

12 mois. La douleur était à 0,4 à 6 mois. Les signes globaux d'hyperesthésie, de sensibilité au froid et de paresthésies sont passés de 2,02 [0–16] à 0,45 [0–5]. À l'inclusion, 54 % des patients avaient un test de monofilament à 200 g et 46 % à 4 g, alors qu'à 6 mois 18 % étaient à 4 g, 55 % à 2 g et 27 % à 0,2 g. Le QuickDASH initial de 35 [0–84] à 13 [0–45]. Un cas d'infection du site opératoire a nécessité une reprise chirurgicale à j + 10 : l'implant était toujours en place et a pu être conservé.

Les résultats fonctionnels et la bonne tolérance chez l'Homme confirment les résultats du modèle expérimental chez le rat, qui montrait une repousse axonale et une myélinisation en 8 semaines. Le produit combine les caractéristiques connues des conduits vasculaires et l'apport mécanique et biologique de protéoglycanes et de facteurs de croissances.

Cette étude confirme l'intérêt de ce conduit dans les sections des nerfs digitaux, qui devra être étudié dans les nerfs de plus gros calibre.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.072>

CO70

Prise en charge des luxations trapézo-métacarpiennes fermées : à propos de 14 cas

A.C. Seaourt*, R. Detammaecker, S. Sabau, L. Athlani, F. Dap, G. Dautel
Centre chirurgical Émile-Gallé, Nancy, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : annecharlotte.seaourt@gmail.com (A.C. Seaourt)

La luxation trapézo-métacarpienne (LTM) est une lésion rare. Dans la littérature, peu de séries sont répertoriées et notamment aucun *gold standard* n'est défini. L'objectif de cette étude est de déterminer les résultats clinique et radiologique des différentes techniques chirurgicales pour les LTM, afin d'améliorer la prise en charge de ces lésions.

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, menée durant ces 9 dernières années, sur les différentes techniques opératoires réalisées. Les critères d'inclusion étaient les patients victimes d'une LTM fermée sur articulation native. Les critères d'exclusion étaient les LTM ouvertes et/ou une fracture associée.

Ont été évalués : le côté dominant, le mécanisme lésionnel, les lésions associées, le délai de prise en charge, le choix de la technique opératoire et les résultats post-opératoires au dernier suivi. Au dernier contrôle les données analysées étaient la douleur, la sensation d'instabilité, la mobilité en opposition et la radiologie. Quatorze patients ont été inclus, 4 femmes pour 10 hommes, l'âge moyen était de 39 ans. Dans 60 % des cas il s'agissait de la main dominante. Quarante-trois pour cent des patients présentaient une lésion plus grave associée. Le délai opératoire moyen était de 7 jours. La technique opératoire était dans 4 cas une ligamentoplastie, 6 cas une stabilisation par embrochage percutané et 4 cas une réinsertion capsulo-ligamentaire par ancre. Le suivi moyen était de 6 mois. À la fin du suivi en moyenne : l'EVA était de 0,8/10, le score de Kapandji était de 9,6/10, aucune sensation d'instabilité. Radiologiquement il n'existait aucune subluxation et 2 patients présentaient une rhizarthrose secondaire à distance.

La controverse sur le principal ligament stabilisateur de l'articulation trapézo-métacarpienne et sur le traitement optimal existe toujours. Dans la littérature, les séries sont rarement homogènes et les méthodes de traitement rapportées ne sont pas univoques dans chaque série. Nos résultats cliniques et radiologiques obtenus sont très encourageants.

