

COMMUNICATIONS ORALES

LES LUXATIONS NEGLIGÉES DU COUDE

N.F. Coulibaly, H. Tiemdjo, C. Kinkpe, A.D. Sane, A. Ndiaye, S.I.L. Seye
Service d'Orthopédie Traumatologie, Hôpital A. Le Dantec, Dakar, Sénégal

Contact : nfcoulibaly@hotmail.com

Mots-clefs : luxation, coude, Tricepsoplastie

INTRODUCTION :

Les luxations négligées du coude demeurent fréquentes dans les pays du Sud. Leur traitement est difficile et sujet à beaucoup de controverses. Adopté par la majorité des auteurs, l'allongement V – Y du triceps proposé par Speed en 1925 dans les réductions sanglantes des luxations négligées du coude est contesté par certains auteurs. A ce jour, il n'existe pas d'indication claire quant à son utilisation.

OBJECTIFS :

Le but de notre travail était de discuter la voie d'abord dans le traitement chirurgical des luxations négligées du coude et de préciser les indications de la plastie V- Y d'allongement du triceps.

MATERIEL ET METHODE :

Il s'agissait d'une étude prospective continue de Mai 1999 à Mars 2007 chez tous les patients ayant présenté une luxation négligée du coude traitée chirurgicalement dans le service. Au total 29 patients dont 21 hommes et 8 femmes âgés en moyenne de 22,5 ans (extrêmes de 14 et 46 ans) avaient été retenus. L'ancienneté de la luxation était de 8,26 mois en moyenne avec des extrêmes de 26 jours et 17 mois. En pré opératoire la flexion moyenne était de 46,13° avec des extrêmes de 10 et de 90°. Le déficit moyen d'extension était de 19,54° avec des extrêmes de 0 et de 60°.

RESULTATS :

La voie d'abord postérieure médiane paratricipitale avait été utilisée 20 fois. La voie interne combinée à la voie externe effectuée 2 fois. Après l'arthrolyse, la réduction de la luxation avait été obtenue chez 21 patients. Dans 8 cas, la tricepsoplastie V – Y avait été nécessaire pour parvenir à la réduction de la luxation chez les patients dont la flexion n'atteignait pas 40°.

En post-opératoire la flexion moyenne était de 111,36° soit un gain de flexion de 65,23°. L'amplitude moyenne de mobilité pré opératoire était de 26,59° contre 84,77° en post opératoire représentant un gain de mobilité de 58,18° avec des extrêmes de 0 et de 125°.

CONCLUSION :

Malgré leur traitement difficile, les luxations négligées du coude méritent d'être opérées car

d'après KAPANDJI, la diminution de la mobilité du coude ampute l'espace d'utilisation de la main. La voie d'abord postérieure médiane paratricipitale emporte notre préférence. La plastie V-Y d'allongement du triceps doit voir ses indications diminuées car pour nous, elle ne se justifie que dans les raideurs où la flexion n'atteint pas 45°.

MALADIE DE DUPUYTREN DE L'ENFANT. CAS CLINIQUES ET DISCUSSION.

Ph. Ragois (1), J. Isselin (2)

(1) Centre Orthopédique Médico-Chirurgical, Dracy-le-Fort

(2) Clinique Les Lauriers, Fréjus

Contact : ph.ragois@wanadoo.fr

Mots-clefs : Dupuytren, enfant, chirurgie

La maladie de Dupuytren touche le plus souvent à partir de la cinquième décennie. L'atteinte de patient plus jeune est réputée être plus agressive. L'atteinte de l'enfant est rare et la conduite à tenir est discutée après présentation de deux cas cliniques.

Deux cas cliniques de maladie de Dupuytren chez l'enfant sont présentés. Deux formes nodulaires distinctes une dorsale et l'autre palmaire sont présentes. Les deux jeunes patients sont opérés mais une récurrence précoce survient dans les deux cas. L'examen anatomopathologique montre dans un cas, une maladie de Dupuytren, mais dans l'autre cas une pachydermodactylie.

Les auteurs montrent les similitudes de présentation clinique, histologique et évolutive de ces deux entités. A la lumière de la littérature, une prise en charge thérapeutique est proposée en fonction de ses éléments et de la présentation clinique.

La maladie de Dupuytren chez l'enfant reste rare mais existe. La conduite à tenir est difficile à donner sur seulement deux cas cliniques.

Nous proposons, lorsque le diagnostic est évoqué, et s'il n'existe pas de perte de mobilité l'abstention chirurgicale et une surveillance prolongée. Par contre, dans les cas de perte de mobilité, une intervention est indiquée en réalisant une dermofasciectomy.

LA PLASTIE DE MALINGUE DANS LES RETRACTIONS DIGITALES DE LA MALADIE DE DUPUYTREN : PRINCIPE, MODELISATION ET APPLICATION CLINIQUE.

T. Apard, Y. Saint-Cast, PA. Fouque, F. Rabarin, B. Césari, G. Raimbeau
Centre de la Main, Angers

Contact : thomasapard@yahoo.fr

Mots-clefs : Maladie de Dupuytren, Plastie cutanée, plastie de Malingue

Introduction

La plastie décrite par Eric Malingue est dérivée de la plastie en Z afin de s'adapter par un dessin universel des incisions à la plupart des rétractions digitales dans la maladie de Dupuytren. Le but de l'étude a été d'évaluer son efficacité théorique calculée mathématiquement et son intérêt clinique sur une série rétrospective continue.

Matériel et méthode

Le dessin de la plastie est stéréotypé. Dans une plastie en Z les surfaces cutanées échangées sont triangulaires, dans la plastie de Malingue elles sont trapézoïdales. L'abord des brides est direct longitudinal. Les lignes d'incision de la plastie ont la particularité de traverser obliquement les plis de flexion.

La géométrie euclidienne permet le calcul du gain moyen théorique pour un angle de plastie de 45° avec une largeur de doigt de a ; La surface de départ est égale à $S1 = a^2\sqrt{2}$ et celle après plastie est de $S2 = a^2 (3/4 \sqrt{2} + 1)$.

Une série rétrospective homogène et continue de 27 patients opérés de la maladie de Dupuytren avec atteinte digitale par un même chirurgien ont été revus par un observateur neutre.

La technique a associé une aponévrectomie palmaire avec paume ouverte et un abord de la fibromatose digitale par la plastie de Malingue pour traiter la perte de substance cutanée créée par la mise en extension du doigt après excision de la fibromatose. Le dessin de la plastie a été stéréotypé quelque soit l'état de la peau et l'importance de la rétraction.

Cette étude a évalué le résultat post-opératoire immédiat et à moyen terme (deux ans de recul minimum, recul moyen de 31 mois).

