

L'arthroscopie permet une évaluation de la lésion du TFCC fovéale ou périphérique et un traitement adapté. La réinsertion fovéale du TFCC sous arthroscopie donne des résultats très satisfaisants avec amélioration significative de la douleur, des amplitudes articulaires et de la force, avec une récupération quasi complète, et sans complications majeures.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.023>

C022

Ostéotomie raccourcissant de l'ulna versus résection arthroscopique selon Wafer dans le conflit ulno-carpien

P. Auzias^{1,*}, R. Delarue¹, E. Camus², L. Van Overstraeten³

¹ CHRU, Lille, France

² Polyclinique du Val-de-Sambre, Maubeuge, France

³ Hand and Foot Surgery Unit, Tournai, Belgique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.auz@gmail.com (P. Auzias)

Le conflit ulno-carpien peut être post-traumatique ou constitutionnel. Il peut être levé par un raccourcissement de l'ulna soit au niveau diaphysaire ou métaphysaire à ciel ouvert soit au niveau épiphysaire par arthroscopie. L'objectif de l'étude est de comparer, dans cette indication, les résultats de l'ostéotomie raccourcissante diaphysaire (USO) et la résection distale arthroscopique selon Wafer (AWP) de l'ulna.

Il s'agit d'une revue rétrospective menée sur trente-trois patients opérés pour conflit ulno-carpien par le même chirurgien entre 1997 et 2017. Le diagnostic a été posé devant des douleurs du bord ulnaire du poignet avec des manœuvres provocatrices positives. Tous les patients ont bénéficié d'une imagerie radiographique et arthrotomodensitométrie ou IRM confirmant le diagnostic. L'évaluation était fonctionnelle (DASH et PRWE), et clinique (douleur, amplitudes articulaires et force de poigne).

L'ostéotomie diaphysaire a été pratiquée chez 9 patients par voie palmaire avec utilisation d'une plaque et d'un guide de coupe. Vingt-quatre patients ont eu une wafer procedure arthroscopique. Le recul moyen était de 103 ± 8 mois dans le groupe ostéotomie contre 55 ± 4 mois dans le groupe AWP. Il n'y avait pas de différence significative sur les douleurs (1,17/10 dans le groupe USO versus à 0,92/10 dans le groupe AWP $p=0,88$), la force de préhension (39,2 kg ans le groupe USO versus 34 kg dans le groupe AWP $p=0,27$) et les scores fonctionnels PRWE (8,8/150 dans le groupe USO versus 16,9 dans le groupe AWP $p=0,34$), DASH (47,8/190 dans le groupe USO versus 54,9 dans le groupe AWP $p=0,63$). La durée d'incapacité de travail a été plus importante dans le groupe USO, 7,86 mois contre 3,75 mois dans le groupe AWP ($p=0,002$). Sept patients ont été réopérés dans le groupe USO (5 ablations de matériel, une pseudarthrose et un retard de consolidation) contre 3 dans le groupe AWP $p=0,0004$ (un resangle de l'ECU, une ablation de styloïde ulnaire douloureuse pour pseudarthrose et une dénervation de poignet).

L'étude ne montre pas de différence clinique entre ces deux techniques en dehors du délai de reprise du travail. L'ostéotomie diaphysaire d'ulna est associée à un plus grand nombre de réintervention que la résection arthroscopique.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.024>

C023

Évaluation de la déformation antérieure résiduelle dans la prise en charge arthroscopique des pseudarthroses du scaphoïde

A. De Bie^{1,*}, P. Louis², J.M. Cognet²

¹ CHU de Reims, Reims, France

² SOS-Main Champagne-Ardenne, Reims, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : de.bie.anais@gmail.com (A. De Bie)

Les cals vicieux antérieurs consécutifs à une pseudarthrose du scaphoïde peuvent entraîner des troubles de la dynamique du carpe, des douleurs, une perte de mobilité et de force, ainsi que la survenue d'une arthrose. Le traitement arthroscopique montre de bons résultats sur la consolidation, mais nous avons peu de données sur la persistance d'un cal vicieux antérieur après consolidation. La plicature antérieure du scaphoïde, quand elle existe, est-elle corrigée par la prise en charge arthroscopique des pseudarthroses du scaphoïde en l'absence de manœuvre de réduction spécifique ?