En cas de luxation aiguë, si la réduction est stable un simple embrochage percutané peut être effectué. Si la réduction est impossible, une réduction à ciel ouvert peut être effectuée afin de réinsérer le plan capsulo-ligamentaire et de réaliser un nettoyage articulaire. La réinsertion du plan capsulo-ligamentaire dorsal donne des résultats prometteurs sur le court terme. Une étude avec un effectif plus important et une interprétation des résultats sur un plus long terme permettrait de le confirmer.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.073>

CO71

Étude de 213 dossiers d'un assureur concernant des litiges liés à des défauts d'exploration de plaies de main aux urgences

H. Houdre^{1,*}, J. Mouton¹, M. Autran², I. Auquit Auckbur¹

¹ CHU de Rouen, Rouen, France

² SHAM Lyon, Lyon, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hadrien.houdre@gmail.com (H. Houdre)

Les traumatismes de mains sont, en termes de fréquence, l'un des premiers motifs de consultation aux urgences. Les défauts d'exploration initiale de ces plaies engendrent des retards de prises en charge sources de séquelles, d'arrêts de travail prolongés et ont un coût pour la société. L'objectif de ce travail était d'analyser rétrospectivement les dossiers de SHAM (premier assureur de responsabilité médicale d'établissements publics et privés en France) pour les patients qui ont relevé d'une prise en charge d'une plaie de main dans des services d'urgence (SU), et ayant donné lieu à un recours.

Pour cela nous avons analysé sur une période s'étalant de 2007 à 2012 213 dossiers anonymisés de contentieux indemnisés par SHAM. Les contentieux relatifs à la chirurgie furent exclus.

Les critères d'inclusion étaient : un contentieux recueilli par SHAM, provenant d'un litige secondaire à une plaie non ou mal explorée au SU, avec un dossier conclu au moment de l'analyse. Pour chaque dossier, le motif de plainte, le centre de prise en charge, le mécanisme de l'accident, la localisation de la lésion et son type, la demande d'avis spécialisé ou non, les conséquences socio-économiques, le délai de retour à emploi ont été analysés en strate selon la méthode de J. Reason. L'analyse statistique fut réalisée par test binomial exact.

Nous avons retrouvé que deux tiers des dossiers concernaient des travailleurs manuels (60 %) et il s'agissait d'accidents du travail dans 26 % des cas. Dans 3/4 des cas, un chirurgien orthopédiste ou plasticien présent dans l'établissement n'a pas été sollicité pour un avis. L'atteinte concernait le plus souvent le pouce (28 %). La plupart des lésions passées inaperçues concernaient des lésions tendineuses (74 %). Les motifs de plainte, souvent multiples, concernaient une raideur séquellaire (57 %) avec 1/3 des patients n'ayant pu reprendre leur activité professionnelle (30 %). La durée moyenne d'arrêt de travail était de 158 jours. La plupart des dossiers ont été résolus par une procédure amiable (65 %). Le montant de la réparation financière était en moyenne de 6224 euros.

Nous espérons, grâce à l'information délivrée par cette étude nationale, de contribuer à la réflexion sur les mesures correctrices nécessaires à une meilleure prise en charge des plaies de mains aux urgences.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.074>

CO72

Prise en charge des ténosynovites infectieuses des fléchisseurs de la main : revue de 127 cas et proposition d'un protocole de service

C. Dujoux*, M. Malherbe, J. Michon, A. Fournier, F. Guerin, C. Hulet, D. Canoville

CHU de Caen, Caen, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : clementdujoux@gmail.com (C. Dujoux)

Les ténosynovites infectieuses (TSI) des fléchisseurs de la main sont des affections fréquentes aux lourdes conséquences en l'absence de traitement adéquat, pour lesquelles il n'y a pas de consensus sur l'utilisation des antibiotiques. Plusieurs modalités chirurgicales mini-invasives ou à ciel ouvert sont possibles pour traiter respectivement les TSI de stades 1 et 2 (selon les pratiques usuelles) mais l'antibiothérapie n'est pas codifiée. À partir d'une cohorte rétrospective, nous tenterons d'identifier les facteurs de risque d'échec afin de proposer un protocole de prise en charge (chirurgie et antibiothérapie) des TSI.

Nous avons rétrospectivement revu les TSI des fléchisseurs de la main prises en charge au CHU de Caen entre le 01/01/2013 et le 01/01/2018. Les critères d'inclusion étaient la confirmation du diagnostic clinique en peropératoire et un recul post-antibiothérapie minimal de 6 mois. Étaient évalués le terrain, la prise

en charge chirurgicale, l'antibiothérapie (molécule, mode d'administration et durée) et le résultat thérapeutique à 6 mois ou plus.

