

Acupuncture & moxibustion

www.acupuncture-moxibustion.org

Août 2026

Jean-Marc Stéphan



Attention, c'est déjà arrivé !!

Incidents et accidents attribués à l'acupuncture

Événements indésirables liés à la puncture du *lieque* (7P)

Question posée au SNMAF : Après avoir retiré une aiguille au *lieque* (7P), le patient a ressenti une vive douleur. Celle-ci s'est estompée, puis plusieurs jours après, sont apparues des douleurs de type neuropathique avec décharges électriques à l'effleurement de la peau, paresthésies et dysesthésies sur le dos de la main, le tout évoquant une atteinte du nerf radial sensitif. Les symptômes ne sont pas intenses mais semblent disproportionnés par rapport à l'acte, et persistent encore à un mois après la séance. Les aiguilles en argent sont de diamètre 0,20 x 15 mm. Un électromyogramme et une IRM sont demandés et en attente de rendez-vous. Existe-il des cas similaires dans la littérature et que pensez-vous de cet effet secondaire ? Quelle conduite à tenir ?

Introduction

Effectivement la littérature décrit la possibilité d'un contact ou d'une irritation du nerf radial lors d'une poncture proche de son trajet. *Lieque* (7P) est anatomiquement situé sur le trajet du rameau superficiel sensitif du nerf radial, ce qui correspond exactement aux symptômes que vous décrivez : décharges électriques, allodynie au toucher, fourmillements sur le dos de la main.

Néanmoins, une étude en IRM/échographie de 2019 montrait que les nerfs périphériques pouvaient être touchés ou pénétrés par une aiguille d'acupuncture sans réaction véritable du patient. Cette étude, bien que réalisée sur 13IG (*shouwuli*), démontrait un principe général : un nerf superficiel peut être effleuré sans que le praticien ou le patient ne s'en rende compte immédiatement [1]. Cependant, des réactions retardées peuvent apparaître.

L'article soulignait d'ailleurs que plusieurs points classiques d'acupuncture sont situés directement sur le trajet des nerfs comme 3R (*taixi*) sur le nerf tibial, 8IG (*xiaohai*) et le 7C (*shenmen*) sur le nerf ulnaire. Les auteurs ne citaient pas directement le 7P, mais son anatomie proche d'un nerf est comparable aux autres points. De même, ils ne parlaient pas du 6MC (*neiguan*) qui est pourtant situé très près d'un nerf majeur : le nerf médian. C'est même l'un des points du membre supérieur où la proximité nerveuse est la plus nette, ce qui explique les sensations électriques ou paresthésies que certains patients décrivent lors d'une puncture trop profonde ou mal angulée.

Territoire nerveux impliqué du *lieque*

7P est situé environ 1,5 cun au-dessus du pli distal du poignet, dans la gouttière séparant les tendons des muscles brachioradial (*brachioradialis*) et long abducteur du pouce, directement au-dessus du processus

styloïde du radius, dans une zone où passe la branche superficielle sensitive du nerf radial, qui va innervier le dos de la main, le dos du pouce, à la région dorsale du 2^e et 3^e métacarpien (Figure 1).

Les rameaux cutanés, latéraux du nerf radial sont très superficiels, vulnérables à une puncture trop médiale (en rapport avec le tendon du brachioradial) ou trop profonde.

Ce territoire correspond exactement aux symptômes que vous décrivez : décharges électriques, paresthésies, fourmillements dorsaux, douleurs neuropathiques à l'effleurement, typiques d'une neuropathie périphérique post-traumatique (ici, mécano-traumatisme par aiguille) sur ce rameau sensitif.

