

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 triquetrum-hamatiens ou triquetrum-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-



cale et pendant les visites de contrôle à 15 jours, à 1 mois, à 3 mois, à 6 mois et à 1 an.

Les résultats obtenus sont très variables et dépendent de l'âge des patients, de l'état de santé général mais surtout du temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et un correct diagnostic, et donc l'intervention chirurgicale. Dans la littérature, très peu de cas de compression par un kyste de la branche motrice du nerf ulnaire sont décrits, ce qui en fait un syndrome peu connu et qui en conséquence est souvent diagnostiqué en retard. Afin d'accélérer le diagnostic, le traitement, et donc d'obtenir des meilleurs résultats les auteurs soutiennent que les médecins généralistes et spécialistes devraient connaître cette cause de compression du nerf ulnaire distale au canal de Guyon.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.046>

CO45

Le lambeau synovial pour la prise en charge des récidives vraies de canal carpien, revue de 17 cas

C. Poujardieu^{1,*}, A. Michot², M.L. Abi-Chahla², P. Pelissier²

¹ Clinique Thiers, Bordeaux, France

² Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : camille.poujardieu@hotmail.fr (C. Poujardieu)

Le syndrome du canal carpien est la pathologie la plus fréquente prise en charge en chirurgie de la main. Bien que les récidives soient rares elles peuvent être problématiques pour le patient et le chirurgien.

Nous nous sommes intéressés aux résultats des reprises chirurgicales de syndrome du canal carpien combiné à la réalisation d'un lambeau pédiculé, à pédicule anatomique individualisé, et plus particulièrement le lambeau synovial. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au CHU de Pellegrin à Bordeaux dans deux services distincts, le service de chirurgie orthopédique et le service de chirurgie plastique. Les patients étaient recrutés sur une période de 10 ans entre 2006 et 2016. Au total nous avons retrouvé 19 cas de vraies récidives de canal carpien opérées avec réalisation d'un lambeau synovial.

Il s'agissait de 17 patients dont deux présentaient une atteinte bilatérale. Les caractéristiques de ces patients, l'aspect peropératoire du nerf et l'évolution clinique postopératoire en termes de reprise du travail et des activités sont présentés dans notre étude.

Onze sur 17 patients (64,7 %) avaient pu reprendre leur activité professionnelle. Neuf sur 17 patients avaient noté une amélioration et 5/17 se sentaient guéris. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature avec plus de 80 % de satisfaction.

En comparaison avec les autres lambeaux, le lambeau synovial apparaît à la fois facile sur le plan technique donc reproductible. Il est à la fois fin, facilement conformable, avec une vascularisation fiable et non délétère.

Cet artifice technique pourrait s'envisager de façon systématique dans certaines populations à risque.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.047>

CO46

Pratique française de libération du nerf médian au canal carpien : un questionnaire adressé aux chirurgiens membres de la Société française de chirurgie de la main (SFCM/GEM)

J.E. Ollivier^{1,*}, J. Garret²

¹ Hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, Rouen, France

² Clinique du Parc, Lyon, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Jean-Edem.Ollivier@outlook.com (J.E. Ollivier)

La libération du nerf médian au canal carpien est riche de différentes techniques opératoires : la libération à ciel ouvert, celle sous contrôle endoscopique et enfin, plus récemment, celle sous contrôle échographique. De la même façon il existe plusieurs techniques d'anesthésie : générale, locorégionale ou locale. Enfin l'acte chirurgical peut se réaliser au bloc opératoire, cependant certains chirurgiens ont déplacé cette activité dans des salles de consultation dédiées. En dehors des étiologies imposant certaines techniques, le choix de la technique opératoire, du type d'anesthésie et du lieu d'exercice est guidée par la pratique du chirurgien. Cette pratique a été évaluée auprès des membres de la Société américaine des chirurgiens de la main (American Society of Surgeons of the Hand [ASSH]) en 2015 via un questionnaire en ligne. Il dévoila que la majorité des chirurgiens pratiquait ce geste au bloc opératoire, à ciel ouvert et utilisait une sédation intraveineuse couplée à une anesthésie locale. En 2018 le Canada fit une étude similaire auprès des membres de la Société canadienne de chirurgie plastique (Canadian Society of Plastic Surgery [CSPS]), retrouvant un acte réalisé dans la grande majorité des cas dans une salle dédiée aux actes sous anesthésie locale, à ciel ouvert et sous anesthésie locale pure. L'objectif de cette étude était, à la fois, d'établir l'état de lieux des pratiques des chirurgiens de la main français membres de la Société française de chirurgie de la main (SFCM/GEM) et à la fois d'évaluer la potentielle évolution de leur pratique.

Un lien vers un questionnaire de 14 questions obligatoires et 12 questions facultatives a été adressé par courrier électronique à l'ensemble des chirurgiens membres de la SFCM. La première partie du questionnaire visait à préciser la tranche d'âge du chirurgien, son secteur d'installation ainsi que son type d'activité opératoire. La seconde partie évaluait sa pratique habituelle concernant la libération du nerf médian au canal carpien. Enfin la dernière partie abordait l'utilisation de l'échographie de diagnostic puis dans le cadre de l'échochirurgie.

Le recueil de données était anonyme.

Le questionnaire est actuellement en cours de soumission.

Les résultats nous permettront à la fois de comparer notre pratique actuelle avec les chirurgiens d'Amérique du nord mais aussi d'entrevoir l'évolution de cette pratique.

Cette étude permettra d'enrichir les données internationales concernant cette chirurgie très fréquente.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.048>

CO47

Résultats fonctionnels et qualité de vie après révision décompression du canal carpien

P. Stirling^{1,*}, T. Yeoman¹, A. Duckworth², N. Clement², P. Jenkins³, J. Mceachan¹

¹ Queen Margaret Hospital, Dunfermline, UK

² Royal Infirmary of Edinburgh, Edinburgh, UK

³ Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, UK

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : phcstirling@gmail.com (P. Stirling)

This study describes functional outcomes, patient satisfaction, and health-related quality of life (HRQoL) following open revision carpal tunnel decompression (CTD) for recurrent carpal tunnel syndrome (CTS).

Postoperative results were available for 16 hands in 15 patients (100% at mean follow-up at 19.9 months).

This was a prospective study at a single-centre serving a population of 360,000. QuickDASH, patient satisfaction, and EQ-5D-5L questionnaires were collected pre and postoperatively for patients undergoing revision CTD over a five-year period (2013–2018).

The incidence of revision CTD was 0.9 per 100,000 patients per year. Fifteen patients reported recurrent and 1 patient-reported persistent symptoms. Median time to revision was 12.5 years (interquartile range 6.7–15.7 years). Mean preoperative and postoperative quickDASH was 57.7 and 36.1, respectively. The overall mean improvement in QuickDASH was 28.1. The mean improvement in EQ-5D-5L was 0.17. Thirteen patients (81.8%) were satisfied. The Net Promoter Score was 87.5.