



Président
Pr. VICHARD

Secrétaire Général
F. CHAISE



Besançon les 18-19 mai 2001

Les journées du Président
Société Française de Chirurgie de la Main

SOMMAIRE

- Page 2** **1 - BARRY P**, TCHURUKDICHIAN J, ISSELIN J, REGNARD PJ (Dijon)
Ischémie digitale par anomalie musculaire de la paume de la main. A propos d'un cas.
- Page 3** **2 - DINH A**, SAFI H, DUBERT Th, VALENTI Ph, OSMAN N (Pontault-Combault)
Un nouveau cas d'incarcération tendineuse (extensor carpi radialis brevis) après fracture de l'extrémité inférieure du radius.
- Page 4** **3 - VAN OVERSTRAETEN L** (Tournai)
Couverture après brûlure dorsale de la main par lambeau libre de grand épiploon placé en "portefeuille". Reconstruction de l'appareil extenseur. A propos d'un cas.
- Page 5** **4 - NOVELINO F**, GONCALVES J, VELEZ R, HOUZE S, SCHOFS M (Faches Thumesnil) (Nord). Le lambeau fascio cutané hypothénarien
- Page 6** **5 - VAN OVERSTRAETEN L** (Tournai)
Double main de portière. A propos d'un cas.
- Page 7** **7 - JARRY A**, POLETTE A, OBERT L, TROPET Y (Besançon)
Dyslipidémie diabète et maladie de Dupuytren
- Page 8** **8 - LOUBERSAC T**, CHAISE F, PRUDHOMME M (Nantes)
Traitement des récurrences de canal carpien par interposition de polyuréthane. A propos de 10 cas.
- Page 9** **9 - DUCHE R**, TRABELSI A, RIGOUT C, ABIHAIDAR G (Avignon)
Reconstruction du rétinaculum des fléchisseurs : étude anatomique et intérêt clinique.
- Page 10** **10 - PISTRE V**, PELISSIER Ph, BAUDE (Bordeaux)
Diagnostic étiologique difficile devant une tenosynovite des tendons fléchisseurs.
- Page 11** **11 - VAN OVERSTRAETEN L, (Tournai)**
Traitement des fractures articulaires de l'IPP par fixateur dynamique de Suzuki ("The pins and rubbers traction system")
- Page 12** **13 - RIDOUX PE** (Besançon)
Syndrome du 4ème lombaire.
- Page 13** **15 - BOULARD L**, VIENNET G, OBERT L, CLAPPAZ P, TROPET Y (Besançon)
Etude anatomo-morphométrique des nerfs collatéraux et des greffons potentiels.
- Page 14** **16 - OSMAN N**, DUBERT Th, VOCHÉ Ph, DUMONTIER Ch, DINH A (Pontault et Combault-Paris)
Le questionnaire d'évaluation DASH : Présentation de la version française accréditée par l'AAOS.
- Page 15** **17 - KAPANDJI A** (Longjumeau)
Evaluation clinique des Articulations du Membre Supérieur.
- Page 16** **18 - EL ABIAD R**, SBIHI A, LEVIET D (Institut de la main Paris)
Syndrome de Basset et Nunley : à propos de 4 cas opérés.
- Page 17** **19 - LOUBERSAC T**, BELLEMERE P, CHAISE F (Nantes)
Tendinopathie du biceps distal : 2 observations similaires.
- Page 18** **20 - EL ABIAD R**, SBIHI A, LEVIET D (Institut de la main Paris)
Entorses de la plaque palmaire de la métacarpo-phalangienne du pouce. A propos de 17 cas traités chirurgicalement.
- Page 19** **21 - FOCKENS W**, COMTET JJ, SARTORIUS C, PICHETTI-MAYER N (Lyon)
L'angioleiomyome. A propos d'un cas.
- Page 20** **22 - GASTON E**, CALLE C, KASSOUMA J, SCHERNBERG F (Reims)
A propos d'une pseudo tumeur glomique : la tumeur du corpuscule de Pacini.
- Page 21** **24 - MEYER JC**, MICHAUX B, PAINDAVOINE M, BARRY P, TCHURUKDICHIAN A (Dijon)
Les apports de la vidéo et du traitement informatique de l'image dans l'étude des mouvements du membre supérieur.
- Page 22** **25 - ASWAD R**, BERRET M, SBIHI A (Marseille)
Greffons vascularisés de la face dorsale de l'extrémité distale du radius. Etude anatomique.
- Page 23** **26 - BLANC S** (Fleury les Aubrais-Loiret)
Ostéosynthèse par fixateur externe des fractures instables par compression-extension de l'extrémité inférieure du radius sur os porotique.
- Page 24** **27 - DANINO A**, REVOL M, CORMERAIS A, LAFFONT I, PEDELUCQ JR, DIZIEN O, SERVANT JM (Paris, St-Louis).
Arthrodèses "Cône-Cupule" du premier rayon chez les patients tétraplégiques. Etude rétrospective sur 8 ans.
- Page 25** **28 - TRABELSI A**, FALINE A, TOUSSAINT B, ASENCIO G (Nîmes)
Traitement de la rhizarthrose primitive par prothèse ARPE. A propos de 28 cas avec 42 mois de recul.
- Page 26** **29 - EL ABIAD R**, VANDEPUTTE G, LEVIET D (Institut de la main- Paris)
Luxation du transplac, complication possible de la trapézectomie.
- Page 27** **30 - HAMPEL C**, JEUNET L, OBERT L, TROPET Y (Besançon)
Luxation isolée du scaphoïde carpien. A propos d'un cas.
- Page 28** **31 - LESPRIT E**, BOUTROD B, LE HUEC JC, CHAUVEAUX D (Bordeaux)
La luxation palmaire dissociative du scaphoïde et du lunatum : à propos d'un cas.
- Page 39** **32 - VICHARD Ph**, JEUNET L (Besançon)
Devenir à long terme d'une luxation anté-lunaire (avec fracture de la tête du grand os) du carpe négligée chez un enfant. Etat clinique et radiologique actuel.
- Page 30** **33 - ELKHOITI K**, HERZBERG G, FORISSIER D, GARRET J, GUIGAL V, FALAISE C, (Lyon)
Voie d'abord unique ou combinée pour les luxations trans-scapho-perilunaires ?
- Page 31** **34 - VICHARD Ph**, OBERT L, CLAPPAZ P (Besançon)
Fracture du semi-lunaire sur poignet malformatif ou maladie de Kienböck au stade de fracture ?

I - BARRY P, TCHURUKDICHIAN J, ISSELIN J, REGNARD PJ, (Dijon)

ISCHIEMIE DIGITALE PAR ANOMALIE MUSCULAIRE DE LA PAUME DE LA MAIN A PROPOS D'UN CAS

Les auteurs rapportent le cas d'un homme d'une soixantaine d'années, travailleur de force, sans antécédent connu et non fumeur pris initialement en charge pour une lésion ischiémique de l'extrémité distale de l'index droit. Dans la prise en charge chirurgicale, après bilan spécialisé, l'intervention met en évidence une compression vasculaire par un muscle anormal dans la paume de la main.