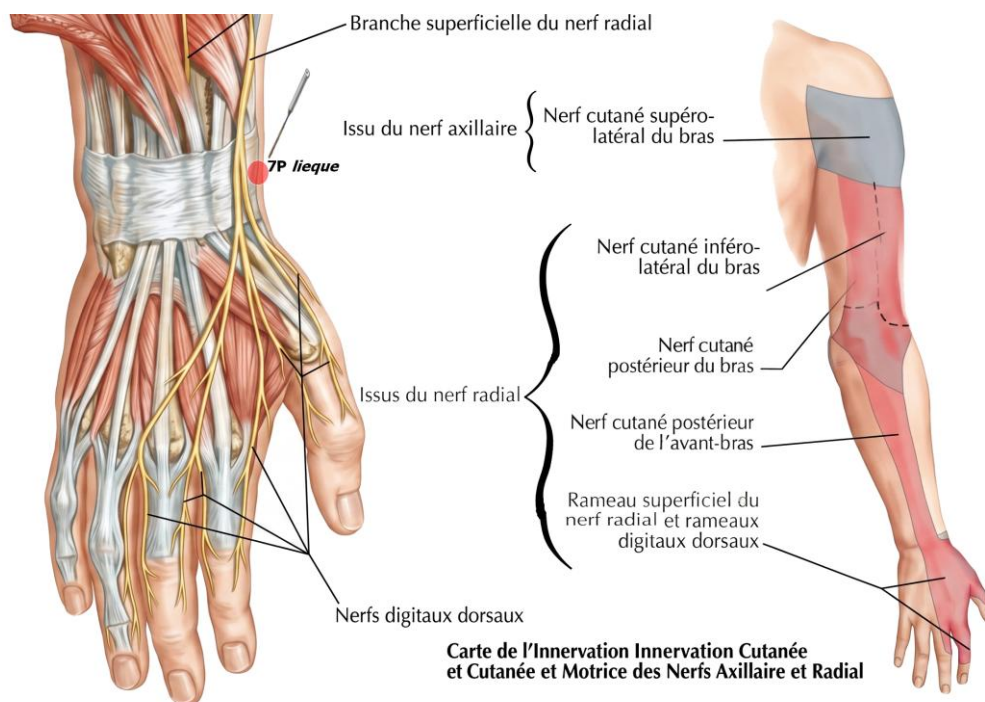


Figure 1. Innervation du nerf radial et rapport avec le 7P.

Les événements indésirables possibles après puncture de 7P et mécanismes possibles

Les effets bénins habituels (picotements, chaleur, sensation locale) sont bien décrits dans la littérature générale sur l'acupuncture.

Mais 7P est un point à risque relatif, car situé directement sur le trajet nerveux superficiel du nerf radial.

De ce fait les événements indésirables (EI) potentiels sont :

- Contact direct du nerf radial superficiel avec décharge électrique immédiate, douleur vive, irradiation vers le dos de la main.
- Irritation ou contusion du nerf avec paresthésies persistantes, allodynie, sensation de « câble électrique », « fourmillements dorsaux », d'où irritation du rameau sensitif avec hypersensibilisation post-traumatique du nerf.
- Neuropathie post-poncture (rare) avec des symptômes durant plusieurs jours/semaines, en rapport avec une inflammation locale ou microlésion
- Hématome compressif qui peut irriter le nerf radial superficiel.

Dans la littérature

Atteintes radiculaires

Les atteintes radiculaires post-acupuncture sont rapportées de façon exceptionnelle, le plus souvent sous forme de cas isolés, dans le contexte de punctures profondes ou de trajectoires proches du rachis. Les revues de sécurité globales mentionnent des lésions neurologiques centrales ou radiculaires parmi les

événements graves, mais sans séries dédiées ni description systématique des douleurs radiculaires persistantes.

En l'état, les radiculopathies post-acupuncture doivent être considérées comme des événements rares, essentiellement documentés par des cas cliniques dispersés, sans estimation robuste d'incidence.

Atteintes nerveuses périphériques (dont celles au membre supérieur)

Les atteintes nerveuses périphériques représentent une part des événements indésirables graves recensés : neuropathies post-puncture (fibulaire, médian, ulnaire, intercostaux, etc.), douleurs neuropathiques, paresthésies et parfois déficit moteur. Ces cas sont rapportés dans les grandes cartographies d'effets indésirables et dans les revues systématiques de sécurité, mais restent hétérogènes quant à la localisation, la profondeur de puncture et le suivi.