Résultat

Le gain de surface cutanée théorique obtenue par la plastie de Malingue est de $S2/S1$ soit 58%. 23 patients ont été opérés en ambulatoire. Le côté dominant était concerné dans 23 cas. Dix patients ont été opérés pour la première fois, dix pour première récurrence et sept pour une seconde récurrence. La cicatrisation digitale a toujours été obtenue en moins de trois semaines sans souffrance cutanée ou désunion.

Une section du nerf collatéral radial du quatrième doigt a été réalisée dans un cas de récurrence floride et réparé par manchon veineux. Les complications à moyen terme sont l'algodystrophie pour un patient, la récurrence de la rétraction pour trois patients et une hypoesthésie latérale non gênante sur la première phalange pour deux patients.

Le score moyen de Tubiana est passé de 4 à 0.18 en post-opératoire immédiat et 0.67 au dernier recul. Le taux de satisfaction des patients est de 95 %.

Discussion

Le dessin de la plastie de Malingue obéit à des règles strictes mais simples et reproductibles. L'utilisation de cette plastie permet de faire face en toute sécurité à la plupart des situations de rétraction digitale de la maladie de Dupuytren et évite le recours aux greffes de peau et aux lambeaux locaux.

RECIDIVE DE LA MALADIE DE DUPUYTREN. UNE MALADIE A PART?

A. Graftiaux, L. van Overstraten
Clinique Saint François, Haguenau

Contact : graftiaux.alain@neuf.fr

Mots-clefs : Dupuytren, Récidive, Traitement chirurgical

La maladie de Dupuytren est une maladie d'origine génétique, liée à une augmentation des fibroblastes et du collagène et des glycosaminoglycanes probablement associé à un phénomène mécanique.

Il faut bien faire la différence entre récurrence, extension de la maladie, et les raideurs d'origine articulaire.

La récurrence est fréquente bien que variable selon les auteurs : 15 à 70%.

Cette différence s'explique par la définition de la récurrence : présence de nodules (70%) jusqu'aux brides rétractiles (indication opératoire de reprise : 15%)

La récurrence est d'apparition plus lente (jusqu'à 10 ou 15 ans) dans les techniques d'aponevrectomies sans grande différence selon les techniques fermées ou à paume ouverte. Par compte il semble que la dermofasciectomy avec greffe de peau totale selon Hueston ait un taux moindre.

Les techniques d'aponevrotomies ont des récurrences plus précoces (3 ans). Lors des analyses anatomopathologiques ont trouvé une corrélation entre le taux de récurrences et le nombre de cellules et de mitoses : 70% dans les formes prolifératives contre 18% dans les formes fibreuses. Cette relation ne se retrouve pas dans les extensions de la maladie. L'importance de la Diathèse de Hueston dans le risque de récurrence fut popularisé par Hueston. Les patients à risque sont ainsi, jeunes, avec une forme familiale, des lésions associées, une atteinte digitale.

Au vu de notre expérience le traitement est difficile!

Les tissus sont cicatriciels adhérents entraînant des risques importants de lésions nerveuse ou vasculaires. Ceci entraîne souvent la nécessité d'excision incomplètes le long de ces éléments associés souvent à une dermofasciectomy avec greffe coupe feu. Les résultats notamment sur l'extension des doigts sont moins bons que lors de la première opération.

Faut il faire d'emblée une dermofasciectomy chez les sujets \"à risque\" de récurrence?

OSTÉOTOMIES DISTALES D'ACCOURCISSEMENT DE L'ULNA ASSOCIÉES A UNE CHIRURGIE RADIO-CARPIENNE

JL. Roux, G. Meyer Zu Reckendorf, B. Amara, F. Dusserre, M. Valverde, Y. Allieu
Institut Montpelliérain de la Main

Contact : jlroux07@free.fr

Mots-clés : Ostéotomie Ulna, Stabilité radio-ulnaire distale, conflit ulno-carpien

Introduction

Les arthrodèses radio-carpiennes, la mise en place de prothèses radio-carpiennes nécessitent une résection distale du radius qui empiète souvent sur la fossette sigmoïdienne. La préservation de la tête ulnaire est alors difficile et la résection de la tête ulnaire est la solution classique. Afin d'éviter l'instabilité radio-ulnaire distale (RUD) qui en découle, nous proposons d'associer par la même voie d'abord dorsale un raccourcissement distal de l'ulna.

Matériel Méthode

De Janvier 2003 à Juillet 2007, 5 patients ont bénéficié d'une ostéotomie distale d'accourcissement de l'ulna associée à un geste radio-carpien. Il s'agissait de 3 hommes et 2 femmes, l'âge moyen était de 49 ans (38 à 75). 3 patients présentaient une arthrose radio-carpienne post-traumatique, 1 patient présentait une arthrite rhumatoïde et 1 patient une chondrocalcinose. 3 fois l'ostéotomie de l'ulna a été associée à une arthrodèse radio-scapho-lunaire, 1 fois à une arthrodèse totale et 1 fois à une prothèse radio-carpienne. Les patients ont été revus avec un recul moyen de 3 ans (1 à 5 ans). Une évaluation clinique et radiographique a été réalisée.

Résultats

Les 5 patients sont satisfaits du résultat sur le plan de la douleur, l'articulation RUD est 4 fois totalement indolore, un patient présente à l'examen une douleur en pronation forcée dont il ne se plaint absolument pas dans les gestes de la vie courante. La mobilité radio-carpienne est faible environ 40° dans le plan sagittal. La pronation-supination est complète dans 4 cas, dans un cas la pronation est à 50° et la supination à 60°. La force est à 35% de la force contro-latérale.

Sur le plan radiographique, toutes les ostéotomies ont consolidé, dans un cas la consolidation a été tardive mais obtenue au 6ème mois post-opératoire.

Discussion

Nous utilisons depuis 2000 les ostéotomies distales d'accourcissement de l'ulna avec des résultats cliniques favorables dans les conflits ulnocarpiens. La dénervation RUD associée

nous a conduit à utiliser ces ostéotomies dans certains cas d'arthrose RUD débutante comme alternative conservatrice à l'intervention de Darrach ou de Sauvé-Kapandji. Ces 5 cas cliniques montrent que la résection de la tête ulnaire peut être évitée lorsqu'un geste radio-carpien empiète sur la fossette sigmoïdienne. La tête ulnaire est la clé de voûte de la stabilité RUD.

Conclusion

L'ostéotomie distale d'accourcissement de l'ulna est un geste qui peut être associé par la même voie d'abord dorsale aux gestes radio-carpiens d'arthrodèse ou prothèse. Cette courte expérience montre que la conservation de la tête ulnaire par raccourcissement distal de l'ulna préserve la stabilité RUD sans diminuer la mobilité en pronation-supination.