L'exérèse chirurgicale du muscle lève l'ischémie chronique et redonne une vascularisation digitale satisfaisante comme le montre l'artériographie de contrôle effectuée un mois après l'intervention.

Il ne semble pas, à la connaissance des auteurs, qu'un tel cas ait été rapporté jusqu'à présent dans la littérature.

2 - DINH A, SAFI H, DUBERT Th, VALENTI Ph,
OSMAN N, (Pontault-Combault)

UN NOUVEAU CAS D'INCARCÉRATION TENDINEUSE (EXTENSOR CARPI RADIALIS BREVIS) APRÈS FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS

Urgences Mains de l'Est Parisien, Clinique La Francilienne
PONTAULT-COMBAULT - FRANCE

Nous rapportons un cas non décrit, à notre connaissance, d'incarcération du tendon de l'extensor Carpi Radialis Brevis (ECRB), après fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Nombreux sont en effet les cas rapportés de tendons piégés (extenseur des compartiments 3 à 6, fléchisseurs profonds des doigts 2 à 5 ou long du pouce) dans des fractures du radius, du cubitus, où des deux os de l'avant bras. La lésion que nous décrivons, était survenue chez un jeune homme de 16 ans après fracture décollement épiphysaire Salter-Harris 2 à déplacement antérieur, réduite et brochée.

Elle a été soupçonnée secondairement devant l'absence de flexion du poignet en actif ou passif après consolidation et rééducation. Une iconographie IRM que nous présentons a objectivé un englobement intra-osseux de l'ECRB sous l'ECR Longus.

Après ténolyse, et renforcement tendineux, au recul de trois mois, la flexion active du poignet a été récupérée sans déficit d'extension. Le sujet a pu reprendre son sport (motocross de compétition).

Conclusion :

L'important message pour le chirurgien est de tester après réduction d'une lésion d'un ou deux os de l'avant bras les mobilités passives du poignet et des doigts, particulièrement si le déplacement était important et la réduction difficile, afin d'identifier immédiatement une telle lésion, elle même source de complications propres: pseudarthrose et rupture tendineuse.

3 - VAN OVERSTRAETEN L, (Tournai)

COUVERTURE APRES BRULURE DORSALE DE LA MAIN PAR LAMBEAU LIBRE DE GRAND EPIPLOON PLACE EN " PORTE-FEUILLE ". RECONSTRUCTION DE L'APPAREIL EXTENSEUR. CASE REPORT.

Objectif :

Ce poster présente le cas d'un ouvrier de 33 ans victime d'une brûlure du 3ème degré par presse chauffante responsable d'une destruction tissulaire complète de toute la face dorsale des quatre rayons cubitaux de la main gauche (peau, extenseurs, intrinsèques, métacarpiens).

Reconstruction par lambeau libre de grand épiploon, disposé en portefeuille associé à un premier temps de Hunter.

Reconstruction de l'appareil extenseur des quatre doigts longs.

Dégraissage.

Résultats :

Bilan fonctionnel (mobilité et force), esthétique et de réhabilitation professionnel 7 ans après le traumatisme initial.

Reprise de l'activité professionnelle dans la même entreprise 15 mois après l'accident.

Conclusion :

Son excellente vascularisation, son pouvoir détersif, sa grande fiabilité, sa malléabilité font du lambeau de grand épiploon un transfert libre intéressant dans le cas de lésions pluri-tissulaires infectées et mal vascularisées.

Il prépare très efficacement le terrain de reconstruction tendineuse.

4 - NOVELINO F, GONCALVES J, VELEZ R, HOUZE S, SCHOOF S M,

LE LAMBEAU FASCIO CUTANE HYPOTHENARIEN

Après une étude anatomique sur 11 mains fraîches et injectées, les auteurs proposent un lambeau fascio cutané hypothénarien pédiculé.

La vascularisation est assurée par 3 à 5 perforantes provenant de l'artère digitale cubitale du 5ème rayon.

A pédicule proximal, le point de rotation, se situe à l'arcade palmaire et à pédicule distal au niveau de la diaphyse de P1 du 5ème doigt.

L'arc de rotation obtenu permet de couvrir la paume de la main et le 5ème rayon jusqu'à son extrémité.

Le site donneur est autofermant si la taille du lambeau n'excède pas 4 par 2,5 centimètres.

Une technique de prélèvement est proposée et illustrée par deux cas cliniques.

L'indication préférentielle de ce lambeau éventuellement resensibilisable est la couverture des pertes de substance de la face palmaire du 5ème doigt, du 4ème espace commissural, de la région métacarpophalangienne et de la paume distale de la main

Ce nouveau lambeau vient enrichir la panoplie des lambeaux utilisables à la main.

5 - VAN OVERSTRAETEN L, (Tournai)

DOUBLE MAIN DE PORTIERE. CASE REPORT.

Objectif :

L'auteur présente le cas d'une femme de 31 ans victime d'un traumatisme de type " main de portière " des deux membres supérieurs.

A droite, il existe une perte de substance dorsale cutanéotendineuse et une dévascularisation du troisième rayon.

A gauche, il existe une amputation par abrasion des doigts cubitaux et une perte de substance pluri-tissulaire (peau-fléchisseurs-pédicule et articulation MP) de la paume.

A droite, résection 3ème rayon, Steichen, reconstruction par lambeau chinois sur réparations tendineuses,.

A gauche, translocation de l'index sur M3, réanimation de la flexion, puis greffe nerveuse, ostéotomie de dérotation et appareillage par prothèse esthétique.

Résultats :

Bilan fonctionnel, esthétique et professionnel à 2 ans du traumatisme initial.

Mobilité digitale complète du côté droit, force subnormale, prise pollicidigitale en force à gauche. Score fonctionnel. Aspect esthétique après dégraissages et plasties commissurales.

Conclusion :

Ce cas illustre l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire immédiate, d'une rééducation rapide et d'une autonomisation fonctionnelle précoce des traumatisés des deux mains.

6 - DELLA SANTA D (Genève)

7 - JARRY A, POLETTE A, OBERT L, TROPET Y, (Besançon)

DYSLIPLIDÉMIE, DIABÈTE ET MALADIE DE DUPUYTREN

Les auteurs proposent une étude portant sur 130 hommes (âge moyen: 56 ans) opérés pour maladie de Dupuytren.

Tous les patients ont bénéficié d'un bilan biologique comprenant: Uricémie, Cholestérol total, HDL Cholestérol, LDL Cholestérol, Triglycéridémie, Glycémie, hémoglobine glycosylée. A notre connaissance, il s'agit de l'étude la plus importante jamais proposée sur ce sujet.

