptômes jusqu'à 3 mois de suivi (différence de moyennes standardisée (DMS) : 0,63 [IC₉₅ : -0,61 ; +1,88] ; I² = 95 % ; 5 essais, 305 participants ; données probantes d'un niveau de confiance très faible).

Les résultats concernant les critères de jugement secondaires du soulagement des symptômes à plus de 3 mois de suivi (DMS = 0,94 [IC₉₅ : -0,31 ; +2,19] ; I² = 93 % ; 4 essais, 235 participants), l'amélioration fonctionnelle jusqu'à 3 mois de suivi (DMS = -0,11 [IC₉₅ : -0,94 ; +0,72] ; I² = 84 % ; 3 essais, 215 participants) et

l'amélioration fonctionnelle à plus de 3 mois de suivi (DMS : 0,19 [IC₉₅ : -1,22 ; +1,59] ; I² = 93 % ; 3 essais, 185 participants) étaient également très incertaines (données probantes d'un niveau de confiance très faible) et ne montraient pas d'avantage clair de la chirurgie ni de l'injection locale de corticoïdes. La chirurgie pourrait améliorer la neurophysiologie (latence distale motrice du nerf médian) davantage que l'injection locale de corticoïdes (différence de moyennes (DM) = 0,87 ms (IC₉₅ : 0,32-1,42) ; I² = 72 % ; 3 essais, 162 participants ; données probantes d'un niveau de confiance faible). Les données probantes de la qualité de vie et des événements indésirables étaient également très incertaines. La qualité de vie (EuroQol-5D-3L) pourrait s'améliorer légèrement après l'injection par rapport à la chirurgie (la différence ne serait pas cliniquement importante) (DM = 0,07 [IC₉₅ : 0,02-0,12 ; 1 essai, 38 participants ; données probantes d'un niveau de confiance très faible) et il pourrait y avoir moins d'événements indésirables avec l'injection locale de corticoïdes qu'avec la chirurgie (risque relatif (RR) = 0,34 [IC₉₅ : 0,04-3,26 ; 3 essais, 112 participants ; données probantes d'un niveau de confiance très faible).

Conclusion des auteurs

Les données probantes comparant l'injection locale de corticoïdes à la chirurgie pour le SCC, que ce soit à court terme ou à 12 mois de suivi, sont trop incertaines pour permettre de tirer des conclusions fiables.

COMMENTAIRE

**Pr Christophe Richez**

Service de rhumatologie, hôpital Pellegrin ; Centre de référence des maladies auto-immunes systémiques rares RESO, CHU de Bordeaux.

Le SCC est l'un des syndromes canaux les plus fréquents, à l'origine d'un retentissement fonctionnel majeur et d'un coût important pour le système de santé. La chirurgie, souvent considérée comme le traitement de référence, est efficace mais invasive. L'injection locale de corticoïdes, largement pratiquée depuis plusieurs décennies, notamment par les rhumatologues, offre une alternative moins contraignante, mais la durabilité de ses effets reste discutée.

La revue Cochrane publiée en août 2024 a comparé ces 2 stratégies à partir de 7 essais contrôlés randomisés (569 mains). Elle conclut que les données disponibles, de qualité globalement faible à très faible, ne permettent pas d'affirmer la supériorité de l'une ou l'autre approche sur l'amélioration des symptômes, de la fonction ou de la qualité de vie, à court comme à moyen terme. La chirurgie pourrait améliorer certains paramètres neurophysiologiques, tandis que les injections semblent associées à moins d'événements indésirables, mais ces résultats restent fragiles.

Depuis cette revue, l'essai multicentrique néerlandais DISTRICTS a été publié dans le *Lancet* [1]. Mené dans 31 hôpitaux, il a inclus 934 patients avec SCC confirmé. À 18 mois, le taux de rétablissement était significativement plus élevé dans le groupe chirurgie (61 %) que dans le groupe injection (45 %), soit un bénéfice relatif clair en faveur de la chirurgie ($RR = 1,36$; $IC_{95} : 1,19-1,56$). Les événements indésirables étaient comparables entre les 2 groupes, sans signal majeur de sécurité. Ces résultats suggèrent que la chirurgie pourrait offrir de meilleures chances de récupération durable, mais les auteurs soulignent que la décision thérapeutique doit rester individualisée et tenir compte, bien sûr, de la préférence des patients.

En pratique, ces études présentent la limite de ne pas différencier les patients selon la gravité du SCC. Or, il paraît raisonnable de proposer une infiltration aux patients présentant une forme symptomatique sans signe de souffrance sévère du nerf médian, avec une surveillance rapprochée et le recours secondaire à la chirurgie en cas d'échec, de récurrence ou d'apparition de signes de gravité. Cette approche graduée permet de concilier l'efficacité thérapeutique avec la limitation du risque de progression et de séquelles fonctionnelles. ■

1. Palmbergen WAC et al.; Dutch CTS study group. Surgery versus corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome (DISTRICTS): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2025;405(10495):2153-63.

◆ C. Richez déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.