Les cas au membre supérieur (territoires médian, ulnaire, radial) existent, mais sont publiés de manière ponctuelle, sans revue spécifique centrée sur les douleurs persistantes le long d'un trajet sensitif au poignet ou au bras.

Sous-déclaration probable des douleurs neuropathiques persistantes

Les grandes synthèses méthodologiques sur les événements indésirables de l'acupuncture montrent :

- Une hétérogénéité importante des définitions d'événements indésirables.
- Une qualité variable du signalement des cas (description clinique, topographie, durée, suivi).
- Une focalisation sur les événements majeurs (pneumothorax, lésions d'organes, infections), au détriment des douleurs neuropathiques persistantes de moindre gravité apparente.

Il est donc vraisemblable que les douleurs neuropathiques persistantes post-puncture, en particulier lorsqu'elles suivent un trajet sensitif au niveau du poignet ou du bras, soient sous-déclarées et sous-documentées, apparaissant au mieux comme des mentions brèves dans des séries de sécurité ou des cas isolés non agrégés.

Brignol et Stéphan en 2013 objectivaient ainsi qu'il était rapporté environ 2 % de douleurs au site d'insertion. Les travaux ultérieurs étudiés avaient surtout documenté des événements indésirables majeurs (infections, pneumothorax, lésions d'organes...) via des revues de cas et des analyses de qualité des signalements. Cependant, il n'existait pas de série ou de revue spécifiquement consacrée aux douleurs persistantes suivant un trajet sensitif au niveau du poignet ou du bras après acupuncture. Les neuropathies périphériques post-acupuncture restaient rapportées sous forme de cas isolés, avec une hétérogénéité importante du descriptif clinique et topographique [2].

Dans la revue systématique de Bäumlér et coll. en 2021, aucune douleur neuropathique post-puncture du poignet n'avaient été rapportée. En effet, les études prospectives incluses ne décrivaient pas de neuropathies radiales, médianes ou ulnaire liées à l'acupuncture du membre supérieur. Les EI du système nerveux périphérique étaient rares (0,69/100 patients) et rapportés sans localisation anatomique, ce qui suggérait encore une fois une sous-déclaration importante des douleurs neuropathiques persistantes post-puncture, en particulier au niveau du poignet où les nerfs superficiels (radial, médian, ulnaire) sont vulnérables [3].

La cartographie des données probantes de Xu et al. de 2023 synthétisant 535 revues systématiques, confirmait encore cette absence : aucune mention spécifique de douleur neuropathique persistante suivant un trajet sensitif du poignet après acupuncture. Les termes rapportés (hypoesthésie, affection neuromusculaire) n'étaient pas topographiés et ne permettaient pas non plus d'identifier une neuropathie post-puncture. Cela était décrit de manière très générale, sans localisation anatomique ni analyse clinique.

Les auteurs soulignaient encore une fois un déficit majeur de données probantes dans les revues systématiques, ce qui suggérait une sous-déclaration importante des neuropathies périphériques persistantes après acupuncture, notamment au niveau du poignet où les nerfs superficiels (radial, médian, ulnaire) sont vulnérables [4].

La plus récente des revues parue en septembre 2023 portait sur 169 rapports de cas d'événements indésirables liés à l'acupuncture et objectivait aussi que les douleurs neuropathiques post-puncture du poignet, n'étaient pratiquement pas documentées. Les neuropathies périphériques apparaissent uniquement sous forme de cas isolés, sans regroupement thématique ni analyse spécifique.

La revue montrait par ailleurs que les éléments indispensables à l'analyse de ces douleurs (profondeur d'insertion, type d'aiguille, chronologie, description clinique détaillée) étaient absents dans la majorité des cas, ce qui suggérait à nouveau une sous-déclaration importante des douleurs neuropathiques persistantes après acupuncture [5].

