

C056

Évaluation des plaies de la main par grillage chez l'enfant : étude rétrospective sur 5 ans

P. Savidan*, A.L. Simon, C. Plomion, V. Mas, B. Ilharreborde, P. Jehanno
Hôpital Robert-Debré, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pauline.savidan@sfr.fr (P. Savidan)

Les plaies représentent 31 % des traumatismes de la main de l'enfant. Parmi ces plaies, le mécanisme par grillage est responsable de plaies délabrantes avec des lésions cutanées souvent longitudinales. Ces plaies nécessitent une exploration chirurgicale à la recherche de lésions vasculaires et nerveuses. Le but de cette étude était de décrire les lésions retrouvées lors de l'exploration chirurgicale et les potentielles complications à long terme chez l'enfant.

Toutes les plaies par grillage traitées entre 2013 et 2017 dans un centre de SOS main pédiatrique ont été revues de manière rétrospective. Les critères d'inclusion étaient l'âge < 18 ans et les plaies nécessitant une exploration chirurgicale (palmaires ou dorsales). Les ring finger ont été exclus. Ont été analysés, outre les données démographiques habituelles, la localisation et l'étendue des lésions cutanées et l'association ou non à des lésions nerveuses, vasculaires et tendineuses. Au dernier recul ont été recueillis les complications et les reprises chirurgicales.

Soixante patients (47 garçons, 13 filles) présentaient une plaie par grillage (âge moyen 13,7 ans). Celle-ci étaient longitudinales avec un délabrement cutané important, majoritairement palmaires (58 cas) et 42 patients avaient plus de 12 ans au moment de l'accident. L'exploration chirurgicale a révélé chez 11 patients au total, 5 lésions vasculaires, 8 sections nerveuses et 3 lésions tendineuses. Au dernier recul, 6 patients ont eu une reprise pour bride cutanée entraînant un flexum de doigt avec limitation des mobilités. Le geste chirurgical consistait en une plastie en Z associée à une ténolyse des fléchisseurs (3 cas) avec ou sans arthrolyse (3 cas). Aucune infection postopératoire n'a été rapportée.

La plaie de main par grillage est un mécanisme peu fréquent (6,1 %), et se voit surtout présente chez les adolescents. Les lésions vasculonerveuse et tendineuses ne sont pas systématiques (18,3 %) malgré l'importance des délabrements cutanés associés à ces plaies. Au dernier recul, seulement 10 % des patients ont développé un flexum de doigt ou de main sur bride cutanée malgré le caractère longitudinal et étendu avec nécessité de réaliser une deuxième intervention.

Les plaies de main par grillage sont associées à des plaies cutanées délabrantes mais exposent moins aux lésions tendineuses et vasculonerveuse. Leur évolution est favorable au plan des brides cutanées dans la majorité des cas et les plasties en Z préventives n'ont donc pas d'indication à titre systématique.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.058>

C057

Rétablissement de l'extension du pouce par transfert d'extenseur propre de l'index chez les enfants atteints de pouce flexus adductus : à propos de neuf cas

M. El Kinani*, F. Duteille
CHU de Nantes, Nantes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : monia.elkinani@gmail.com (M. El Kinani)

Le pouce flexus adductus est une affection congénitale rare caractérisée par une flexion permanente de l'articulation métacarpophalangienne donnant l'aspect de « pouce dans la paume ». Le traitement chirurgical intervient généralement en cas d'échec d'un traitement orthopédique. Nous présentons une série de 6 enfants atteints de pouce flexus adductus ayant bénéficié d'une réanimation par transfert de l'extenseur propre de l'index dans notre centre.

Nous avons réalisé un recueil rétrospectif de données à partir de notre logiciel informatique. La période étudiée s'étend de 2001 à 2018.

Les dossiers des enfants vus en consultation pour pouce flexus adductus ont été analysés. Les enfants ayant bénéficié d'une chirurgie ont été recontactés voire vus en consultation à distance. L'évaluation portait sur l'amplitude d'extension métacarpophalangienne et les éventuelles séquelles au site donneur.



Sur plus de dix enfants vus en consultation, six ont été opérés (neuf mains). Cinq enfants (83 %) présentaient d'autres malformations associées. L'âge moyen lors de l'intervention chirurgicale était de 19 mois (12 à 20 mois). Pour chaque cas (100 %) le transfert tendineux a été réalisé à partir de l'extenseur propre de l'index. Lors de la consultation postopératoire à 6 semaines, tous les enfants présentaient une extension physiologique du pouce. Une seconde intervention pour allongement du transfert a été nécessaire dans un cas (11 %). Un déficit d'extension de l'index a été retrouvé dans un cas (11 %). À 6 mois, tous les enfants ont pu être revus et tous présentaient une extension active complète.

La chirurgie dans le traitement du pouce flexus adductus doit intervenir lorsque le traitement orthopédique est insuffisant. Nos résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature. Nous n'avons toutefois pas de données concernant le traitement des malformations complexes, comme l'arthrogrypose (pourrait cause fréquente de pouce flexus adductus) et dont la prise en charge doit intégrer l'ensemble des éléments pathologiques.

La réalisation d'un transfert tendineux à partir de l'extenseur propre de l'index pour rétablir l'extension du pouce, après échec du traitement orthopédique, nous paraît être la technique de choix chez les enfants présentant un pouce flexus adductus.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.059>

C058

Les duplications vraies du pouce sont des fentes radiales

S. Guero
IFCM, Paris, France

Adresse e-mail : sguero2@gmail.com

Le pouce est le dernier doigt à se former. Pour certains auteurs, cela explique sa plus grande sensibilité aux dysembryoplasies.

Matériel Revue de la littérature récente de l'embryologie humaine et de la Biologie du Développement du membre supérieur, illustrée par de nombreux exemples cliniques tirés de notre expérience dans le traitement des duplications du pouce et des polydactylies pré-axiales complexes.

Au regard des dernières avancées de la biologie du développement, il est possible de faire la différence entre les polydactylies pré-axiales associées à des triphalangies et les duplications vraies. Dans le premier cas, il s'agit de mutation sur la zone de contrôle (ZRS) du gène de *Sonic Hedgehog* responsable de l'expression de la zone de polarisation (ZPA). Dans le second cas, il semble s'agir d'une anomalie de l'interaction entre l'ectoderme de la crête apicale et du mésoderme sous-jacent lors de l'induction de la plaque pré-cartilagineuse du premier rayon. Ce phénomène est connu dans les fentes centrales et peut probablement se produire sur le premier rayon, sensible aux dérèglements embryologiques.

La compréhension de l'origine des duplications vraies a de nombreuses implications en pratique. Elle permet de comprendre les confusions des différentes classifications y compris celle de Wassel. Elle est un modèle très commode pour expliquer aux parents les anomalies anatomiques des pouces « dupliqués » car il s'agit d'un pouce qui s'est séparé en deux. Aucun pouce n'est totalement normal et cela explique les difficultés du traitement chirurgical : il ne s'agit pas seulement d'enlever un pouce surnuméraire mais de reconstruire un pouce esthétique, fonctionnel et ce, pendant toute la durée de la croissance.

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.060>

C059

Libération des syndactylies congénitales simples sans greffe de peau par utilisation du lambeau Oméga dorsal modifié : à propos de 37 cas

C. Leblanc^{1,*}, F. Accadbled², A. Abid²

¹ CHU de Toulouse, Toulouse, France

² CHU de Purpan, Toulouse, France