Durant la période d'inclusion, 127 patients ont été inclus. Parmi eux, 46,46 % présentaient des comorbidités associées, le germe le plus souvent identifié était un staphylocoque (54,23 %), 32,3 % étaient opérés à ciel ouvert et 58,3 % en mini-invasif, tous bénéficiaient d'une antibiothérapie postopératoire. L'antibiothérapie par AUGMENTIN couvrait 94,52 % des germes identifiés. L'administration de l'antibiothérapie par voie IV ou IV et PO n'apportait aucun bénéfice par rapport à un traitement exclusivement oral ($p=0,65$). La durée de l'antibiothérapie postopératoire inférieure à 7 jours, entre 7 et 14 jours ou supérieure à 14 jours n'entraînait pas de différence significative sur la guérison ($p=0,14$). Cependant traiter pour une durée inférieure à 7 jours contre traiter pour une durée de 7 à 14 jours, semblait être associé à un risque 4,5 fois plus important d'échec, bien que non significatif ($p=0,07$). On n'observait pas de différence entre le traitement chirurgical à ciel ouvert et le mini-invasif ($p=0,96$) pour les TSI de stades 1 et 2 avec des taux de guérison respectifs de 90,2 % et 90,5 %.

Une antibiothérapie postopératoire par AUGMENTIN PO exclusif d'une durée comprise entre 7 et 14 jours semble efficace, permettant ainsi une prise en charge en ambulatoire. La chirurgie sera réalisée à ciel ouvert ou en mini-invasif selon les préférences de l'opérateur pour les phlegmons de stade 1 et 2.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.075>

C073

Les panaris compliqués d'emblée : plus fréquents qu'attendus et souvent iatrogènes

A. Dorfmann^{1,*}, S. Carmes², O. Kadji², M. Uzel¹, C. Dumontier²

¹ Service orthopédie, Les Abymes, Guadeloupe

² Centre de la main, Baie-Mahault, Guadeloupe

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexandre@dorfmann.me (A. Dorfmann)

Les infections de la main peuvent évoluer défavorablement. Il est estimé que 5 % des patients sont vus d'emblée au stade compliqué d'un phlegmon des gaines, d'une nécrose extensive, d'une ostéite ou d'une ostéoarthrite. Notre expérience est différente. Notre hypothèse était qu'une mauvaise prise en charge initiale de ces patients était une cause fréquente de l'apparition de ces complications.

Nous avons repris, de façon rétrospective, les dossiers des patients opérés d'une infection de la main. Nous avons recherché l'existence d'une complication et quelle a été la prise en charge initiale de ces patients, le délai avant chirurgie ainsi que le germe retrouvé lors des prélèvements opératoires.

Sur 16 mois, nous avons opéré 125 patients pour une infection de la main. Il s'agissait de 77 hommes, et de 48 femmes. Le côté droit était atteint dans 81 cas (dont 50 chez des droitiers). Les plaies (23 cas), les piqûres végétales (21 cas) et l'absence de cause connue (25 cas) étaient les trois causes les plus fréquentes. Sur 125, 41 (33 %) étaient au stade de complications. Il y avait 16 ostéites, 6 ostéoarthrites, 15 phlegmons des gaines, 6 extensions de l'infection et 5 évolution nécrosante (certains patients présentaient plusieurs complications). Le délai de prise en charge était de 18 jours, il était de 12 jours (1–64) pour les cas non compliqués contre 30 (2–181) pour les cas compliqués. Cinquante-six patients ont eu des antibiotiques prescrits par un médecin en préopératoire et 10 ont été incisés préalablement. Il y a eu 18 complications dans le groupe sans antibiotique préalable (26 %) versus 32 dans le groupe avec antibiotiques (48 %) ($p < 0,001$). Le germe un staphylocoque doré (43 cas), un Gram - (38 cas), une culture polymicrobienne (14 cas). Il n'y avait pas de différence selon le type de germe que le patient fut au stade compliqué ou non. Après traitement chirurgical l'évolution a été simple chez 103 patients (83 %) qui n'ont pas reçu d'antibiotiques en postopératoire. Quatre-vingt-quatorze pour cent des cas simples n'ont pas eu d'antibiotique en postopératoire contre 59 % des cas compliqués. Cinq patients ont été ré-opérés devant une évolution défavorable.

