

Déclaration de liens d'intérêts Recherches cliniques/travaux scientifiques : oui [newclip technics].

Consultant, expert : oui [newclip technics].

Cours, formations : oui [newclip technics].

Documents publicitaires : non.

Invitations à des congrès nationaux ou internationaux : non.

Actionnariat : non.

Détention d'un brevet ou inventeur d'un produit : non.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.043>

CO42

Compression du nerf médian au coude par le lacertus fibrosus : à propos de 34 cas

A. Hamouya^{1,*}, G. Meyer Zu Reckendorf², J.L. Roux²

¹ Aulnay-sous-Bois, France

² Institut Montpellierain de la main, Montpellier, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : abdelkrim.hamouya@gmail.com (A. Hamouya)

La compression du nerf médian au coude est réputée comme étant rare et de diagnostic difficile. La compression par le lacertus fibrosus est caractérisée par une expression clinique principalement motrice. Nous rapportons les résultats de notre expérience dans le diagnostic et le traitement de cette pathologie.

Trente-deux patients (21 femmes, 11 hommes), d'un âge moyen de 43,5 ans (24–59), ont été pris en charge pour un syndrome de compression du nerf médian au coude. Trente-quatre nerfs (22 à droite, 12 à gauche) ont bénéficié d'une neurolyse. Le diagnostic a été posé devant la présence de la triade clinique :

- douleur au coude (30 cas) ;
- faiblesse musculaire (tous les patients) : Flexor Pollicis Longus FPL, Flexor Digiti Profundus du 2^e doigt FDP II, Flexor Carpi Radialis FCR ;
- Scratch Collapse test (SCT) au coude positif (31 cas).

L'électromyogramme (EMG) a mis en évidence une compression du nerf médian au coude que dans un seul cas.

La neurolyse du nerf médian a été réalisée sous WALANT surgery dans 13 cas et sous bloc axillaire dans 19 cas. Elle consistait en une section isolée du lacertus fibrosus par voie mini-invasive antérieure transversale au coude. Dans 19 cas une neurolyse du nerf médian au canal carpien sous endoscopie a été réalisée. Un testing musculaire était réalisé en peropératoire ou le lendemain de l'intervention.

Tous les patients ont récupéré de la force musculaire au niveau de la pince pouce-index. Cette récupération était immédiate chez les patients opérés sous WALANT surgery. Nous déplorons une seule complication postopératoire, à type d'hyperesthésie de la face antéromédiale de l'avant-bras, chez une patiente suivie pour fibromyalgie.

La compression du nerf médian au coude est une pathologie souvent méconnue. Une perte de la force musculaire dans le territoire du nerf médian doit faire évoquer le diagnostic. L'examen clinique doit rechercher la triade : douleur au coude, diminution de la force musculaire et un SCT positif. L'EMG permet surtout le diagnostic d'un syndrome du canal carpien associé. Le double crush syndrome n'est pas rare. La position anatomique des fibres nerveuses motrices dans le nerf médian lors de son passage sous le lacertus fibrosus expliquerait la symptomatologie. La section isolée du lacertus fibrosus permet de récupérer une force musculaire immédiate. La WALANT surgery permet la réalisation d'un testing musculaire en peropératoire en plus des suites simples.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.044>

CO43

Transposition sous musculaire du nerf ulnaire au coude comme traitement des échecs de neurolyse primaire : à propos d'une série de 29 transpositions chez 28 patients

O. Tuni*, T. Danalachi-Tuni, C. Litscher-Rapp, H. Bouyoucef, E. Rapp
SOS-Main Rhena, Strasbourg, France



* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ot.tuni@yahoo.com (O. Tuni)

Bien que la compression du nerf ulnaire au coude soit connue depuis 1878, sa physiopathologie et son traitement, en particulier chirurgical, restent sujets à controverse. Concernant les échecs de la neurolyse primaire, la littérature est quasi muette. Le seul article concernant précisément ce problème que nous avons retrouvé est celui de Haloua qui rapporte une série de 6 patients traités par le lambeau de Lamberty et Cormack.

Nous rapportons une série rétrospective mono-opérateur de 28 patients opérés d'une transposition sous musculaire du nerf ulnaire au coude à la suite d'un échec de neurolyse primaire. Il s'agissait de 9 hommes et 19 femmes (une patiente a été opérée des deux côtés), d'âge moyen de 45 ans. Le délai entre la chirurgie primaire et celle de reprise allait de 4 mois à 25 ans. La chirurgie primaire avait consisté en une neurolyse simple dans 17 cas, une neurolyse avec transposition sous cutanée dans 8 cas, une neurolyse avec épitrochléotomie dans 4 cas. Six patients avaient été opérés par le même chirurgien en primaire. Cinq patients avaient été opérés plus d'une fois avant la chirurgie secondaire (de 2 à 3 fois). L'intervention chirurgicale consistait en une transposition sous musculaire du nerf ulnaire selon Dellon avec section « en escalier » du tendon commun des muscles épicondylaires. L'intervention était réalisée sous anesthésie régionale dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et était suivie d'une immobilisation par orthèse prenant le coude en flexion à 90° pour une durée de 3 semaines. L'auto-mobilisation du coude était autorisée dès le premier pansement.

Le recul moyen était de 15 mois. Tous les patients ont été améliorés après l'intervention à l'exception d'un seul qui se plaignait de douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf ulnaire apparues dans les suites de la deuxième intervention (échec d'une neurolyse avec épitrochléotomie réalisée par le même opérateur : disparition des symptômes neurologiques mais persistance de douleurs invalidantes de la face interne du coude). La mobilité du coude était complète chez tous les patients, à l'exception de ceux qui présentaient une limitation de celle-ci en préopératoire.

La transposition sous musculaire de nerf ulnaire au coude semble donc être une solution fiable dans les échecs de neurolyse primaire. Il s'agit d'une technique exigeante qui peut paraître délabrante mais qui semble n'avoir, au vu de cette série, qu'un inconvénient majeur : celui de la taille de la cicatrice.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.045>

CO44

Le syndrome de compression de la branche motrice du nerf ulnaire par kyste ganglionnaire à la main. Étude rétrospective de 9 cas

L. Rocchi*, M. Saracco, G. Merendi, R. Panzera, C. Fulchignoni, A. Pagliel

Università Sacro-Cuore, Policlinico Gemelli, Roma, Italie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dr.l.rocchi@gmail.com (L. Rocchi)

Les syndromes de compression du nerf ulnaire sont parmi les plus fréquents, après le syndrome du canal carpien. Le nerf ulnaire peut être comprimé à différents niveaux de son trajet donnant des signes et symptômes différents, et les causes peuvent être très variées. Les auteurs se sont intéressés aux neuropathies exclusivement de type moteur du nerf ulnaire, donc liées à une compression du rameau moteur distal au canal de Guyon ; en particulier les auteurs ont analysé les cas de patients dont la compression est due à des kystes articulaires triquetro-hamatiens ou triquetro-capitaux.

Les auteurs ont analysé rétrospectivement tous les patients présentant une faiblesse progressive ou une paralysie d'au moins un des muscles hypothénars, de l'adducteur pollicis ou du flexor pollicis brevis, l'atrophie du premier interosseux en absence de symptômes sensitifs, avec la présence d'un kyste articulaire carpien à l'IRM ou à l'échographie. Les patients ont été soumis aux tests de Froment, de Wartenberg, de Jeanne et de Masse, et à la version italienne du « Patient rated wrist/hand evaluation » (PRWHE) avant l'intervention chirurgi-