NOUVELLE TECHNIQUE DE RECONSTRUCTION DE LA BANDELETTE MÉDIANE DE L'APPAREIL EXTENSEUR : LE GREFFON RETINACULUM-OS-RETINACULUM

C. Le Du (1), Ph. Preyssas (2), J. Laulan (3)

(1) *Clinique de l'Alliance, St Cyr sur Loire et CHRU Trousseau, Unité de Chirurgie de la Main, Tours*

(2) *Polyclinique de Blois, La Chaussée Saint Victor et CHRU Trousseau, Unité de Chirurgie de la Main, Tours*

(3) *CHRU Trousseau, Unité de Chirurgie de la Main, Tours*

Contact : dr.christophe.le.du@gmail.com

Mots-clés : bandelette médiane, reconstruction, retinaculum

Les ruptures ou plaies distales de la bandelette médiane de l'appareil extenseur des doigts, après échec du traitement orthopédique, sont difficiles à traiter. Certaines techniques chirurgicales retiennent la bandelette médiane ou utilisent une partie de la bandelette médiane en lambeau de retournement. D'autres utilisent comme transplant les bandelettes latérales.

Nous proposons une nouvelle technique de reconstruction anatomique de la bandelette médiane par un transplant rétinaculum-os-rétinaculum

Technique chirurgicale :

Après abord de l'IPP par voie dorsale .Le prélèvement se fait au niveau du tiers moyen du rétinaculum des extenseurs à cheval sur les compartiments 2, 3 et 4 en prélevant la partie correspondante du tubercule de Lister. On obtient ainsi un greffon rétinaculum-os-rétinaculum d'environ 3 cm de long et de 6 mm de large. La base de la deuxième phalange est préparée par un avivement de la surface triangulaire entre les bandelettes latérales puis une logette transversale (3 x 6 mm) est réalisée

à l'ostéotome pour recevoir le fragment de tubercule de Lister. Après essai, la fixation est assurée par une vis bicorticale. Pour parfaire la solidité de fixation des micro ancrés sont placées sur la face dorsale de P2 et fixées par un fauillage au rétinaculum correspondant au 2ème compartiment. On vérifie la tenue de l'ensemble par traction dans l'axe du rétinaculum au dessus de P1 qui doit permettre d'étendre l'IPP. La partie proximale du rétinaculum correspondant au 3ème et 4ème compartiment est placée à la face profonde de la bandelette médiane et est suturée à cette dernière par des points séparés en paletot. On vérifie alors la tension en jugeant l'aspect des doigts et le respect de la cascade physiologique et de l'effet ténodèse. On vérifie la course des bandelettes latérales lors des mouvements de flexion et extension de l'IPP.

La rééducation postopératoire est permise d'emblée sous couvert d'une protection par attelle de rappel dynamique sous P2 pour une période de 45 jours.

Cas Cliniques : Nous rapportons 3 observations (2 séquelles traumatiques et une rupture sur maladie lupique). Chaque patient avait une lésion ancienne de la bandelette médiane avec une déformation en boutonnière souple ou assouplie et un test d'Elson positif témoignant de la lésion. Ils ont été opérés après échec du traitement orthopédique. Au recul de 45 jours à 3 mois, ils avaient tous retrouvé une bonne mobilité de l'IPP (0-5-100 à 0-25-100) et une IPD parfaitement souple avec une flexion active de plus de 40° dans tous les cas. Le test d'Elson était négatif et tous les patients étaient satisfaits et ont pu reprendre leur activité initiale.

Conclusion : Le greffon os-retinaculum-os est un moyen original de réparation anatomique de la bandelette médiane de l'appareil extenseur. Les bons résultats cliniques rapportés ici et obtenu rapidement après la chirurgie demande confirmation par l'évaluation de cette technique chez un nombre plus élevé de patients.

TRAITEMENT DE LA RHIZARTHROSE : LES GESTES COMPLEMENTAIRES

Ph. Saffar

Institut Français de Chirurgie de la Main, Paris

Contact : psaffar@ifcm.org

Mots-clefs :

Rhizarthrose, première commissure, articulation métacarpo-phalangienne

La rhizarthrose est une atteinte de toute la colonne du pouce : articulations trapézo-métacarpienne (TM) et scapho-trapézo-

trapézoïdiennes (STT), mais aussi de la première commissure qui peut être rétractée et de l'articulation métacarpo-phalangienne (MP) qui peut être instable en hyperextension ou dans toutes les directions.

L'examen pré-opératoire doit tenir compte de ces éléments. Un cliché de la première commissure en abduction maximum peut être pratiqué.

Le traitement de l'instabilité MP en hyperextension peut faire appel à différentes techniques qui seront illustrées: a) La réinsertion proximale de la plaque palmaire: technique de Filler b) la capsulodèse longitudinale : technique de Kapandji c) l'arthrodèse sesamoïdo-métacarpienne : technique de Zancoli

L'instabilité multidirectionnelle sera traitée par une arthrodèse TM.

La rétraction de la première commissure sera traitée par une plastie en Z ou de multiples Z ou un lambeau en trident. Si la libération cutanée est insuffisante, il faut sectionner les aponévroses de l' Adductor Pollicis et du 1er interosseux dorsal + le septum intermusculaire. Si l'abduction est insuffisante, on peut détacher l' Adductor Pollicis du troisième métacarpien.

Ces techniques insuffisamment pratiquées doivent être indiquées quand on désire retrouver une bonne dynamique de la première colonne et non pas seulement un traitement de la douleur. La mobilité doit être dans la TM et non dans la MP comme en pré-opératoire. Ces gestes associés préviendront en particulier les luxations de prothèses quand la rétraction de la première commissure à tendance à rendre les deux premiers métacarpiens parallèles..

RHIZARTHROSE : LE ZANCOLI MODIFIE FRITSCH

B. Fritsch, F. Boudard, Ch. Thomas, E. Toledano, M. Prud'homme, P. Tchenio
Centre de la Main, Toulon

Contact : fritschbertrand@hotmail.com

Mots-clefs : Rhizarthrose, Ténodèse, Zancoli

La chirurgie de la rhizarthrose se partage entre partisans de l'arthroplastie prothétique et partisans des ligamentoplasties simples. Il a très peu de place pour des opérations plus conservatrices comme l'ostéotomie d'horizontalisation du trapèze ou d'autres arthroplasties conservatrices plus ou moins complexes.

Parmi ces options atypiques l'opération de ZANCOLI est généralement perçue avec un scepticisme qui nous semble parfaitement injustifié.

Les auteurs font de leur expérience de cette technique.

Ils exposent les raisons pour lesquelles ils l'ont modifiée.

Ils décrivent cette nouvelle technique. Ils en développent les avantages et ce qui leur semble en être les rares indications.

ANALYSE DES RESULTATS DANS LES JOURNAUX DE CHIRURGIE DE LA MAIN.