Dans cette revue de Kim on retrouvait néanmoins un cas clinique reporté par May et coll.

En voici la description.

Une patiente, une femme de 74 ans à dominance droite, s'était présentée pour une évaluation de douleurs au poignet gauche et d'engourdissement de la main dorsale. Trois mois auparavant, elle avait été soignée pour une douleur à l'épaule gauche par un acupuncteur. Pendant le traitement, une aiguille avait été placée par voie sous-cutanée dans la tabatière anatomique de son poignet gauche (correspondant au point 5GI (*yangxi*). Elle a immédiatement ressenti une douleur intense et l'aiguille a été retirée. Depuis ce moment, le patient a constaté des douleurs intermittentes de type paresthésies.

Les tests électrophysiologiques avaient objectivé des signes de neuropathie sensorielle radiale superficielle gauche. L'apparition aiguë des symptômes neuropathiques dans une distribution correspondante pendant le traitement par acupuncture suggérait donc une lésion superficielle iatrogène du nerf radial [6].

Bref, il y a eu des cas rares de lésions iatrogènes des nerfs périphériques dues à l'acupuncture. Mais, à notre connaissance, il s'agissait du premier cas signalé de lésion du nerf radial superficiel (Figure 2).

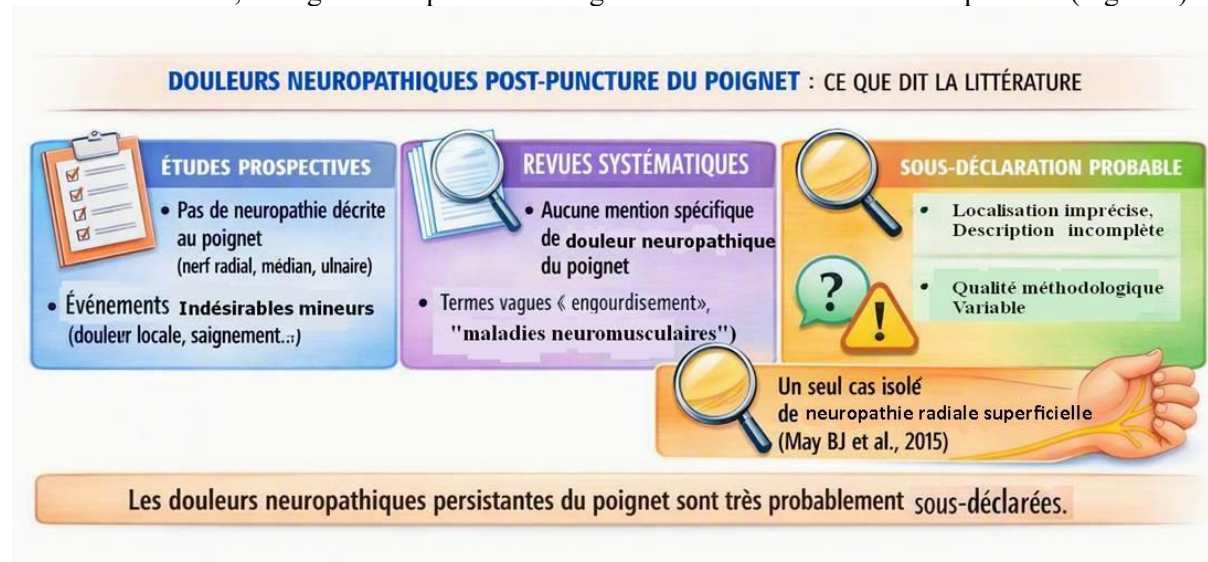


Figure 2. Présence de douleurs neuropathiques post-acupuncture.

