

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)