H. Alarab, T. Dubert
Urgences Mains de l' Est Parisien, Clinique La Francilienne, Pontault Combault

Contact : hicham_lrb@yahoo.com

Mots-clefs : évaluation, outcome, tamisage

Introduction :

L'évaluation des résultats fait partie du travail du chirurgien. Elle est indispensable aussi bien pour éclairer les choix thérapeutiques, que pour valider de nouvelles techniques, ou informer les patients. Les outils d'évaluation ont considérablement évolué ces dernières années. Une évaluation globale doit tenir compte simultanément des points de vue du patient, du chirurgien et du contexte social. Le point de vue du patient est obtenu par les auto-questionnaires. Le point de vue du chirurgien (ou d'un autre examinateur) mesure les critères cliniques ou paracliniques. Le point de vue socioprofessionnel concerne essentiellement les conditions de reprise du travail ou d'indemnisation.

Le but de cette étude est bien de préciser en pourcentage comment cette méthode globale d'évaluation est prise en compte par les auteurs qui publient leurs expériences cliniques dans les journaux et comment en particulier l'avis de patient et celui de la société sont détaillés.

Méthode :

Nous avons recherché la présence de ces trois points de vue de l'évaluation dans les séries cliniques publiées en 2007 dans les trois journaux de chirurgie de la main. Parmi les 54 séries cliniques trouvées selon des critères de tamisage, 7 provenaient du journal français, 19 du journal européen et 28 du journal américain.

Résultats :

Au total, moins de la moitié de ces séries (41%) prenaient en compte les trois points de vue simultanément; Le point de vue de l'examineur était considéré dans 100% des séries, le point de vue du patient dans 80% et le point de vue de la collectivité dans 46%.

En ce qui concerne l'autoévaluation, le facteur le plus cherché était la douleur (71%) puis la satisfaction (48%) et enfin la fonction dans la vie quotidienne (41%).

En ce qui concerne le point de vue de la collectivité la reprise du travail était considérée dans 46 % des articles (déjà dit) mais seulement 13% précisait le délai de cette reprise.

Conclusion :

Nous considérons que dans cette étude, seulement 3 séries sur 54 présentaient une évaluation satisfaisante tenant compte les 3 points de vue, en détaillant l'autoévaluation en satisfaction, douleur et fonction avec des outils adaptés et la reprise du travail avec le délai de cette reprise. Ces 3 articles (6% de toute la série), ont tous été publiés dans le journal européen dans les 3 derniers numéros de 2007.

LE LAMBEAU PERFORANT DE DENTELE ANTERIEUR : BASES ANATOMIQUES D'UN NOUVEAU LAMBEAU PERFORANT DE LA REGION THORACO-DORSALE

B. Ayestaray (1,2), I. Auquit-Auckbur (2), E. Havet (1,3), F. Duparc (1,2), P. Milliez (2)

1. CHU Rouen, Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Rouen
2. CHU Rouen, Service de chirurgie Orthopédique, traumatologique et Plastique
3. CHU Amiens, Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine et Pharmacie
Université Picardie Jules Verne d'Amiens

Contact : bayestaray@yahoo.fr

Mots-clefs : dentelé antérieur, artère thoraco-dorsale, branche perforante cutanée directe

Sujet :

Les bases anatomiques du lambeau musculaire de dentelé antérieur sont bien connues, contrairement à sa palette cutanée qui présente une vascularisation complexe.

L'étude de cette vascularisation a pour but d'étudier la possibilité de prélever la palette cutanée indépendamment du muscle dentelé, à partir de son pédicule dominant, sous la forme d'un lambeau perforant.

Matériel et méthodes :

14 dissections sur 7 sujets anatomiques ont été réalisées après injection, par du bleu de méthylène et du latex coloré, de l'artère du dentelé antérieur.

Les caractéristiques de la palette cutanée colorée ont été relevées. Son réseau vasculaire a été disséqué jusqu'à l'origine de l'artère du dentelé, à la bifurcation de l'artère thoraco-dorsale. Les perforantes ont été étudiées, ainsi que leur rapport avec le fascia et le muscle sous-jacent.

Résultats :

Une palette cutanée colorée a été mise en évidence dans douze cas, mesurant 112,5 mm de long et 11,5 mm de large en moyenne.

Sa vascularisation dépendait de perforantes naissant d'une artère cutanée directe, correspondant à la branche terminale de l'artère du dentelé, formant un angiosome. La longueur moyenne du pédicule prélevable, depuis l'origine de l'artère du dentelé jusqu'à sa terminaison, était de 83,8 mm.

Conclusion :

La palette cutanée du lambeau de dentelé peut être prélevée en lambeau perforant pédiculé ou libre, du fait d'une autonomie vasculaire reposant sur une artère cutanée directe, à l'origine d'un angiosome . Le lambeau perforant de dentelé présente des similitudes avec le lambeau perforant de grand dorsal dans ses indications, en particulier pour la couverture des pertes de substance du membre supérieur et de la main. Son intérêt est de conserver l'artère du grand dorsal, pouvant servir pour des lambeaux ultérieurs.

PYODERMA GANGRENOSUM VERSUS FASCIITE NECROSANTE DU MEMBRE SUPERIEUR : ERRANCE DIAGNOSTIQUE ET CONDUITE A TENIR.

B. Ayestaray (1), I. Auquit-Auckbur (1), E. Chartaux (2), E. Dudrap (1), D. Coquerel (1), E. David (1), E. Verdier (2), P. Courville (3), P. Joly (2), P. Milliez (1)

1 - Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

2 - Service de dermatologie

3 - Service d'anatomo-pathologie

CHU de Rouen

Contact : bayestaray@yahoo.fr

Mots-clefs : pyoderma gangrenosum, fasciite nécrosante, diagnostic

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum est une dermatose neutrophilique responsable d'ulcérations cutanées inflammatoires, pouvant prendre exceptionnellement l'aspect d'une dermo-hypodermite nécrosante (fasciite nécrosante) .

Cas clinique :

Nous rapportons le cas d'un patient de 64 ans présentant un placard inflammatoire du membre supérieur droit survenu sans notion de traumatisme, dont l'évolution vers la nécrose a fait évoquer initialement une fasciite nécrosante. La prise en charge a consisté en l'association d'une bi-antibiothérapie et d'exérèses chirurgicales répétées, très délabrantes pour le membre supérieur du patient.

Néanmoins, l'évolution clinique, les résultats bactériologiques et anatomo-pathologiques ainsi que les antécédents du patient ont fait évoquer l'hypothèse d'un pyoderma gangrenosum.

Malgré un tableau infectieux indéniable, un traitement test aux corticoïdes a été instauré, avec une évolution clinique et biologique favorable en quelques jours.

Discussion :

La fasciite nécrosante, pathologie létale dans 30 à 50 % des cas, doit être évoquée devant toute nécrose rapidement extensive dans un contexte infectieux majeur du membre supérieur, et traitée sans délai. Cette

observation illustre la difficulté diagnostique entre dermo-hypodermite et dermatose neutrophilique. Les arguments que nous rapportons ici sur le plan évolutif, anatomo-pathologique, et bactériologique, doivent faire évoquer le diagnostic différentiel de pyoderma gangrenosum.