Prise en charge et évolution

Dans la très grande majorité des cas liés à une simple piqûre d'aiguille (sans section), la lésion est une neurapraxie ou une axonotmésis légère. Une neurapraxie et une axonotmésis légère correspondent à des lésions nerveuses périphériques incomplètes, généralement de bon pronostic, mais avec des délais de récupération différents. Le tableau I en montre les mécanismes.

Tableau I. Mécanisme et récupération selon l'atteinte neurologique.

LÉSION	MÉCANISME	RÉCUPÉRATION HABITUELLE
Neurapraxie	Bloc de conduction, surtout démyélinisation, sans rupture axonale	Spontanée, souvent en quelques semaines à 2–3 mois
Axonotmésis légère	Atteinte d'une partie des axones, avec continuité des enveloppes nerveuses préservée	Plus lente, sur plusieurs mois ; repousse axonale approximative de 1 à 5 mm/jour selon le siège et la distance à réinnervier

La neurapraxie donne typiquement des troubles sensitifs et/ou moteurs transitoires, sans dégénérescence axonale significative. Dans l'axonotmésis, une dégénérescence wallérienne distale survient, mais les tubes endoneuraux conservés peuvent guider la repousse axonale. La récupération peut être complète ou partielle et dépend notamment du nerf atteint, du niveau lésionnel, de l'importance de la perte axonale, de l'âge et de la cause de la lésion [7].

Conduite à tenir

Éviter bien sûr toute nouvelle punture ou pression sur la zone de la styloïde radiale et sur le territoire sensitif touché.

Rassurer le patient tout en consignait l'événement.

Enfin, si les douleurs neuropathiques ou l'allodynie sont très gênantes, il peut être envisagé un traitement pharmacologique temporaire des douleurs neuropathiques (ex : emplâtre de lidocaïne ou TENS pour une atteinte superficielle localisée, voire duloxétine, gabapentine ou tricyclique) et/ou comme vous l'avez anticipé la réalisation d'un ENMG (Electro-Neuro-Myographie) si les symptômes persistent au-delà de 4 à 6 semaines, voire s'aggravent ou s'accompagnent de déficit moteur et éventuellement de l'IRM du poignet.



Dr Jean-Marc Stéphan

Président du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France (SNMAF)

79, rue de Tocqueville

75017 Paris - France

Tél. 06 09 97 58 12

jm.stephan@acumedsyn.org

ORCID : 0000-0002-3377-2280



Références

1. Tang CT, Cheng AL. Ultrasound Visualization of Radial Nerve Excursion During Acupuncture. *Med Acupunct*. 2019 Jun 1;31(3):185-188. doi: 10.1089/acu.2019.1335.
2. Brignol TN, Stéphan JM. Y-a-t-il des effets secondaires à l'acupuncture ? *Acupuncture & Moxibustion*. 2013;12(1):50-55.
3. Bäuml P, Zhang W, Stübinger T, Irnich D. Acupuncture-related adverse events: systematic review and meta-analyses of prospective clinical studies. *BMJ Open*. 2021 Sep 6;11(9):e045961. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045961.
4. Xu M, Yang C, Nian T, Tian C, Zhou L, Wu Y, Li Y, Deng X, Li X, Yang K. Adverse effects associated with acupuncture therapies: An evidence mapping from 535 systematic reviews. *Chin Med*. 2023 Apr 10;18(1):38. doi: 10.1186/s13020-023-00743-7.
5. Kim TH, Lee MS, Birch S, Alræk T, Norheim AJ, Kang JW. Publication status and reporting quality of case reports on acupuncture-related adverse events: A systematic reviews of case studies. *Heliyon*. 2023 Sep 30;9(10):e20577. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e20577.
6. May BJ, Jenkins JG, Louie R. Superficial radial neuropathy following acupuncture treatment: a case report. *PM R*. 2015;7(9 Suppl):S136 S137. doi:10.1016/j.pmrj.2015.06.176.
7. Robinson LR. Predicting Recovery from Peripheral Nerve Trauma. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2018 Nov;29(4):721-733. doi: 10.1016/j.pmr.2018.06.007