Une étude statistique a été réalisée en comparant la première série à une deuxième série témoin de même âge (population générale). L'étude ne retrouve pas de différence significative entre les deux populations concernant l'hyperuricémie et l'hypercholestérolémie (aucune hypercholestérolémie dans la première série et 3,9 % d'hyperlipémie mixte (hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie) dans la première série contre 8 % dans la population générale). Par contre, on retrouve 26 % hypertriglycéridémie isolée (sans hypercholestérolémie, sans augmentation des LDL)

contre 13 % dans la population générale ; la différence est significative ($p < 0,05$). 40 % de ces hypertriglycéridémiques ont une diminution des HDL. L'hypertriglycéridémie dans la maladie de Dupuytren n'est pas liée à une surcharge pondérale (coefficient de corrélation triglycéride - poids : 0,07). De plus, 11 % des patients souffrant de maladie de Dupuytren présentent un diabète contre 4 % dans la population générale ; La différence est significative ($p < 0,05$). 40% de ces diabétiques souffrent d'hypertriglycéridémie (le diabète est un facteur de risque connu d'hypertriglycéridémie). Les triglycérides sont connus pour se lier au collagène de type I présent dans l'aponévrose palmaire superficielle. Ces dépôts sont cytotoxiques pour les fibroblastes et, par ce biais, pourraient être responsables d'un processus de cicatrisation à l'origine de la maladie de Dupuytren.

Au total, cette étude confirme la liaison statistique connue entre maladie de Dupuytren et diabète et elle révèle une forte association entre maladie de Dupuytren et hypertriglycéridémie qui est un facteur de risque cardio-vasculaire.

8 - LOUBERSAC T, CHAISE F, PRUDHOMME M, (Nantes)

TRAITEMENT DES RECIDIVES DE CANAL CARPIEN PAR INTERPOSITION DE POLYURETHANE : A propos de 10 cas

But de l'étude : Evaluer l'efficacité de l'interposition d'une plaque de polyuréthane entre le nerf médian et le Ligament Annulaire Antérieure du carpe dans le traitement de récides vraies de syndrome du canal carpien .
Entre 1995 et 1999 , 10 patients , tous présentant une récide vraie d'un syndrome du canal carpien avec un intervalle libre supérieur à 1 an ont été inclus dans le protocole .

Une plaque de Polyuréthane a été interposée par voie antérieure longitudinale directe à la face profonde du ligament annulaire antérieur du carpe .
Les résultats ont été appréciés avec un recul allant de 1 à 5 ans . Ils ont été évalués en fonction des paresthésies , de la force musculaire , des douleurs et de la tolérance au matériel . Les résultats ont été jugés Très Bons ou Bons .
Conclusion : La difficulté de traitement des récides de syndrome de canal carpien conduit les auteurs a proposer une alternative thérapeutique aux lambeaux vascularisés . Celle-ci s'avère intéressante compte tenu des résultats obtenus sur cette courte série .

RECONSTRUCTION DU RÉTINACULUM DES FLÉCHISSEURS : ÉTUDE ANATOMIQUE ET INTÉRÊT CLINIQUE.

Afin de valider l'opportunité et le bénéfice d'une reconstruction du rétinaculum des fléchisseurs dans la chirurgie du canal carpien, nous avons réalisé deux études préliminaires :

In vivo, un repère métallique a été fixé sur les deux berges du rétinaculum après ouverture du canal carpien (6 patients) ; la comparaison des radiographies post-opératoires et à 3 mois montre que l'écartement initial des berges reste stable dans le temps.

In vitro, une étude anatomique des forces exercées sur le rétinaculum par les fléchisseurs a été réalisée au moyen de jauges d'extensiométrie. Nous avons comparé les forces sur :

- Un rétinaculum intact
- Un rétinaculum reconstruit par un implant
- Un rétinaculum ouvert sans abord cutané en regard (analogie avec l'endoscopie)
- Un rétinaculum ouvert (analogie avec l'abord direct par mini-open)

Plus que les forces relevées, c'est le différentiel obtenu qui semble significatif. L'étude montre que les forces exercées par les fléchisseurs en appui sur le rétinaculum sont les plus proches de la normale (rétinaculum intact) avec un rétinaculum reconstruit. Les forces obtenues par endoscopie sont moindres et deviennent quasiment nulles à ciel ouvert.

Cette étude confirme l'importance du rétinaculum des fléchisseurs comme poulie prédominante pour la force de préhension. La reconstitution du rétinaculum dans la chirurgie du canal carpien doit donc être recherchée ; Ses avantages sont multiples :

- Protection immédiate du nerf médian et des tendons fléchisseurs.
- Stabilisation des deux berges du rétinaculum ouvert.
- Pas de subluxation des tendons fléchisseurs des IVème et Vème doigts.
- Pérennisation de l'écartement obtenu.
- Récupération probablement plus rapide de la force.

Le but ultime est de diminuer le coût global de cette intervention en réduisant la durée de l'arrêt maladie par une reprise plus précoce et plus fonctionnelle des activités.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DIFFICILE DEVANT UNE TENOSYNOVITE DES TENDONS FLECHISSEURS

Objectifs : Les ténosynovites concernant les fléchisseurs des doigts représentent une pathologie fréquente. Si le diagnostic clinique est le plus souvent facile (canal carpien, doigt à ressaut), le diagnostic étiologique est parfois difficile. Nous avons cherché à évaluer la fréquence de ces étiologies rares concernant les fléchisseurs des doigts au cours de ces dix dernières années dans notre service

Résultats :

Nous avons enregistré 18 cas de ténosynovite digitale concernant les tendons fléchisseurs. Deux cas étaient rattachés à une polyarthrite rhumatoïde, trois cas à une ténosynovite de surcharge (sarcoïdose, goutte...) et sept cas étaient idiopathiques. Six cas correspondaient à des ténosynovites infectieuses chroniques dont une d'origine tuberculeuse, deux en rapport avec *Mycobacterium marinum* et trois cas d'autres types de mycobactéries atypiques.

Conclusion :

Les ténosynovites des tendons fléchisseurs regroupent un éventail étiologique très vaste dont les causes les plus fréquentes sont le diabète, les doigt à ressaut, le surmenage et les infections aiguës. À côté de ces étiologies classiques, les ténosynovites infectieuses chroniques doivent être évoquées devant la persistance de la symptomatologie afin de limiter le retard de prise en charge thérapeutique et de mettre en place le traitement de l'étiologie.

II - VAN OVERSTRAETEN L, (Tournai)

TRAITEMENT DES FRACTURES ARTICULAIRES IPP PAR FIXATEUR DYNAMIQUE DE SUZUKI (" THE PINS AND RUBBERS TRACTION SYSTEM ")

La technique par traction – mobilisation par fixateur dynamique publiée par Suzuki en 94 et appliquée aux fractures comminutives des inter-phalangiennes proximales permet de faciliter considérablement la prise en charge et le suivi de ces traumatismes et d'obtenir d'excellent résultats fonctionnels et radiologiques.