Conclusion :

Tout chirurgien du membre supérieur doit être alerté devant des lésions inflammatoires et nécrosantes, s'aggravant malgré des gestes chirurgicaux adaptés, de la possibilité d'une forme nécrosante de pyoderma gangrenosum. Nous proposons un arbre décisionnel face à un tableau clinique identique permettant de limiter cette errance diagnostique.

LEIOMYOSARCOME DU POIGNET. LOCALISATION RARE. A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

W. Zribi, **M. Mhiri**, M. Zribi, W. Jarraya, Z. Ellouz, F. Gdoura, K. Ayadi, H. Keskes
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Contact : mohamedmhiri6636@yahoo.fr

Mots-clefs : léiomyosarcomes, chirurgie, couverture

Les sarcomes des parties molles sont des tumeurs rares et d'une extrême hétérogénéité. Le degré de malignité, les dimensions, la nécrose spontanée et l'invasion vasculaire constituent des facteurs pronostiques importants.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 81 ans qui consulte pour une tuméfaction du bord radial du poignet gauche polylobée évoluant depuis 2 ans avec un aspect nécrotico-hémorragique. L'exploration loco régionale a conclu à un processus tumoral avec des signes de nécroses tissulaires sans invasion au niveau de l'articulation du poignet ni des axes vasculaires. Le bilan d'extension à distance s'est avéré normal.

Le patient a été opéré en un seul temps avec une exérèse de la tumeur et une couverture de la perte de substance cutanée au niveau du poignet par un lambeau inguinal type Mac Gregor. L'étude de la pièce d'exérèse a conclu à un léiomyosarcome avec des limites saines. Une radiothérapie post opératoire a été pratiquée.

A une année, l'état local est satisfaisant sans récurrence clinique ni métastases à distance.

Les léiomyosarcomes représentent une entité rare des sarcomes des parties molles. Ils touchent le plus souvent les personnes âgées avec une prédominance au niveau des membres inférieurs.

La chirurgie conservatrice dans plus de 90% des cas est la principale arme thérapeutique. L'obtention de marges chirurgicales saines est

essentielle. L'association d'une radiothérapie pré ou post opératoire, permet d'améliorer le contrôle local et de diminuer les récives.

LES COMPLICATIONS DES PLAQUES PALMAIRES DANS LES FRACTURES DU RADIUS DISTAL

L. Obert, N. Blanchet, S. Huard, G. Leclerc, D. Gallinet, X. Ghilandi, S. Rochet, P. Garbuio, Y. Tropet
Service de Chirurgie Orthopédique, CHU de Besançon
Contact : lobert@chu-besancon.fr

Mots-clefs : radius distal, fracture, plaques

Introduction

Les fractures du radius distal instables ou sur os porotique sont de plus en plus fixées par des plaques palmaires à vis verrouillées. Les auteurs rapportent leur expérience et les complications, évitables ou prévisibles de ce type de fixation.

Matériels et méthodes

104 fracture du radius distal à déplacement dorsal et ostéosynthésées par 3 modèles différents de plaque palmaire, Ace Depuy (standard) , en T ou DRP syntheses, prolock ITS (vis bloquées) ont été revues par 3 opérateurs indépendant sur une période continue de 6 ans. Une évaluation fonctionnelle (par score de Herzberg, Garland et Werley, DASH) et radiographique était réalisée avec un recul minimum de 6 mois.

Résultats.

Toutes les fractures ont consolidées. Le score de Herzberg atteignait 81/100, le Dash 19,4. 18% de complications sont rapportées N=19) dont les 3 plus fréquentes étaient canal carpien (4), rupture tendineuse (LEP et LFP, 2) et algodystrophie (5). Il existaient aussi 2 surinfection superficielles, et 6 problèmes liés aux implants (recul de vis, vis saillantes) sans conséquences. Selon le modèle de plaque les vis styloïdienne sont toujours saillantes. Un seul arrachement de la plaque est à déplorer et aucune perte de réduction n'a été observée. Aucune vis intra articulaires, aucune réintervention précoce secondaire au matériel n'ont été observée.

Discussion :

L'inflation de la fixation par plaque des fractures du radius distal génère une augmentation des complications. Celles-ci sont prévisibles si le matériel est saillant (rupture tendineuses causées par des vis trop longues). 3 séries publiées sur ces complications spécifiques (Rozental 2006, Rampoldi et Arora 2007) retrouvent ces ennuis évitables tant par le concepteur que l'opérateur. Le verrouillage des vis épiphysaires nécessite une épaisseur minimale de la plaque , doit éviter une saillie de la tête de la vis, et permettre aux vis épiphysaires d'atteindre l'os sous chondral nécessite une implantation distale de ces

plaques qui génère une iatrogénie pour les fléchisseur. La redécouverte de l'anatomie du radius distal doit permettre d'éviter des renvois styloïdiens, de reconsidérer le dessin de ces plaques qui doivent sans doute plus s'avancer du côté ulnaire que radial. Si pour une même fracture extra artiuclaire les plaques palmaires ont la m[^]me fonction que les broches (Obert 2006), les plaques ont des couts indirects inférieurs aux broches +plâtre (Candelier 2006). Par contre il n' y a toujours pas de preuve de la supériorité des vis bloquées sur des vis standards.

Ce nouveau lambeau rentre donc dans l'arsenal thérapeutique des lambeaux perforants de la région thoraco-dorsale, très utiles en chirurgie réparatrice.

EVALUATION A LONG TERME DES DENERVATIONS DU POIGNET.

J. Perles, G. Bacle, J. Hérard, J. Laulan
Unité de Chirurgie de la Main, Services d'Orthopédie 1 et 2, CHU Trousseau, Tours
Contact : j.perles@chu-tours.fr

Mots-clefs : poignet, arthrose, dénervation

Introduction

Le traitement de l'arthrose symptomatique du poignet reste un problème difficile. En théorie, la dénervation du poignet est une intervention séduisante qui permet, à peu de frais, à la fois de supprimer la douleur et de préserver les mobilités restantes. Mais elle a un taux de succès très variable dans la littérature (de 24 à 90 %). Nous pratiquons cette intervention depuis 1992 et il nous paraissait intéressant d'évaluer le résultat à long terme des dénervations complètes du carpe et la durée d'efficacité de cette intervention.

Matériel et Méthode

De 1992 à 2007, 142 patients ont eu une dénervation du poignet. Pour 51 patients, la dénervation totale a été le seul geste thérapeutique réalisé pour traiter les douleurs radio- et/ou médio-carpiennes. La dénervation complète a toujours été réalisée par deux voies d'abord (médio-dorsale et antéro-latérale).

