

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 délétante.

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.

This study confirms the widely-held view that patients with late-presenting CTS can expect to enjoy a similar improvement in function and HRQoL as patients undergoing primary CTD. Recurrent CTS presents following a long symptom-free period after primary CTD, and hand function regresses to a similar level of disability.

These results can be used to counsel patients who are considering revision surgery.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.049>

CO48

Les vibrations main-bras influencent les résultats fonctionnels après la décompression du canal carpien

P. Stirling^{1,*}, P. Jenkins², N. Clement³, A. Duckworth³, J. Mceachan⁴

¹ Queen Margaret Hospital, Dunfermline, UK

² Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, UK

³ Edinburgh, UK

⁴ NHS Fife, Dunfermline, UK

* Auteur correspondant.

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

This study investigated the impact of self-reported hand-arm vibration (HAV) exposure on patient-reported functional outcomes (PROMs), Health-related quality of life (HRQoL), and patient satisfaction following carpal tunnel decompression (CTD).

This was a single-centre prospective study investigating postoperative PROMs in 609 patients undergoing elective CTD.

QuickDASH, patient satisfaction, and EQ-5D-5L questionnaires were collected pre- and postoperatively over a three-year period.

Outcomes were available for 475 patients (78% at mean 14.4 months follow-up). One hundred and twenty-eight patients (28%) reported previous HAV-exposure. Median postoperative QuickDASH was significantly (27.3 vs 15.9; $P=0.005$) worse in the group exposed to HAV. Although both groups reported a postoperative improvement in QuickDASH this was significantly lower in the group exposed to HAV (-12.8 vs -19.4 ; $P=0.002$). Multivariable linear regression revealed significantly worse preoperative, postoperative and change in QuickDASH when adjusting for covariates in patients with HAV-exposure. The most predictive variable for impact on QuickDASH was weekly vibration exposure. There was no significant difference in satisfaction between the two groups (51.2% vs 55.6%; $P=0.4$), though postoperative EQ-5D-5L was significantly worse in the group exposed to HAV (0.70 vs 0.78; $P=0.007$).

CTD in patients with previous HAV-exposure results in improved postoperative PROMs, though the improvement was significantly lower when compared to patients without HAV-exposure. Although there was no significant difference in satisfaction rate, HRQoL was significantly lower following CTD in patients with previous HAV-exposure.

Patients with previous HAV-exposure should be made aware of these results prior to CTD.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.050>

CO49

Une symptomatologie non classique traitée par neurolyse décompressive : à propos de 119 libérations du nerf fibulaire commun au col de la fibula majoritairement associé à la neurolyse du nerf tibial postérieur au tunnel tarsien

N. Gaujac*, P. Cottias, D. Biau, P. Anract

Hôpital Cochin, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : n.gaujac@hotmail.fr (N. Gaujac)



La compression du nerf fibulaire commun (NFC) au col de la fibula et la compression du nerf tibial postérieur (NTP) au tunnel tarsien sont les syndromes canalaux les plus fréquents au membre inférieur.

Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique en centre hospitalo-universitaire et en centre libéral, mono-opérateur de 119 neurolyses entre 2015 et 2018.

Il y avait 68 femmes et 38 hommes avec un âge moyen de 55 ans. Les patients présentaient des douleurs diffuses du membre inférieur dans 88 % des cas dont 37 % au pied et 30 % au genou. Il existait des paresthésies dans 42 % associées aux douleurs ou isolées. La douleur moyenne préopératoire, mesurée par une échelle numérique analogique (ENA), était à 6/10 (0 à 9). Ces douleurs étaient anciennes (34 mois en moyenne) et résistaient au traitement médical. Dans 36 % des cas, elles étaient apparues dans les suites d'une intervention chirurgicale (arthroscopie genou 14 %, prothèse totale de hanche 9 %, prothèse totale de genou 5 %, chirurgie de la cheville 4 %) ou après un traumatisme dans 13 % des cas. Le diagnostic a été retenu sur la symptomatologie, le syndrome irritatif nerveux (81 % des cas), le résultat du test thérapeutique (37 patients infiltrés) et le résultat de l'électroneuromyogramme (90 % anormaux). Parmi les 106 patients, 93 ont été opérés d'une neurolyse simple associée du NFC au col de la fibula et du NTP dans son trajet au tunnel tarsien avec ouverture de l'abducteur de l'hallux et 13 de manière bilatérale. Dans 4 cas, la neurolyse était faite sur un site (1 NFC et 3 NTP isolés). Huit patients (7 %) ont présenté une désunion de cicatrice à la cheville avec évolution favorable par traitement local. Nous avons eu une récurrence sur une neurolyse du NFC reprise par une neurolyse du NFC et NTP. Un patient a eu un équin de cheville postopératoire pendant 2 mois. La neurolyse a eu un effet « magique » constant (disparition des douleurs au réveil). À la première consultation postopératoire (Journée 21), 26 neurolyses présentaient encore des douleurs différentes (ENA moyenne 3/10). Certains ont été infiltrés par du Diprostène®. Au dernier recul de 20 mois, l'ENA moyenne était à 2/10 (de 0 à 8), les douleurs persistantes étant attribuées à une « régénération nerveuse ». La neurolyse associée du NFC et du NTP semble efficace sur le traitement des douleurs du membre inférieur.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.051>

CO50

Traitement des mains botes radiales sévères par une technique en deux temps : distraction suivie d'une centralisation

G. Pfister^{1,*}, M. Le Hanneur², S. Wahlen², N. Quintero³, M. Bachy², F.N. Fitoussi²

¹ HIA Percy, Paris, France

² Hôpital Armand-Trousseau, Paris, France

³ Hôpitaux Saint-Maurice, Saint-Maurice, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : georgespfister@hotmail.com (G. Pfister)

Évaluer les résultats à moyen terme après centralisation par une technique en 2 temps dans les mains botes radiales sévères.

Une étude rétrospective observationnelle a été conduite parmi les patients opérés pour agénésie radiale de 1994 to 2016. La réaxation a été effectuée par allongement par distraction externe par fixateur externe double rail suivi d'une centralisation par broche centromédullaire. La correction était évaluée par plusieurs mesures radiologiques relevées en préopératoire et au dernier recul : l'angle formé entre l'axe de M3 et l'ulna proximal, l'angle formé entre l'axe de M3 et la perpendiculaire à l'épiphyse ulnaire, la translation mesurée par la distance entre la base de M3 et l'ulna distal et la courbure de l'ulna mesurée par l'angle entre l'axe de l'ulna proximal et l'axe de l'ulna distal.

Trente et une mains botes radiales ont bénéficié d'un traitement de réaxation : 5 présentaient une agénésie radiale type 2,2 de type 3 et 24 de type 4. L'inclinaison radiale moyenne était de 64 degrés. L'âge moyen à la première intervention était de 2 ans. Les patients ont bénéficié de 5 interventions en moyenne. La durée moyenne de suivi est de 5 ans (extrêmes : 1 à 11 ans). L'angulation moyenne M3-ulna proximal résiduelle moyenne était de 17 degrés, la correction moyenne était de 49 degrés. La complication la plus fréquente était la migration des broches ou l'insuffisance de leur longueur secondaire à la croissance.