La méthode est rappelée, en insistant sur certaines exigences techniques. La série présentée composée de 8 cas est courte. Mais elle a le mérite de ne concerner que l'IPP, d'être homogène et d'avoir un recul clinique et fonctionnel de plus de 3 ans.

Les résultats cliniques rapportés impliquent tous les doigts longs (1 D2, 1 D3, 4 D4 et 2 D5), traumatisés dans 3 cas au cours du travail. La durée moyenne d'incapacité fut de 8 semaines.

A la revue, la douleur et la gêne fonctionnelle sont absentes. L'amplitude de mobilité moyenne de l'IPP est de 90° / -16° , respectivement en flexion – extension active. L'amplitude moyenne de mobilité du rayon traumatisé (TAM) est de 228° / -5° . La force de la poigne moyenne est de 37 gks (95% par rapport au côté controlatéral).

Toutes les fractures ont consolidé. Une seule a nécessité l'apport de greffe spongieuse. La congruence radiologique à 3 ans est satisfaisante.

I2 - GRAF V, DELLA SANTA D (Genève)

**TRAITEMENT DES FRACTURES LUXATION DE L'IPP PAR
MINI FIXATION DYNAMIQUE.**

I3 - RIDOUX PE, (Besançon)

LE SYNDROME DU 4ème LOMBRICAL

Les auteurs décrivent un syndrome douloureux palmaire en rapport avec une dilacération musculaire entre le muscle 4ème lombrical et le tendon fléchisseur profond de l'annulaire.

Les 3 cas rapportés sont des sportifs de compétition en tir à l'arc et en escalade. Les signes apparaissent en flexion contrainte de l'index du majeur et de l'annulaire l'auriculaire restant libre en hyper-extension ce qui est une position typique chez ces athlètes.

Cette prise crée une mobilisation excessive et opposée entre les tendons fléchisseurs des deux derniers doigts et provoque une distension des deux insertions du 4ème lombrical. Des études anatomiques et des tests cliniques ont confirmé le mécanisme.

Le traitement fonctionnel consiste en une syndactylie entre l'annulaire et l'auriculaire. En cas d'échec, une section chirurgicale des insertions du muscle lombrical pourrait lever la douleur sans restreindre la mobilité des doigts.

14 - BECCARI R, AUQUIT AUCKUR I, MILLIEZ PY, BIGA N, (Rouen)

**LES ANÉVRISMES TRAUMATIQUES DES ARTÈRES RADIALES
À LA MAIN ET DE L'ARCADE PALMAIRE PROFONDE.**

I5 - BOULARD L, VIENNET G, OBERT L, CLAPPAZ P, TROPET Y, (Besançon)

ETUDE ANATOMO-MORPHOMÉTRIQUE DES NERFS COLLATÉRAUX ET DES GREFFONS POTENTIELS

Introduction: Dans la pratique de la chirurgie de la main en urgence, en cas de perte de substance nerveuse au niveau digital on doit parfois réaliser une greffe nerveuse.

Matériel et méthode Ce travail permet de comparer, sur des cadavres formolés, différents sites de prélèvement. L'étude anatomo-morphométrique porte sur la surface de section, le nombre de fascicules et le pourcentage de tissu neuronal. On étudie ces différents critères au niveau de 6 nerfs collatéraux ulnaires du pouce, 7 nerfs collatéraux radiaux de l'index et 7 du médus, tous prélevés en regard de la première phalange. Ces résultats sont comparés à ceux obtenus au niveau des sites donneurs éventuels.

7 prélèvements du nerf sural à sa partie terminale, du nerf cutané dorsal latéral du pied, du nerf brachial cutané interne et du nerf brachial cutané externe. Résultats Le pourcentage de tissu neuronal moyen varie, pour tous les sites de prélèvement, entre 20 et 30%. La surface de section moyenne (entre 0.82 et 1.11 mm²) et le nombre de fascicules (médiane à 5) des sites de prélèvement donneurs correspondent à ceux des nerfs collatéraux de doigt (surface de section moyenne entre 0.93 et 1.11 mm², médiane du nombre de fascicule entre 5 et 6) sauf pour le nerf sural de plus gros diamètre (1.73 mm²) et avec un plus grand nombre de fascicules (entre 7 et 9).

Conclusion: On peut donc conclure qu'au niveau anatomo-morphométrique, les pertes de substance nerveuse de collatéral de doigt peuvent être remplacées par des greffons de nerf cutané dorsal latéral du pied, brachial cutané externe ou interne.

I6 - OSMAN N, DUBERT Th, VOICHE Ph, DUMONTIER Ch,
DINH A, (Pontault et Combault-Paris)

LE QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DASH : PRESENTATION DE LA VERSION FRANCAISE ACCREDITEE PAR L'AAOS

Le DASH est un questionnaire d'auto-évaluation subjective de la capacité fonctionnelle globale des deux membres supérieurs. Mis au point en Amérique du Nord, en 1994, il a l'avantage de s'adresser à une très large proportion de la population, d'être rempli par le patient lui-même sans aide en quelques minutes et de s'appliquer aussi bien à la main qu'à l'ensemble du membre supérieur.

Nous présentons l'adaptation française qui a été accréditée par l'AAOS, et qui résulte d'une procédure d'adaptation culturelle standardisée : Cinq traductions et deux contre-traductions ont été confrontées, de façon à obtenir une véritable équivalence sémantique, idiomatique et conceptuelle. La version finale a ensuite été évaluée chez 223 patients présentant des pathologies traumatiques ou non du membre supérieur.

En 13 minutes en moyenne, 208 questionnaires (93 %) étaient interprétables car ils comportaient moins de 4 questions sans réponse. Cet instrument de mesure, qui est maintenant disponible en anglais, en norvégien, en français et bientôt en allemand devrait nous permettre une comparaison internationale des résultats à condition de n'utiliser que les versions accréditées, et de suivre les consignes de remplissage et de calcul du score. La présentation insiste sur la technique de remplissage et d'interprétation.

17 - KAPANDJI A, (Longjumeau)

EVALUATION CLINIQUE DES ARTICULATIONS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

L'Orthopédiste n'est pas désarmé en l'absence d'appareils perfectionnés pour évaluer la fonction de l'appareil locomoteur. L'examen clinique lui permet d'évaluer l'efficacité des articulations du membre supérieur, en utilisant la référence au corps lui-même, comme aurait pu le faire Hippocrate, avec quelques améliorations toutefois. Pour les articulations du Membre supérieur, on peut décrire :

L'Épaule : Mesure des amplitudes, avec repères particuliers et mesure synthétique: le Triple Point.