Quarante-deux patients (43 cas) ont pu être recontactés avec un recul moyen de 69 mois (3-151). Les différentes étiologies étaient l'arthrose essentielle (4 cas), l'arthrose post-traumatique (35 cas) et l'arthrose secondaire à une maladie de Kienböck (4 cas). Seize fois un geste thérapeutique a été associé pour traiter une autre pathologie. L'évaluation a été réalisée par un questionnaire téléphonique, concernant uniquement le poignet, et le Quick DASH.

Résultats

Il n'y a eu aucune complication post-opératoire. Initialement, quatre cas n'ont pas été modifiés et 10 se sont plus ou moins dégradés dans un délai moyen de deux ans.

Au plus long recul, l'intervention a apporté un bénéfice net dans 35 cas (81 %) : soit avec un résultat complet dans 22 cas (51%), soit partiel mais considéré comme utile dans 13 cas (30%). Parmi les huit cas où le bénéfice était considéré comme absent ou insuffisant, sept ont nécessité une chirurgie secondaire avec un bon résultat final.

L'EVA moyenne était passée de 67,6 en préopératoire à 26,5 ($p < 0.0001$). L'amélioration des douleurs était supérieure à 70% dans 72% des cas (31 cas). Soixante-dix-sept pourcents ont pu reprendre leur activité manuelle antérieure. Il n'existait pas de corrélation avec l'âge ou le sexe. L'effectif était trop faible pour mettre en évidence une corrélation avec l'étiologie. Le résultat n'était pas différent qu'il y ait eu ou non un geste associé à la dénervation. Le Quick DASH moyen était de 29,5 (0 à 75) pour les 32 patients ayant renvoyé le questionnaire.

Conclusion

Nos résultats confirment l'intérêt de cette intervention qui apporte l'indolence une fois sur deux et un bénéfice utile dans près de 3/4 des cas en préservant les mobilités restantes. Ce résultat est obtenu avec un faible investissement (pas d'immobilisation, arrêt de travail court) et sans complication. L'âge ne paraît pas intervenir sur le résultat final.

En cas de résultat insuffisant ou de dégradation secondaire, la dénervation ne coupe pas les ponts pour une autre intervention dont elle ne semble pas obérer les résultats.

RESECTION DE LA PREMIERE RANGÉE DES OS DU CARPE : A PROPOS DE 45 CAS REVUS A MOYEN ET LONG TERME

J. Richou (1), **M. Freslon** (2), M. Liot (1), G. Moineau (1), W. Hu (1), D. Le Nen (1)

(1) Service d'Orthopédie, CHU La Cavale Blanche, Brest

(2) Service d'Orthopédie et Traumatologie, CHU de Poitiers

Contact : m.freslon@free.fr

Mots-clefs : résection première rangée, poignet, long terme

Introduction

Le but de cette étude était d'évaluer le résultat fonctionnel et subjectif des carpes douloureux et dégénératifs après résection de première rangée, à moyen et long terme.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective, continue et monocentrique incluant 45 patients, d'âge moyen 38 ans. Vingt-six (57%) étaient travailleurs manuels lourds. Tous les patients étaient handicapés par la douleur (EVA 6,9/10). L'intervention consistait en une résection de la première rangée associée à une

résection du NIOP, sans interposition, ni matériel.

L'évaluation était radio clinique, associée aux scores fonctionnels DASH et de Dubert.

Résultats

Au recul moyen de 92 mois, 38 patients étaient revus, 3 arthrodésés. 97 % étaient satisfaits (SWV : 74%, DASH : 32, Dubert : 26,8). Arc de mobilité flexion/extension : 74°, force à 77% du côté contro-latéral, EVA : 1,75/10. Dix neuf (57%) occupaient toujours le même travail. Le résultat était stable dans le temps sans parallélisme radioclinique. Tous notaient une perte de force et de mobilités.

Discussion

La résection de première rangée des os du carpe rend un poignet mobile, fonctionnel et indolore, compatible avec une vie sociale et professionnelle. Les travailleurs manuels lourds ou ceux présentant des lésions cartilagineuses importantes ne sont pas des candidats à cette intervention. Cependant l'action sur la douleur est incomplète et l'évolution arthrosique reste toujours possible. Bien que nous rapportions des résultats encourageants, notamment sur la stabilité des résultats à long terme, l'avenir à long terme de ces poignets simplifiés reste encore inconnu.

RESULTATS DU TRANSFERT DU LONG EXTENSEUR RADIAL DU CARPE DANS LA CHIRURGIE DU POIGNET RHUMATOÏDE.

J. Berhouet, G. Bacle, J. Hérard, J. Laulan
Unité de Chirurgie de la Main, Services
d'orthopédie 1 et 2, CHU Trousseau, Tours

Contact : julien.berhouet@gmail.com

Mots-clefs : polyarthrite rhumatoïde, poignet, transfert tendineux

Introduction

La chirurgie du poignet rhumatoïde associée à la synovectomie un geste de stabilisation radio-carpienne. Quand l'interligne radio-carpien est suffisamment préservé, un transfert tendineux du long extenseur radial du carpe (LERC) sur l'extenseur ulnaire du carpe (EUC), selon la technique de Clayton, peut être proposé. L'objectif de ce travail était d'évaluer les résultats de cette technique et de préciser ses indications.

Matériel et Méthode

Parmi les 16 cas traités par cette technique, 15 ont pu être évalués. Au moment de l'intervention, l'âge moyen était de 52 ans et la polyarthrite évoluait depuis 12 ans, avec un score fonctionnel de Steinbrocker moyen de 2,2.

En pré-opératoire et à la révision, les données cliniques concernaient la douleur, la synovite et les mobilités. Sur les radiographies des deux poignets étaient précisés : la hauteur du carpe,

la translation ulnaire, l'inclinaison radiale et l'atteinte des interlignes selon la classification de Larsen. Dans trois cas, ayant une atteinte médio-carpienne Larsen 4, une arthrodèse de cet interligne a été associée au transfert tendineux. L'évaluation du résultat a été réalisée 42,5 mois après l'intervention.

Résultats

Une diminution de la douleur était observée dans 12 des 14 cas douloureux (86 %) et sept cas étaient indolores. Il n'y avait plus de synovite dans 84 % des cas. De plus, on constatait un gain de mobilité de 60 % en extension et de 20 % en flexion.

Sur les radiographies, la déviation radiale et la translation ulnaire étaient stabilisées. L'atteinte des interlignes articulaires ne s'était pas aggravée.

Sept patients étaient très satisfaits et huit satisfaits.

Discussion

Cette étude confirme l'intérêt du transfert tendineux du LERC sur l'EUC dans la chirurgie du poignet dorsal avec un interligne radio-carpien préservé. Cette technique permet d'éviter la déstabilisation et, à la différence de la synovectomie isolée, elle améliore les mobilités.

En outre, dans les cas où il existe une destruction médio-carpienne, elle peut être associée à une arthrodèse de cette articulation, permettant de préserver la radio-carpienne et les mobilités restantes.

