

La méthodologie en impression 3D mériterait son développement et son utilisation en pratique courante. Son coût n'étant pas actuellement pris en charge par les organismes de santé ce n'est qu'en démontrant à grande échelle son intérêt en pratique clinique, que cette méthodologie sera intégrée dans le parcours de soin.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.006>

C05

Dorsal wrist ganglions: A new procedure to perform excision under ultrasound guidance

P. Croutzet*, I. Djerbi, R. Guinand

Institut toulousain du membre supérieur, Toulouse, France

* Corresponding author.

Adresse e-mail : pierre.croutzet@gmail.com (P. Croutzet)

Dorsal wrist ganglions are a common pathology, aspiration has been reported as a cost-effective procedure despite a high risk of recurrence. Surgical excision demonstrated less recurrence but is less accessible and more expensive. We developed an ultrasound procedure for percutaneous excision. In this series, we report our results of the first 23 cases.

This is a retrospective study, we reviewed 23 dorsal wrist ganglions operated on over a period of 18 months. Clinical and ultrasound examination was performed after 1 and 3 month and telephone interviews at follow-up. The WALANT technique was used for local anesthesia. All procedures were performed percutaneously under ultrasound guidance (In-plane control with Out-plane assessment). Surgical blades were proscribed, only a 18 gauge needle was used for skin incision. A single 2 mm portal using a 2 mm shaver blade was used. Bandages were removed by the patient the day after surgery and patients return to activities as usual. The mean follow-up was 8 months (3–18). Procedures were 8 minutes long (3–18). All ganglions were fully excised. The pre-op clinical examination reported a ROM of 110° in F/E° and a mean Quick-DASH score of 18 (8–24); the post-op examination reported a ROM of 130° (at 3 months) and a phone interview Quick-DASH score (at follow-up) of 7 (0–11). After one month, a full finger motion and full wrist extension were observed with tenderness at the point of excision, local swelling between the capsule and extensors was observed on ultrasound. 1 recurrence occurred on ultrasound assessment at one month, it was a second recurrence in this case, the patient was previously operated on 4 years ago. All patients were cured at follow-up with one recurrence. This short retrospective work had limitations and additional studies are needed to confirm these good outcomes and the excellent cost efficiency.

The ultrasound-guided excision of dorsal wrist ganglion, using a 2 mm portal, under local anesthesia was reliable and efficient, with a classic rate of recurrence for this pathology.

Disclosure of interest The authors declare that they have no competing interest.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.007>

C06

L'apport de l'IRM dans la maladie de Kienböck stade III B de Lichtman dans les indications d'ostéotomie d'accourcissement du radius unicortical

M. Rahem*, K.R. Amimoussa, I. Ghadi, M.K. Larbaoui

Hôpital Central de l'Armée, Alger, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rahem_mahdi@yahoo.fr (M. Rahem)

La maladie de Kienböck est une nécrose avasculaire idiopathique du lunatum décrite par Kienböck en 1910, son histoire naturelle évolue vers le collapsus du carpe avec une évolution dégénérative secondaire. L'objectif est d'étudier l'apport de l'IRM dans la planification préopératoire pour une ostéotomie d'accourcissement du radius unicortical stade 3B de Lichtman d'une série prospective monocentrique. Chez vingt de nos patients porteurs d'un stade IIIB de la classification de Lichtman. Entre mars 2014 et juin 2017, tous nos patients