Cette étude, encore en cours, avec un suivi prospectif, montre qu'une prise en charge inadaptée en préopératoire est source de complications graves pour les patients. Les antibiotiques masquent les signes et augmentent le délai de prise en charge. Une information des médecins généralistes et des urgentistes semble nécessaire.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.076>

C074

Technique des trois lambeaux après aponévrectomie dans la maladie de Dupuytren : une étude rétrospective à propos de 36 doigts

Y.K. De Almeida^{1,*}, H. Le Gall², L. Athlani¹, F. Dap¹, G. Dautel¹

¹ Centre chirurgical Émile-Gallé, Nancy, France

² Service de chirurgie maxillofaciale, plastique, reconstructrice et esthétique, CHRU de Nancy, Nancy, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dealmeida_yk@yahoo.fr (Y.K. De Almeida)

La maladie de Dupuytren est une maladie fréquente affectant principalement les hommes après 50 ans. La rétraction progressive des doigts peut altérer la fonction de la main et la qualité de vie des patients. La restauration d'une extension complète après aponévrectomie est responsable d'un défaut cutané que le chirurgien doit résoudre. Nous présentons les résultats d'une nouvelle technique associant trois lambeaux cutanés : un lambeau de rotation-avancement de Hueston, un lambeau latéro-digital de Colson et un lambeau commissural.

Il s'agissait d'une étude monocentrique, mono-opérateur. Nous avons revu rétrospectivement 30 patients (27 hommes et 3 femmes) à un recul minimal de 6 mois et avec un recul moyen de 14,4 mois (6–36). Trente-six doigts étaient concernés. L'âge moyen était de 68,5 ans. La qualité de la cicatrice était évaluée par un observateur indépendant et le patient grâce au score subjectif Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS/120, 12 étant le meilleur score et 120 étant le pire score) et au score d'évaluation global (/10, 1 étant la meilleure note et 10 étant la pire note). Le déficit d'extension total du doigt était recueilli au dernier recul ainsi que les éventuelles complications (infection, nécrose de lambeau, hypoesthésie).

La technique opératoire consistait en la réalisation de 3 lambeaux : un lambeau de rotation-avancement de Hueston, un lambeau latéro-digital de Colson et un lambeau commissural.

Le déficit moyen total d'extension avant l'intervention, après l'intervention et au dernier recul était respectivement de 102 degrés, de 13 degrés et de 22 degrés. Une greffe cutanée complémentaire a été nécessaire dans 4 cas. Le score d'évaluation POSAS était de 31,45/120 au dernier recul. L'évaluation globale de la cicatrice était de 2,6/10. Aucune nécrose de lambeau n'a été rapportée. Six patients présentaient une hypoesthésie pulpaire mais dont l'imputabilité liée à la technique des 3 lambeaux était peu probable. Une infection a nécessité une antibiothérapie probabiliste sans reprise chirurgicale d'évolution favorable. Un patient a développé un syndrome douloureux régional complexe.

La technique des trois lambeaux est une technique fiable permettant de couvrir un défaut cutané important occasionné par la mise en extension du doigt après aponévrectomie. La technique des trois lambeaux utilise l'excès relatif de peau dans l'axe sagittal induit par la corde de la maladie de Dupuytren.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.077>

C075

Sécurité de l'injection à travers la peau dorsale dans le traitement du doigt et du pouce à ressaut : étude anatomique

I. Jiménez^{1,*}, J. Caballero-Martel¹, A. Marcos-García¹, G. Garcés-Martín², J. Medina¹

¹ Hospital Universitario Insular de Gran Canaria and Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Espagne

² Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Espagne

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : isidro.jimenez@hotmail.com (I. Jiménez)