PERTES DE SUBSTANCE CUTANEO-TENDINEUSES DU DOS DE LA MAIN: NOTRE STRATEGIE THERAPEUTIQUE PAR GREFFE TENDINEUSE EN 2 TEMPS ET LAMBEAU CHINOIS FASCIAL GREFFE, A PROPOS DE 2 CAS TRAUMATIQUES.

A. Dinh, Th. Dubert, N. Osman, JN. Goubier, F. Teboul

Urgences Mains de l'Est Parisien, Clinique La Francilienne, Pontault Combault

Contact : Antonio.Dinh@Wanadoo.fr

Mots-clefs : Lambeau antébrachial radial, Lambeau fascial greffé, Mains de portière

Pour les pertes de substance du dos de la main intéressant la peau et l'appareil extenseur en zones 5 à 7, nous proposons une technique associant une reconstruction tendineuse en 2 temps (tiges de Hunter puis greffes tendineuses) et une couverture par lambeau antébrachial radial à rétro septofascial couvert d'une greffe de peau mince.

Nous discutons l'intérêt de ce type de couverture par rapport autres options existantes à travers 2 cas de mains de portière.

FIXATION DES FRACTURES DU CINQUIÈME METACARPIEN PAR PLAQUE A VIS VERROUILLEE : ETUDE COMPARATIVE AVEC L'EMBROCHAGE

M. Diaconu, A. Pélissier, S. Facca, S. Gouzou, Ph. Liverneaux

SOS main, CCOM, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Contact : p.liverneaux@wanadoo.fr

Mots-clefs : métacarpien, plaque, fracture

Introduction

Le traitement habituel des fractures des métacarpiens est l'embrochage centromédullaire ou intermétacarpien. Il comporte des inconvénients : instabilité du foyer de fracture, déplacement secondaire, migration des broches, infections, nécessité d'ablation de matériel, lésions de la branche cutanée dorsale du nerf ulnaire, et surtout une immobilisation de plusieurs semaines mal supportée chez ces patients jeunes et actifs. Nous avons voulu tester l'intérêt de l'utilisation de miniplaques verrouillées en les comparant avec l'embrochage centromédullaire.

Matériel

Il s'agit d'une étude rétrospective comparative continue menée de mai 2007 à avril 2008. La série comportait 48 fractures chez 48 patients d'âge moyen 31 ans. Les 22 premiers ont été traités par embrochage centromédullaire descendant (groupe 1) et les 26 derniers par plaque verrouillée Médartis® (groupe 2). On notait 8 fractures diaphysaires et 38 fractures cervicales.

Méthode

Le groupe 1 a été traité par embrochage descendant classique. L'immobilisation a été confiée à une orthèse de Thomine avec syndactylisation. L'ablation des broches a été réalisée à la 6ème semaine, suivie de rééducation.

Le groupe 2 a été abordé par voie dorsale. La technique a consisté en la mise en place première des vis distales verrouillées, qui a permis une réduction facile de la fracture sur la plaque. Les vis proximales ont été verrouillées. Aucune immobilisation postopératoire n'a été prescrite, et la mobilisation a été encouragée.

L'évaluation des résultats a été confiée à des critères objectifs (force par le Jamar®, amplitudes articulaires, durée de l'arrêt de travail) et subjectifs (fonction globale par le DASH, douleur par une EVA).

Résultats

Le recul moyen est de 8 mois dans le groupe 1 et 3 mois dans le groupe 2.

En fonction du type de fracture, nous avons utilisé dans le groupe 1 une ou deux broches et dans le groupe 2 des plaques de formes et de longueurs différentes.

Au dernier recul, les résultats globaux sont comparables dans les deux groupes, mais avec une récupération et une reprise du travail plus rapide dans le groupe 2. Les déplacements secondaires ont été plus fréquents dans le groupe 1. Les résultats sur la mobilité sont meilleurs avec le groupe 1 dans les fractures cervicales, malgré une reprise d'activité plus précoce dans le groupe 2. Toutefois, le recul du groupe 2 est plus faible. Les résultats sont meilleurs avec le groupe 2 dans les fractures diaphysaires.

Discussion

Nos résultats préliminaires semblent meilleurs dans le groupe 2, avec une diminution des complications et une reprise de travail plus précoce, à l'exception de la mobilité au dernier recul dans les fractures cervicales. Le surcoût des plaques verrouillées nous semble justifié par une diminution des indemnités journalières, du nombre de consultations, de contrôles radiographiques, ainsi que l'absence d'ablation de matériel.

LES FRACTURES DE LA BASE DU PREMIER METACARPIEN CHEZ L'ENFANT. ETUDE RETROSPECTIVE A PROPOS DE 35 CAS

W. Zribi, **M. Mhiri**, M. Zribi, F. Gdoura, W. Jarraya, Z. Ellouze, K. Ayadi, H. Keskes
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Contact : mohamedmhiri6636@yahoo.fr

Mots-clefs : fracture de la base de M1, enfant, traitement

Introduction

L'articulation trapézo-métacarpienne représente le pivot central de la colonne du pouce. Les fractures de la base du premier métacarpien chez l'enfant forment une entité particulière du fait de la haute spécialisation fonctionnelle du pouce, Quel que soit le type anatomique de la fracture, elles pourront être responsables d'une limitation des mouvements du pouce, en particulier un défaut d'ouverture de la première commissure.

Matériels, méthodes et résultats

Nous avons étudié 35 observations de fractures de la base du premier métacarpien chez l'enfant survenues entre 2000 et 2006 et traitées dans le service d'Orthopédie et de Traumatologie du CHU Habib Bourguiba.

L'âge moyen des patients était de 13.8 ans (entre 4 et 16 ans)

La prédominance masculine est nette.

Les fractures ont été classées radiologiquement selon trois groupes :

- Groupe A: fracture métaphysaires pures (19 cas)

- groupe B : fractures décollement épiphysaire Salter II avec un coin épiphysio métaphysaire médial (13 cas)

-groupe C : fractures décollement épiphysaire Salter II avec un coin épiphysio métaphysaire latéral (4cas)

La réduction est faite par une traction axiale sur le pouce en abduction et pression sur la base du premier métacarpien sous contrôle d'amplificateur de brillance.

Le traitement était un embrochage transversal intermétacarpien selon Iselin dans 29 cas et orthopédique par une manchette plâtrée prenant le pouce dans 6 cas

Au recul moyen de 12 mois, les résultats anatomiques et fonctionnels sont jugés bons dans la majorité des cas avec quelques cas de limitation de l'ouverture de la première commissure surtout après traitement orthopédique.

Discussion

Les fractures de la base du premier métacarpien chez l'enfant est une entité rare. Quelques séries ont été rapportées dans la littérature.