Le Coude : Mesure des amplitudes avec repères La règle du "poing fermé". La Prono-Supination: La position de référence et mesure Synthétique de la Fonction: l'Épreuve du Serveur.

Le Poignet : Mesure des amplitudes et Mesure Synthétique: le serveur La Main: Mesure analytique doigt par doigt et Mesures Synthétiques à l'aide de l'Échelle d'opposition et de contre-opposition, l'Échelle de Flexion~Extension des doigts longs, les Prises et les Pincées, les Prises-plus-Action. La défaillance du crochet cubital, signe précoce de paralysie cubitale basse. Toutes ces évaluations peuvent être faites sans l'aide d'un goniomètre, ni d'un centimètre, et ces mesures peuvent être intégrées dans une fiche informatique.

18 - EL ABIAD R, SBIHI A, LEVIET D, (Institut de la main Paris)

SYNDROME DE BASSETT ET NUNLEY : à propos de 4 coudes opérés.

Nous rapportons les résultats cliniques d'une série de 4 coudes opérés pour un syndrome de Bassett et Nunley, et ceux d'une étude anatomique de la branche sensitive du nerf musculo-cutané au niveau de sa zone d'émergence au coude.

Nous avons opéré un homme et deux femmes (une opérée de façon bilatérale), âgés de 59 ans en moyenne (47 à 79 ans), pour douleur chronique avec dysésthésie du versant externe du coude. La symptomatologie était rebelles au traitement médical, majorées par la mise en extension pronation de l'avant bras et évoluant depuis 18 mois en moyenne (8 à 31 mois).

Hormis un patient qui présentait une rupture ancienne de l'insertion haute du biceps comprimant le nerf entre biceps et brachial antérieur, nous n'avons pas retrouvé de cause évidente pouvant expliquer la compression du musculo-cutané qui se produit comme le confirme l'exploration chirurgicale de tous nos cas, au niveau de son émergence entre le bord externe du tendon du biceps et le muscle brachial antérieur. L'origine de ce conflit a été analysée par une étude cadavérique complémentaire portant sur 14 cas qui nous a permis, non seulement de préciser le point exact d'émergence du nerf musculo-cutané, mais également, de mesurer l'élongation du nerf lors de la mise en extension pronation de l'avant bras qui disparaît après libération du nerf de l'aponévrose superficielle.

L'intervention a donc, dans tous nos cas, consisté en une ouverture de l'aponévrose du brachial antérieur, de part et d'autre de l'émergence du nerf, faisant disparaître le conflit et amenant un soulagement complet et durable de la douleur et des dysésthésies à 33 mois de recul moyen.(de 13 à 72 mois).

19 - LOUBERSAC T, BELLEMERE P, CHAISE F, (Nantes)

TENDINOPATHIE DU BICEPS DISTAL : 2 observations similaires

Les ruptures tendineuses partielles distales du biceps représentent une pathologie rare (9 cas opérés dans la littérature) plutôt rencontrée dans un contexte traumatique que dégénératif.

Les auteurs rapportent deux cas liés à un conflit osseux en rapport avec un ostéochondrome de la tubérosité bicipitale.

Le tableau initial est parfois déroutant : pseudo-tumoral ou pseudo articulaire . La clinique est par contre assez évocatrice : continuité tendineuse , douleur et gonflement para bicipital , douleur en supination contrariée . La radiographie standard met en évidence un ostéochondrome de la tubérosité bicipitale . L'IRM permet de visualiser la lésion et le conflit entre la tumeur osseuse et le tendon.

Quel traitement proposer ? :

Médical ,

Chirurgical avec peignage ou réinsertion du tendon ; excision de l'exostose.

20 - EL ABIAD R, SBIHI A, LEVIET D, (Institut de la main Paris)

ENTORSES DE LA PLAQUE PALMAIRE DE LA MÉTACARPO-PHALANGIENNE DU POUCE A PROPOS DE 17 CAS TRAITÉS CHIRURGICALEMENT.

Les traumatismes de la plaque palmaire de la métacarpo-phalangienne (MP) du pouce sont souvent négligés malgré leur fréquence relative dans les sports de balles. La méconnaissance de la possibilité d'une lésion nécessitant une réparation peut entraîner à distance une instabilité. Nous rapportons les résultats de 17 entorses de la plaque palmaire de la MP du pouce traitées chirurgicalement.

Nous avons pratiqué une réparation chirurgicale sur 17 patients (9 hommes et 8 femmes) d'âge moyen de 27 ans (12-53). En dehors de deux cas qui ont été opérés pour des lésions récentes le délais d'évolution avant l'intervention s'élevait de 45 jours à 3 ans.

Le recul moyen était de 73 mois (6 mois à 11 ans). La réparation de la plaque palmaire était réalisée par suture directe alors qu'une technique originale a été utilisée pour la reconstruction de la poulie A1 utilisant un lambeau aponevrotique taillé au dépend de l'adducteur du pouce et fixé sur le reliquat radial de la poulie.

Tous les patients ont retrouvés une bonne stabilité avec une amélioration de la force de préhension. 9 patients ont une limitation de l'extension de la MP avec un déficit maximal de 20°.

La réparation de la rupture de la plaque palmaire par voie antérieure et plastie de la poulie A1 par un lambeau de l'adducteur du pouce semble être une intervention permettant de retrouver une articulation stable et indolore.

21 - FOCKENS W, COMTET JJ, SARTORIUS C, PICHETTI-MAYER N,
(Lyon)

OBJECTIFS : À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE RAPPELER L'EXISTENCE DE L'ANGIOLEIOMYOME DONT LA SYMPTOMATOLOGIE EST TRÈS CARACTÉRISTIQUE MAIS DONT LA PETITE TAILLE PEUT RENDRE DIFFICILE SON REPÉRAGE

Cas clinique : un homme de 46 ans consulte pour des douleurs au niveau du poignet évoluant depuis 10 ans. Il s'agit de crises douloureuses intermittentes, survenant spontanément. A l'examen clinique il existe une zone d'hyper-sensibilité cutanée très précise dont la palpation déclenche une douleur paroxystique. Les douleurs sont également déclenchées par l'exposition au froid. Il n'y a pas de tumeur palpable.

Un bilan complet avec radiographie, scanner, IRM, scintigraphie osseuse et artériographie n'avait pas apporté d'élément diagnostique mais avait permis d'éliminer à priori le diagnostic d'un éventuel ostéome ostéoïde. Malgré deux interventions exploratrices réalisées par un chirurgien spécialisé, aucune cause locale ne fut trouvée. Une nouvelle intervention fut décidée avec excision complète de la zone cutanée hyperesthésique jusqu'au plan aponévrotique. La palpation de la pièce de résection révéla la présence d'une induration nodulaire centrale. Le diagnostic anatomopathologique était celui d'un angioleiomyome nodulaire. Le patient est resté asymptomatique avec un recul de 12 mois.