(9 hommes et 11 femmes) ont pu bénéficier d'une IRM préopératoire montrant la vitalité des fragments du lunatum pour une ostéotomie d'accourcissement du radius unicortical en zone métaphysaire par voie antérieure de Henry. Tous les patients ont été revus avec un recul moyen de 45 mois. L'âge moyen était de 35,02 ans (20 à 55 ans). L'accourcissement moyen était de 2 mm. Les troubles consistent en des douleurs à début insidieux situées à la face dorsale du poignet, une limitation de la mobilité, une diminution de la force de préhension de la main par comparaison avec le côté sain (JAMAR). Tous les patients revus ont fait l'objet d'une appréciation clinique pour la douleur, la mobilité et la force de préhension selon le score de DASH. Pour la mobilité nous notons une amélioration avec un angle moyen de mobilité de la flexion-extension du poignet de 121°. La force de préhension a été améliorée en moyenne de 25 %. Sur le plan radiologique : pas de diminution de la hauteur du carpe, pas d'aggravation du collapsus du lunatum ni de modification des os du carpe. Tous les patients ont pu reprendre leur activité professionnelle antérieure et nous ne déplorons aucune complication. L'IRM reste un examen de choix dans l'indication thérapeutique surtout dans le stade III B de Lichtman est souvent difficile, sachant qu'il n'existe, comme dans beaucoup d'autres pathologies, aucune corrélation entre les lésions observées et le retentissement clinique. Cette technique permet de stopper l'évolution naturelle de cette dégénérescence arthrosique qui est inéluctable.

La maladie de Kienböck reste une pathologie mystérieuse. Nécessitant une planification préopératoire par l'apport de l'IRM dans les indications thérapeutiques.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.008>

C07

Apport du TDM dynamique 4D au bilan d'évaluation en imagerie des instabilités scapho-lunaires du poignet

L. Athlani^{1,*}, J. Granero¹, K. Rouizi², A. Blum², G. Dautel¹, P.A. Gondim Teixeira²

¹ Centre chirurgical Émile-Gallé, CHU de Nancy, Nancy, France

² Service d'imagerie Guilloz, hôpital Central, CHU de Nancy, Nancy, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lionel.athlani@gmail.com (L. Athlani)

L'objectif était d'évaluer l'apport du TDM dynamique 4D (4DCT) dans le bilan diagnostique en imagerie chez les patients présentant une suspicion d'instabilité scapho-lunaire (ISL) chronique.

Quarante patients (22 hommes, 18 femmes), d'âge moyen 46,5 ans présentant une suspicion clinique d'ISL ont été prospectivement évalués par un bilan radiographique et un 4DCT précédé d'une arthrographie. Sur la base des données radiographiques et arthroscanographiques, 3 sous-groupes ont pu être définis : ISL positive ($n = 16$), ISL négative ($n = 19$), ISL douteuse ($n = 5$). Deux examinateurs ont indépendamment évalué en 4DCT lors de manœuvres d'inclinaison radio-ulnaires, l'espace scapho-lunaire (SLG) dans différents paramètres (valeur moyenne – *mean*, valeur maximale – *max*, coefficient de variation – *CV*, intervalle de valeurs – *range*). La variabilité inter-observateur des paramètres évalués était jugée excellente. Les valeurs médianes des SLG *mean* et *max* étaient progressivement croissantes depuis le sous-groupe ISL négative puis ISL douteuse et enfin ISL positive. Il y avait des valeurs significativement plus élevées des SLG *mean*, *max*, *CV* et *range* dans le sous-groupe ISL positive par rapport à ISL négative. La différence des valeurs médianes entre ISL positive et ISL douteuse n'était statistiquement pas significative. Toutefois, il était observé entre ces deux sous-groupes une différence, en faveur du premier, de 22,5 à 37,5 % pour le SLG *mean* et de 8 à 27 % pour le SLG *max*. De même, entre ISL négative et ISL douteuse, malgré l'absence de différence significative, le SLG *max* montrait des valeurs augmentées de 22 à 30 % en faveur de ISL douteuse. Les valeurs des SLG *CV* et *range* étaient nettement plus élevées chez les patients ISL douteuse que chez ceux ISL négative. Cependant, une faible différence significative était notée uniquement pour le SLG *range* ($p = 0,039$; 0,046). La meilleure performance pour la différenciation entre patients avec et sans ISL a été obtenue avec SLG *CV* et le SLG *range*. La spécificité de chacun des paramètres du SLG était comprise entre 79 % et 89 % pour les deux examinateurs. Le 4DCT en association avec un arthroscanner semble être concluant pour le diagnostic d'ISL