Le traitement chirurgical a été la préférence de la majorité des auteurs comme dans notre cas, il est assuré par un embrochage à ciel fermé inter métacarpien avec ouverture de la première commissure. Quelques cas de réduction à ciel ouvert ont été rapportés dans la littérature surtout en cas d'incarcération périostée ou tendineuse. Le traitement orthopédique est préconisé en cas de décollement épiphysaire de la base de M1 salter II avec un coin métaphysaire médial. Les résultats sont bons dans la majorité des séries à part quelques cas de limitation d'ouverture de la première commissure et d'épiphysiodèse ayant nécessité des ostéotomies secondaires

Conclusion

Le traitement chirurgical des fractures de la base du premier métacarpien chez l'enfant permet une contention stable, une consolidation de la fracture dans les délais. Le brochage intermétacarpien permet d'éviter les cals vicieux et les troubles de croissances du premier métacarpien et assurer une bonne fonction de la colonne du pouce. Le traitement orthopédique est l'apanage des fractures non déplacées.

LA FIXATION INTERMETACARPIENNE DES FRACTURES RECENTES DES DOIGTS LONGS: REVUE DE 56 CAS

C. Pidhorz, M. Averbuch, G. Almog

Unité de chirurgie de la main, service de chirurgie plastique, C.H.U. Hadassah, Jérusalem, Israël

Contact : cpidhorz@yahoo.fr

Mots-clefs : Fracture métacarpienne des doigts longs, fixation intermétacarpienne, fixation métacarpienne transversale

Décrite en 1943 par Berkam, la fixation intermétacarpienne reste peu utilisée dans ce type de fracture.

Matériel:

La série comprend 56 fractures chez 49 patients dont 9 femmes. L'âge moyen lors de l'accident était de 31,5 ans (de 13 à 66 ans). La fracture intéressait la main dominante dans 29 cas. Elle était isolée 41 fois et associée à d'autres fractures 14 fois (8 métacarpes et 3 phalanges). Le trait se situait sur le col chirurgical 13 fois, la diaphyse et métaphyse proximales 21 fois, et intéressait l'articulation carpo-métacarpienne 22 fois.

Une réduction sous AL a été tentée sans succès en urgence 40 fois. L'indication opératoire se fondait sur l'existence d'une rotation, d'un raccourcissement (≥ 4 mm) ou d'une marche d'escalier intra-articulaire (≥ 1 mm). La procédure chirurgicale s'est effectuée en moyenne au 10^{ème} jour, à foyer fermé dans 51 cas et à foyer ouvert dans 5 cas (3 fois pour lésions associées des tissus mous et 2 fois devant l'impossibilité de réduire un fragment articulaire).

La mobilisation a débuté en post-opératoire immédiat sauf cas particuliers. 14 patients se sont rééduqués eux-mêmes.

Une infection superficielle sur broche s'est résolue par traitement local.

La consolidation a été constante et les broches retirées en moyenne à 34 \pm 14 jours. Pour les 23 personnes en âge de travailler, la reprise du travail s'est effectuée lors de la première semaine post-opératoire dans 7 cas, à 6 semaines dans 3 cas et dans les trois mois dans le reste des cas.

Méthodes: Tous les patients ont été reconvoqués pour examen clinique et radiologique. Les mesures radiologiques ont été réalisées sur des radiographies digitalisées en prenant comme référence le métacarpe controlatéral.

Résultats: 30 patients ont été revus. Le recul moyen est de 28,2 mois (de 4 à 96 mois).

La mobilité de l'articulation métacarpo-phalangienne du rayon fracturé est de 91,5 \pm 7,8° en flexion et de 3,8 \pm 8,5° en extension. La mobilité de la métacarpo-phalangienne du rayon tuteur atteint 94% de l'extension et 96% de la flexion par rapport au côté sain. La mobilité des autres articulations est normale. Aucun cisaillement ni limitation de l'abduction-adduction n'ont été retrouvés.

Une arthrose précoce est survenue après comminution de la CM5.

Sur le plan radiographique, il persiste une translation de 1,1 mm en moyenne (2,6 mm en préopératoire), un raccourcissement de 1.7 mm (4,7 mm en préopératoire) et une

angulation pour les fractures du col chirurgical et de la diaphyse respectivement de 19,7° et 2,7° (contre 32,3° et 10,4° en préopératoire).

Conclusion : La réduction fracturaire a été inférieure à celle que l'on aurait pu attendre d'un traitement à ciel ouvert, mais il s'agit d'une méthode aisée, simple reproductible et peu coûteuse. Ses résultats sont fiables et rapides si l'on veut bien se contenter d'une réduction approximative de la fracture.

COMMUNICATION AFFICHEE : POSTER

REANIMATION SENSITIVO-MOTRICE DU MEMBRE SUPERIEUR APRES INJECTION DE SOUDE CAUSTIQUE

C. Lazar, M. Revol, JM. Servant
Service de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique de l'Hôpital Saint Louis - Paris

Contact : lazarcalin@yahoo.fr

Mots-clefs : Lambeau pédiculé grand dorsal, Greffe nerveuse, Pontage vasculaire

INTRODUCTION : L'ingestion ou l'injection de caustiques entraîne des dégâts tissulaires majeurs dont la prise en charge chirurgicale nécessite souvent plusieurs interventions et un long suivi pluri-disciplinaire. Les résultats ainsi obtenus ne sont que très rarement satisfaisants aussi bien pour le patient que le chirurgien. Nous présentons ici le cas d'un très bon résultat fonctionnel et esthétique final compte tenu de l'étendue des lésions de départ.

CAS CLINIQUE : Un patient de 41 ans a été pris en charge dans notre service à la suite d'une injection de soude caustique au niveau du pli du coude gauche. Le parage initial avait nécessité le sacrifice des fibres inférieures du deltoïde, du biceps et du brachial antérieur, du rond pronateur, des grand, petit palmaire et du cubital antérieur, la résection du paquet artério-veineux huméral ainsi que des nerfs médian et cubital.

La réanimation sensitive et motrice de son membre a été secondairement réalisée par un lambeau musculo-cutané pédiculé de grand dorsal homolatéral, associé à un pontage vasculaire huméro-cubital au moyen d'une veine saphène et des greffes nerveuses du médian.

Les résultats à distance de cette reconstruction en terme de récupération des mobilités articulaires, de la sensibilité du médian et de la force musculaire sont présentés.

Le patient se déclare très satisfait et peu gêné dans sa vie quotidienne.

CONCLUSION : La chirurgie reconstructrice représente chez ces patients une étape thérapeutique indispensable qui ne pourra se faire en dehors d'une prise en charge multidisciplinaire où la réanimation et la rééducation tiennent un rôle majeur.

D'autre part, bien que de bons résultats soient possibles, les patients devront être informés des contraintes, des risques encourus et des faibles bénéfices attendus afin de pouvoir s'assurer de leur parfaite compliance au traitement.