Conclusions : La symptomatologie de l'angioleiomyome est caractéristique avec des crises douloureuses intermittentes paroxystiques rappelant l'ostéome ostéoïde et une hyperesthésie cutanée localisée rappelant la tumeur glomique mais avec une topographie différente. La topographie la plus fréquente est en souscutanée au niveau des extrémités.

L'angio(leio)myome nodulaire est une tumeur bénigne qui se développe à partir des parois des petites veines avec une prolifération de cellules musculaires lisses. La simple excision de la tumeur est curative mais en raison de la très petite taille de la tumeur, le repérage peropératoire peut se révéler difficile et une excision plus large du tissu souscutané en monobloc peut être

22 - GASTON E, CALLE C, KASSOUMA J, SCHERNBERG F, (Reims)

A PROPOS D'UNE PSEUDO TUMEUR GLOMIQUE : LA TUMEUR DU CORPUSCULE DE PACINI.

Objectif :

nous souhaitons, au travers d'un cas clinique, faire part d'une étiologie rare dans des douleurs rebelles d'un doigt sans notion traumatique; Il s'agit du neurofibrome Pacinien qui est une tumeur bénigne, rare, des gaines des nerfs périphériques. L'analyse de la littérature réalisée à cette occasion ne retrouve que 12 cas publiés.

Cas Clinique :

Monsieur Michel D. 41ans est adressé pour une douleur exquise de forte intensité de la portion distale de l'extrémité radiale du pouce gauche (main non dominante) évoluant depuis plusieurs mois sans notion traumatique. L'examen Clinique ne retrouve pas de masse palpable. Le diagnostic clinique d'une tumeur glomique est retenu. Une échographie et une IRM sont demandées, en vain. Une intervention à visée exploratrice est décidée.

Nous retrouvons une petite masse oblongue, blanchâtre, de 1 x 3 mm sur une terminaison nerveuse. L'exérèse est complète. L'histologie révèle un neurofibrome Pacinien.

Résultat et Conclusions :

Le neurofibrome Pacinien, est une tumeur rare des gaines des nerfs périphériques, puisque seulement 12 cas ont été publiés. Cependant, cette lésion, mérite d'être retenue comme diagnostic différentiel d'une douleur rebelle des doigts, au même titre qu'une hyperplasie d'un corpuscule de Pacini, une tumeur glomique, un ostéome ostéoïde ou une exostose subunguéeale. Dans notre cas aucun examen complémentaire n'a été contributif ; seul l'exérèse chirurgicale avec examen histologique a permis le diagnostic. Les suites opératoires ont été simples : le patient totalement soulagé et il n'existe pas de récurrence après un recul de 18 mois. La sensibilité pulpaire est comparable au côté sain

23 - MERLE M, (Nancy)

**VERS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL EN UN TEMPS DU
POIGNET ET DE LA MAIN RHUMATOÏDES.**

24 - MEYER JC, MICHAUX B, PAINDAVOINE M, BARRY P, TCHURUKDICHIAN A, (Dijon)

LES APPORTS DE LA VIDEO ET DU TRAITEMENT INFORMATIQUE DE L'IMAGE DANS L'ETUDE DES MOUVEMENTS DU MEMBRE SUPERIEUR

Dans le cadre de notre activité de rééducation fonctionnelle, nous développons et utilisons depuis plusieurs années une base de données, Médimain. Elle nous permet, pour chaque patient, pour chaque consultation, d'avoir dans le dossier médical, les clichés photo-numériques utiles au suivi ambulatoire de nos patients suivis en rééducation orthétique de la main. Grâce aux enregistrements photo-numérique, nous comparons, sur des documents visuels, l'évolution des amplitudes articulaires à différents temps du traitement.

L'observation des progrès réalisés dans les domaines de la vidéo et des logiciels de traitement de l'image, nous a permis de développer une application d'analyse quantitative et qualitative des mouvements du membre supérieur.

Entre l'évaluation habituelle faite au moyen d'un goniomètre et les techniques sophistiquées existantes, lourdes à mettre en œuvre ; notre objectif était d'obtenir, en utilisant du matériel " grand public ", sans dépendre de condition de prise de vues de laboratoire, en un temps de traitement court, compatible avec la durée d'une consultation, un outil d'évaluation du mouvement (angle, amplitude du mouvement, vitesse de déplacement). En collaboration avec le laboratoire LE2I de l'université de Bourgogne – département IEM nous développons cette application.

Comment recueillir à partir d'une séquence vidéo, prise dans des conditions ordinaires de prise de vues, les données utiles à l'analyse du mouvement d'un coude, d'un poignet, d'un doigt ?, comment, à partir des données enregistrées et analysées par l'outil informatique, les exploiter dans le domaine qui nous intéresse la rééducation de la main ?.

Nous vous présentons les résultats de ces travaux de développement.

25 - ASWAD R, BERRET M, SBIHI A, (Marseille)

GREFFON VASCULARISE DE LA FACE DORSALE DE L'EX-TREMITÉ DISTALE DU RADIUS. ETUDE ANATOMIQUE.

Les greffons vascularisés offrent, dans certaines pathologies, un avantage significatif par rapport aux greffons conventionnels, en raison d'un maintien de la viabilité cellulaire. Les greffons vascularisés palmaires sont bien connus par les chirurgiens de la main, alors que ceux de la face dorsale le sont moins. Le but de l'étude était de vérifier la fiabilité de ce type de greffons, en étudiant l'anatomie de la vascularisation dorsale de l'épiphyse radiale, ses variantes, pour déterminer les éventuelles applications cliniques.

10 cadavres frais ont eu une injection standard de latex coloré. L'injection vasculaire a permis d'infiltrer des vaisseaux dont le diamètre était inférieur à 0,2 mm. La dissection a été réalisée sous un grossissement de 4.

Nous avons utilisé la nomenclature de la Mayo Clinic qui nous a semblé logique par son aspect anatomique. Nous avons observé dans tous les cas une artère 2-3 inter-compartmentale supra-rétinaculaire, une artère du 4ème compartiment des extenseurs et une artère du 5ème compartiment des extenseur, alors que l'artère 1-2 inter-compartmentalesupra-rétinaculaire, souvent filiforme, n'a été trouvée que 7 fois sur 10.

En raison de la variabilité individuelle anatomique de ses structures vasculaires, bien que peu fréquente, il est recommandé de connaître l'ensemble de cette vascularisation afin de faire face à toutes les situations cliniques.

