

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)

Corticosteroid injection is an effective treatment for trigger digits but the pain during the injection is an always-present side effect. Our purpose was to assess if a dorsal technique through the web space is safe for extra-sheath injection of trigger fingers and thumb.

Twelve fresh-frozen cadaveric upper extremities were used in this study consisting in six white males and six white females. The mean age was 83 years (range: 70–96). Specimens had no history of trauma, surgery or regional pathology that could affect the results obtained in the study.

An injection through the dorsal web was performed on each digit. After a careful resection of the palmar skin, the distance between the needle and the main anatomical structures was measured. The risk of major injury was considered high when the mean distance from the needle to the neurovascular bundle was below one millimeter.

The mean distance from the needle to the neurovascular bundle was 1.63 millimeters and it was over one millimeter in all digits. Two major injuries in 84 injections were observed, one nerve and one artery. The safest digit was the thumb while the most dangerous was the index finger. At the middle and fourth fingers, the technique was safer when it was carried out from the dorso-ulnar side.

The palmar midline injection into the synovial sheath is the most widely used technique but, according to several authors, the palmar skin has a high density of sensitive receptors than the dorsal skin so it tends to create more patient discomfort. An intra-sheath technique through the dorsal skin has been previously published in one paper (Buch-Jaeger and Foucher, 1992) reporting similar results to those described for other techniques. Some studies have demonstrated that injecting into the flexor tendon sheath is not necessary, since similar outcomes have been achieved with a palmar subcutaneous injection. Therefore, a technique through the dorsal skin could be an effective and less painful alternative in the treatment of trigger digits. To the best of our knowledge, no studies have been published reporting a dorsal extra-sheath technique.

A subcutaneous injection near the flexor tendon sheath can be carried out through the dorsal web with an acceptable risk of neurovascular injury and it could be useful for injection in the treatment of trigger fingers and trigger thumb but it should be assessed in a clinical study.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.078>

C076

Effectivité et sécurité de l'injection à travers la peau dorsale dans le traitement du doigt et du pouce à ressaut: étude clinique prospective

I. Jiménez^{1,*}, A. Marcos-García², B. Romero-Pérez², G. Garcés-Martín³, J. Medina¹

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

² Hospital Universitario Insular de Gran Canaria Las Palmas, de Gran Canaria, Espagne

³ Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Las Palmas, de Gran Canaria, Espagne

* Auteur correspondant.

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

Stenosing tenosynovitis of the fingers and thumb is one of the most common causes of hand pain and disability. Corticosteroid injection is the mainstay in initial management but the pain during the injection is an always-present side effect. The purpose of this study was to assess the effectiveness, safety and perceived pain during a subcutaneous corticosteroid injection for trigger finger and thumb performed through the dorsal skin.

A total of 63 consecutive patients diagnosed of trigger finger or thumb were included in this study. They were 43 women and 20 men with a mean age of 61 years.

A subcutaneous corticosteroid injection was performed through the dorsal web. In cases where triggering was not completely solved, a second injection was offered. Demographic data, DASH questionnaire, VAS for pain during the injection, success rate and complications were collected and analyzed.

The mean DASH questionnaire was 48 points at diagnosis and 8.6 points at final follow-up. The mean VAS for pain during the injection was 3.84 and it was considered mild by most patients. Six patients were lost to follow-up. The success rate after a single injection was 31/57 (54.4 %). The overall success rate was 39/57 (68.4 %). The best result was achieved on the middle finger (19/22; 86 %), followed by the ring finger (10/12; 83 %). No complications were noted. No differences in the success rate between the diabetic and non-diabetic sample were found.

The overall success rate of trigger fingers injections through the palmar skin has been reported between 47 % and 92 %. In our series, injecting subcutaneously through the dorsal skin, the overall success rate at final follow-up was 39/57 (68.4 %) what is consistent with the published data. The mean reported VAS for pain during a palmar injection has been reported to be 5.32 points. In our series, the perceived pain during the injection was 3.84 points. A prospective randomized study would be necessary to assess these differences.

The subcutaneous corticosteroid injection through the dorsal web for trigger finger and thumb is safe and effective. It seems to be less painful than the reported scores for the palmar midline technique although it should be assessed in a prospective randomized study.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.079>

C077

Multiparametric ultrasound imaging of the flexor carpi radialis brevis

T. Voser*, T. Christen, F. Becce, S. Durand
CHUV, Lausanne, Switzerland

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : theavoser@hotmail.com (T. Voser)

Flexor carpi radialis brevis (FCRB) is a supernumerary musculo-tendinous structure of the wrist, often discovered incidentally during imaging, surgical procedure, or cadaveric dissection.

Five cases (three patients) with FCRB were reported and underwent a multimodal ultrasound consisting of B-mode US, Doppler US and Shear Wave Elastography. Examinations were conducted on a dedicated ultrasound system (AixplorerTM, Supersonic Imagine, Aix-en-Provence, France). A high-resolution linear 18 MHz transducer (SuperLinearTM SL18-5, Supersonic Imagine, Aix-en-Provence, France) with 256 elements and a bandwidth from 5 to 18 Mhz was used.

A penniform shaped FCRB was found in all of our cases and the mean value of its cross sectional area was $0.77 \pm 0.21 \text{ cm}^2$. Arterial supply to the FCRB was via branches of the radial artery in all cases. Young modulus (kPa) of the FCRB was significantly ($P < 0.02$) different from resting position to active flexion or passive extension.

Our study demonstrates that the FCRB shares similar biomechanics with a normal skeletal muscle and acts as an accessory wrist flexor. The authors will retrace the evolution of FCRB in the vertebrate phylum and discuss the rarity of this muscle in humans and its clinical application.

Disclosure of interest The authors declare that they have no competing interest.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.080>

C078

Prise en charge des déformations en col-de-cygne souples par ténodèse palmaire en 8 extra-articulaire extra-tendineuse: résultats cliniques

M.V. Nguyen*, F. Metairie, M. Leroy, E. Gaisne, P. Bellemere
CHU de Nantes, institut de la main Nantes Atlantique, Saint-Herblain, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : myvan.clara@gmail.com (M.V. Nguyen)

La déformation avancée en col-de-cygne des doigts longs est handicapante, notamment lorsqu'elle entraîne un ressaut douloureux lors de l'initiation de la