Ont été étudiés les patients opérés d'une pseudarthrose du scaphoïde par technique arthroscopique entre 2012 et 2018. Ont été exclus les patients n'ayant pas bénéficié d'une greffe osseuse, ceux ayant été précédemment opérés avec matériel en place et les patients n'ayant pas consolidé.

L'évaluation radiologique reprenait les radiographies et le scanner pré- et postopératoire. Les angles radio-lunaire (aRL), scapho-lunaire (aSL) et l'index de YOUM ont été mesurés. Les mesures pré- et postopératoire ont été comparées pour rechercher une correction de la déformation.

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique. Quarante-sept dossiers ont été retenus. En préopératoire, l'aSL était de $62,4^\circ \pm 9,4^\circ$ (40° ; 74°), l'aRL de $13^\circ \pm 7,7^\circ$ (3° ; 37°), et l'index de Youm $0,500 \pm 0,02$ ($0,47$; $0,54$). En postopératoire, l'aSL était $54,2^\circ \pm 8^\circ$ (36° – 80°), l'aRL de $10,7^\circ \pm 6,8^\circ$ (2° ; 45°), et l'index de Youm $0,50 \pm 0,03$ ($0,44$; $0,56$).

La différence entre les aSL mesurés en préopératoire et au dernier recul est statistiquement significative ($p=0,005$), contrairement à l'aRL ($p=0,06$) et à l'index de YOUM ($p=0,24$). On peut expliquer la non-significativité de l'aRL par un biais de mesure lié à l'incidence radiologique et au positionnement de l'articulation radio-carpienne lors de sa réalisation. Il peut aussi être expliqué par un manque de puissance de l'étude. L'angle RL n'est d'ailleurs pas utilisé dans la littérature, avec préférence pour l'angle intrascaphoïdien. Du fait du design de l'étude, les examens radiologiques n'étaient pas suffisants pour mesurer l'angle intrascaphoïdien. Pour ce qui est de l'aSL on retrouve des résultats postopératoires concordants dans la littérature (aSL postopératoire $60,9$ [49–76]).

Notre étude montre que la prise en charge des pseudarthroses du scaphoïde sous arthroscopie sans manœuvre de réduction complémentaire, permet la correction du cal vicieux antérieure.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.025>

C024

Résection arthroscopique de la tête ulnaire (wafer arthroscopique) dans le conflit ulno-carpien

E. Abehsera^{*}, D. Fontes

Clinique du sport, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : eric.abehsera@hotmail.fr (E. Abehsera)

Le conflit ulno-carpien est une cause classique de douleurs du compartiment ulnaire du poignet. Nous avons évalué les résultats cliniques d'une large série de patients opérés d'un conflit ulno-carpien par résection arthroscopique de la partie distale de la tête ulnaire (wafer arthroscopique). Nous avons ensuite voulu savoir si l'antécédent de fracture de poignet modifiait les résultats à long terme. Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective monocentrique, incluant les patients opérés de septembre 2005 à mai 2018 d'un wafer arthroscopique. Nous avons recueilli des données épidémiologiques, opératoires, postopératoires, et avons utilisé les scores Quick Disability of the Arm, Shoulder and Elbow (quick DASH) et Patient-Rated Wrist Evaluation (PRWE). Enfin, nous avons comparé les patients dont le conflit était dû à un ulna long congénital, avec ceux dont l'origine était un radius court post-fracturaire à l'aide d'une analyse bivariable utilisant les tests non paramétriques de Mann-Whitney et Fisher.

Nos données épidémiologiques ont été recueillies sur 83 patients, et 39 patients ont pu être recontactés pour un interrogatoire téléphonique. La population avait 47,4 ans en moyenne. Le conflit était congénital dans 51 cas (61 %), post-fracturaire dans 27 cas (33 %), et entrainé dans le cadre d'un Madelung ou raccourcissement ulnaire pour Kienböck dans 5 cas (6 %). Trente-sept patients (95 %) ont noté une amélioration de leurs douleurs après l'intervention. Le tra-