26 - BLANC S, (Fleury les Aubrais-Loiret)

OSTEOSYNTHESE PAR FIXATEUR EXTERNE DES FRACTURES INSTABLES PAR COMPRESSION EXTENSION DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS SUR OS POROTIQUE

Dans les fractures par compression-extension de l'extrémité inférieure du radius, en cas d'ostéoporose et de comminution métaphysaire étendue, le brochage s'avère souvent insuffisant. Nous proposons dans ces cas une ostéosynthese par fixateur externe seul, le but n'étant pas d'obtenir à tout prix une réduction anatomique, mais de diminuer l'importance des déplacements secondaires. 20 patients (18 femmes pour 2 hommes, âge moyen 77 ans), présentant une ostéoporose importante et une fracture M3 ou M4 (classification de Laulan), extra-articulaire dans 12 cas, ont été revus avec un recul moyen de 9,3 mois.

Le fixateur externe est retiré à la 70 semaine, sauf dans 1 cas, et toutes les fractures ont consolidé.

L'évaluation clinique repose sur des paramètres subjectifs et objectifs (Laulan) : 19 patients n'ont aucune douleur ou des douleurs épisodiques, 15 patients sont satisfaits et 5 jugent le résultat tolérable. Pour la mobilité, il y a 8 bons résultats et 12 résultats moyens, avec des valeurs moyennes de flexion, extension, pronation et supination respectivement de 550, 630, 820 et 720. Pour la force, il y a 12 bons résultats, 4 moyens et 4 mauvais.

Pour l'évaluation radiologique, 3 paramètres sont utilisés : l'index radio-ulnaire distal (IRUD), l'inclinaison frontale et la bascule sagittale. Les résultats radiologiques initiaux sont bons ou moyens sauf dans 2 cas (IRUD > 2 mm). Les résultats radiologiques après consolidation sont bons ou moyens sauf dans 4 cas (IRUL) > 2 mm : 3 cas, bascule sagittale dorsale > 10° : 1 cas), mais les pertes moyennes respectives de ces différents paramètres ne sont que de 0,93 mm, 3,50 et 3,90.

Parmi les complications on note 20% de dysesthésies transitoires dans le territoire du nerf radial et un cas d'ostéite sur fiche ; il y a également 2 syndromes algoneurodystrophiques, l'un d'eux probablement favorisé par une distraction excessive.

Le fixateur externe permet donc, dans les cas défavorables au brochage simple, d'obtenir un résultat radiologique satisfaisant dans la plupart des cas, et surtout peu de déplacements secondaires. Il n'y a pas plus de raideur ou d'algoneurodystrophie qu'avec les autres diminué.

27 - DANINO A, REVOL M, CORMERAIS A, LAFFONT I, PEDELUCQ JP, DIZIEN O, SERVANT JM, (Paris, St-Louis).

ARTHRODESES "CÔNE-CUPULE" DU PREMIER RAYON CHEZ LES PATIENTS TETRAPLEGIQUES. Etude rétrospective sur 8 ans

Introduction :

Dans 70% des cas la chirurgie palliative permet d'améliorer la fonction motrice des membres supérieurs et d'augmenter l'autonomie des patients tétraplégiques. Après rétablissement de l'extension active du coude lorsqu'elle est paralysée, les étapes suivantes concernent le rétablissement de la préhension de la main. Dans le temps d'ouverture de la main une arthrodèse IP, TM ou MP du pouce est souvent nécessaire. Décrite par Carroll & Hill dès 1969 la technique d'arthrodèse "cône-cupule" est une méthode simple et rapide cependant sa diffusion est faible.

Matériel et méthodes :

57 arthrodèses "cône-cupules" du pouce (27 droites et 30 gauches) ont été réalisées de mai 1992 à janvier 2001 chez 41 patients tétraplégiques à différents niveaux (28 arthrodèses IP, 25 TM et 4 MP). Dans la classification de Giens la distribution est la suivante: 3 groupe 1, 14 groupe 2, 9 groupe 3, 23 groupe 5, 2 groupe 6, 1 groupe 7 et 2 groupe 10. Le recul moyen est de 51 mois (min. 2, max. 106, DS 31). Trois critères ont été revus: le délai de fusion, la position, et l'existence de complication.

Résultats :

La consolidation clinique est obtenue en 8 semaines dans tous les cas, aucun retard n'est noté.

Une malposition d'arthrodèse trapèzo-métacarpienne a nécessité une révision chirurgicale.

Trois types de complications sont rapportées:

1. Les arthrodèses trapèzo-métacarpiennes sont douloureuses dans les 6 premiers mois surtout chez les patients s'étant appuyés dessus.
2. Des dystrophies transitoires de l'ongle du premier rayon sont apparues à deux reprises dans les arthrodèses interphalangiennes.
3. Le raccourcissement du pouce gênant la fonction de préhension a été constaté dans les quelques cas où le pouce était préalablement court.

Conclusion :

Chez les patients tétraplégiques, la stabilisation du premier rayon soit par tenodèse distale du flexor pollicis longus ou par arthrodèse à différents niveaux

du premier rayon. Quand l'arthrodèse est préférée et que la longueur du pouce arthrodésé est suffisante la technique "cône-cupule" est simple reproductible et efficace. Elle s'applique particulièrement aux patients tétraplégiques quelque soit le niveau d'arthrodèse du pouce.

28 - TRABELSI A, FALINE A, TOUSSAINT B, ASECIO G, (Nîmes)

TRAITEMENT DE LA RHIZARTHROSE PRIMITIVE PAR PROTHÈSE ARPE A propos de 28 cas avec 42 mois de recul

Nous rapportons une série de 28 cas de rhizarthroses primitives traitée par prothèse ARPE avec un recul moyen de 42 mois (22 à 58 mois) .La série comporte 24 femmes et 4 hommes avec une moyenne d'âge de 67,3 ans (52 à 83 ans).

Les résultats sont bons ou excellents dans 89% des cas concernant la douleur et dans 78% des cas concernant la mobilité. 85% des patients se disent satisfaits de la fonction de leur main, 2 ans après l'intervention.

Parmi les complications, nous déplorons une fracture du trapèze, une luxation précoce et une reprise à 1 an pour douleurs persistantes avec liseré radiologique et hyperfixation scintigraphique.

Les résultats radiologiques sont stables dans notre série entre la seconde et la 4ème année post-opératoires.

Les résultats précoces des prothèses ARPE dans le traitement de la rhizarthrose sont encourageants et nécessitent confirmation à moyen et long terme.

29 - EL ABIAD R, VANDEPUTTE G, LEVIET D, (Institut de la main- Paris)

LUXATION DU TRANSPLANT, COMPLICATION POSSIBLE DE LA TRAPEZECTOMIE.

Nous rapportons une complication de la trapézectomie avec interposition tendineuse non encore publiée à notre connaissance. Il s'agit de la luxation en postéro-externe du transplant tendineux. Sur 412 trapézectomies réalisées entre 1980 et 1999, nous avons diagnostiqué cette luxation 3 fois, soit 0,7%. Il s'agit donc d'une complication rare. Le diagnostic peut être suspecté cliniquement. Actuellement, l'IRM avec antenne spécifique permet de bien mettre en évidence la luxation du transplant.

La série comprend trois patients, 1 homme et 2 femmes. Une luxation a été diagnostiquée 1 fois précocement au 15^{ème} jour, les deux autres après quelques mois. L'intervention avait été réalisée 2 fois par voie d'abord postéro-externe et une fois par voie d'abord antérieure. Dans les 2 premiers cas, il s'agissait certainement d'un lâchage de la suture capsulaire.

Pour le dernier patient, la trapézectomie par voie antérieure avait probablement entraîné une effraction capsulaire non réparée. Dans tous les cas, la simple ablation du transplant a entraîné la sédation des douleurs. Il est important de pouvoir reconnaître cette complication, même si elle est rare. La persistance de douleurs superficielles sous-cutanées dans la région postéro-externe associée à une petite tuméfaction palpable doit y faire penser. Le traitement simple conduit rapidement à de bons résultats avec disparition de la symptomatologie douloureuse.

30 - HAMPEL C, JEUNET L, OBERT L, TROPET Y, (Besançon)

LUXATION ISOLÉE DU SCAPHOÏDE CARPIEN À PROPOS DE UN CAS.

Service d'orthopédie, Traumatologie et plastique. CHU Besançon

La luxation isolée du scaphoïde carpien est une lésion rare engendrée par des traumatismes à hautes énergies.

33 cas ont été publiés depuis 1939.

Les auteurs rapportent un cas de luxation isolée du scaphoïde carpien qui avait bénéficié d'une réduction à ciel ouvert et d'une stabilisation par broches après réinsertion du ligament scapholunaire. Le patient a été revu avec 11 ans de recul et un bon résultat .

31 - LESPRIET E, BOUTROD B, LE HUEC JC, CHAUVEAUX D, (Bordeaux)

LA LUXATION PALMAIRE DISSOCIATIVE DU SCAPHOÏDE ET DU LUNATUM : A propos d'un cas

Objectifs :

Nous rapportons un cas rare de luxation palmaire dissociative du scaphoïde et du lunatum chez un jeune homme lors d'un traumatisme de la voie publique. Le patient présentait des paresthésies dans le territoire du nerf médian. Une intervention en urgence était effectuée avec essai de réduction manuelle réintégrant seulement le scaphoïde. Un abord postérieur classique était réalisé permettant de réduire le lunatum, stabilisé par une broche radio-lunaire sous l'auvent radial. Il était effectué une réparation par suture et ancre du ligament scapho-lunaire complété par un brochage scapho-lunaire et capito-lunaire.

Un second abord antérieur permettait de neurolyser le nerf médian au canal carpien et de refermer une brèche capsulaire antérieure. La stabilisation se terminait par un brochage triquétro-lunaire associé à une capsulodèse postérieure.

Résultats :

Le recul était de 18 mois avec un résultat clinique sur la mobilité et la force jugé satisfaisant. Il n'existait pas au dernier recul de signes radiologiques de nécrose du scaphoïde et du lunatum, ni d'instabilité scapho-lunaire.

Conclusion :

Les auteurs confirment l'intérêt de l'abord dorsal afin de réduire et réparer correctement le complexe ligamentaire scapho-lunaire. La stabilisation devant s'effectuer à ciel ouvert par un brochage double scapho-lunaire et simple capito-lunaire afin d'éviter les troubles rotationnels du scaphoïde. Un recul plus important avec contrôle IRM est nécessaire afin d'éliminer toute évolution nécrotique du scaphoïde et/ou du lunatum.

32 - VICHARD Ph, JEUNET L, (Besançon)

**DEVENIR A LONG TERME D'UNE LUXATION ANTELUNAIRE
DU CARPE NEGLIGEE CHEZ UN ENFANT. ETAT CLINIQUE
ET RADIOLOGIQUE ACTUEL.**

Garçon de 10 ans, accidenté en juillet 1973.

Chute sur le poignet droit en extension, du haut d'un grenier de grange. Vu par le chirurgien pour la première fois en septembre 1973. Luxation antelunaire avec fracture de la tête du grand os. Déplacement persistant.

Lésions fixées : traitement orthopédique dépassé.

Compte-tenu d'une fonction relativement bien conservée, de l'absence de compression vasculo-nerveuse, on s'abstient, poursuit la mobilisation sous réserve d'un suivi clinique.

On revoit le blessé en 2000 : fonction symétrique à celle du côté opposé. Le blessé, chauffeur livreur, ne se souvient pas du côté traumatisé. Présentation du dossier radiologique. Discussion rétrospective.

33 - ELKHOITI K HERZBERG G, FORISSIER D, GARRET J, GUIGAL V, FALAISE C, (Lyon)

VOIE D'ABORD UNIQUE OU COMBINÉE POUR LES LUXATIONS TRANS-SCAPHO-PERILUNAIRES ?

La fixation chirurgicale des luxations Trans-scapho-périlunaires au stade aigu est le traitement actuellement recommandée dans la littérature. Le choix de la voie d'abord, unique (antérieure type " Russe "ou postérieure) ou combinée (antérieure type " Russe " et postérieure, ou antérieure de canal carpien et postérieure) reste un sujet de controverse.

De même, les modalités de la fixation chirurgicale sont variables. Les auteurs analysent les avantages et inconvénients théoriques de ces abords chirurgicaux ils proposent à l'aide d'exemples cliniques, des indications et une technique basées sur l'analyse du déplacement radiologique initial.

34 - VICHARD Ph, OBERT L, CLAPPAZ P, (Besançon)

FRACTURE DU SEMI-LUNAIRE SUR POIGNET MALFORMATIF OU MALADIE DE KIENBOCK AU STADE DE FRACTURE?

Jeune fille de 18 ans vue pour la première fois en octobre 1974 à l'occasion d'une chute sur le poignet droit dans des escaliers en juillet 1974. Vue en urgence en dehors du Service diagnostic erroné de fracture cunéenne externe de l'extrémité inférieure du radius.

Limitation des amplitudes et de la force de préhension. Diagnostic porté fracture du semi-lunaire (corne antérieure) sur poignet malformatif, notamment index raddio-cubital fortement négatif, semi-lunaire droit déformé, mais pas nécrotique.

Des deux côtés, index radio-cubital : -7 mm.

A droite, déformation du semi-lunaire aplati en galette considérée comme une maladie de Kienbôck évoluée.

Immobilisation relative.

Le 27 décembre 1974, accourcissement du radius qui ramène à 0 l'index radio-cubital. Pas d'immobilisation post-opératoire.

Consolidation progressive. Matériel radial enlevé le 24.9.1976. Blessée suivie jusqu'à ce jour. Semi-lunaire consolidé, toujours déformé, sans nécrose.

Fonction subnormale, notamment chez une femme très active à son domicile.

Différentes hypothèses diagnostiques peuvent être envisagées.