

flexion du doigt. Nous avons proposé ici une technique originale de correction des cols-de-cygne souples, par ténodèse en 8 au fil de Goretex CV/0.

Cette étude rétrospective monocentrique inclut 10 doigts chez 8 patients présentant un col-de-cygne réductible avec un ressaut en flexion. Les étiologies sont multiples: trois cas de mallet fingers chroniques, trois hyperlaxités constitutionnelles, deux rhumatismes inflammatoires, deux déformations après arthroplastie de l'IPP. Les interventions ont eu lieu entre 2016 et 2018.

Le fil de Goretex CV/0 effectuait un trajet en huit de chiffre, s'amarrant en extratendineux au niveau des poulies A2 et A4 et croisait au niveau de A3. Au plan dorsal, le fil passait en avant de l'appareil extenseur, au niveau de P2, ou à la base dorsale de P3 pour la correction des cols-de-cygnes secondaires aux mallet finger chroniques. La correction de la déformation par mesure des amplitudes articulaires de l'IPP et de l'IPD a été évaluée à 11,5 mois en moyenne.

En préopératoire l'hyperextension moyenne de l'IPP était de 30,5° et le flexum moyen d'IPD de 35,4°. En postopératoire une amélioration significative de 26,5° a été notée au niveau de l'IPP et de 30,4° au niveau de l'IPD. On constate deux échecs avec persistance des ressauts en flexion.

Cette technique peu invasive est réalisable quelle que soit l'étiologie et l'importance initiale de la déformation. Son caractère extra-articulaire permet de traiter les cols-de-cygnes secondaires aux arthroplasties de l'IPP. Respectant l'appareil fléchisseur et extenseur, elle limite leur fragilisation et le risque d'adhérences postopératoires. Les deux échecs pourraient être liés à des erreurs techniques ou un lâchage de suture, comme nous l'avons constaté lors d'une étude cadavérique sur la résistance mécanique de cette ténodèse effectuée sur 35 doigts.

Cette technique de correction des cols-de-cygne est simple et fiable à condition d'effectuer soigneusement le nouage et l'ancrage du fil de Goretex. Une étude à long terme sur une plus grande série sera nécessaire pour le confirmer.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.081>

C079

Résultats du traitement endoscopique des syndromes des loges chroniques : comparaison entre membre supérieur et inférieur

A. Laborde*, O. Mares, E. Hsayri, R. Coulomb, P. Kouyoumdjian
CHU de Nîmes, Nîmes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : labordealexandre@gmail.com (A. Laborde)

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'efficacité de la prise en charge de cette pathologie et de définir s'il existait des suites différentes et des facteurs influençant le résultat de manière spécifique aux membres supérieurs et inférieurs.

Il s'agissait d'une série monocentrique, rétrospective de 25 patients opérés sous endoscopie par 3 chirurgiens séniors, pour un syndrome chronique des loges, partagés en 2 groupes : 13 membre supérieur et 12 membre inférieur. Les patients ont été opérés entre avril 2014 et janvier 2018. L'âge moyen dans la série globale était de 28,4 ans avec des extrêmes de 16 à 55 ans. Dans le groupe membres supérieurs, le motocross était le sport en cause dans 7 cas sur 13 (53,8 %). Dans le groupe membres inférieurs, la course à pied était le sport le plus fréquemment (80 %). Dans la série globale la douleur était présente dans 92 % des cas. L'EVA moyenne à l'effort était de 4,6 [0–8] dans la série globale (4,9 aux membres supérieurs et 4,3 aux membres inférieurs).

Tous les membres inférieurs ont eu une aponévrotomie endoscopique de la loge antéro-latérale de la jambe et ceux des membres supérieurs une aponévrotomie de la loge antérieure et de la loge postérieure de l'avant-bras, en chirurgie ambulatoire.

Nous avons noté dans la série 1 cas d'hématome postopératoire, 1 cas de parésie sur le territoire du fibulaire superficiel. Le recul moyen dans notre série était de 25,5 mois. Au dernier recul nous avons observé une nette baisse de l'EVA à l'effort avec une moyenne globale de 1,43 (1 aux membres supérieurs et 1,87 aux membres inférieurs). Seuls 3 patients n'ont pas repris le sport dont 2 au membre inférieur. Le délai moyen de la reprise définitive du sport était de 7,4 mois pour les membres inférieurs et de 3,4 mois pour les membres supérieurs.

Une nette baisse de l'EVA à l'effort est notée avec une moyenne globale de 1,43 (1 aux membres supérieurs et 1,87 aux membres inférieurs).

Les SCC aux membres inférieurs sont rarement isolés et nécessitent un bilan plus complet qu'un seul test de pression afin d'obtenir les meilleurs.

Dans les SCC aux membres supérieurs les résultats sont meilleurs, la reprise des activités est plus précoce.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.082>

C080

La chirurgie de la main en ambulatoire chez les patients de plus de 80 ans est-elle possible ?

F. Rabarin*, G. Raimbeau, B. Cesari, Y. Saint Cast, J. Jeudy, N. Bigorre, A. Petit

Centre de la main, Trélazé, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rabarin@centredelamain.fr (F. Rabarin)

Le traitement en ambulatoire des pathologies de la main devient le *gold standard*. La population des plus de 80 ans est qualifiée de plus fragile, à risque de complications élevées. L'hospitalisation classique (HC) est source de désorientation, d'infection nosocomiale, de fragilisation. L'hospitalisation en ambulatoire (HA) fait craindre une gestion plus difficile de la douleur postopératoire et un transfert vers un service de HC ou un taux de réadmission plus élevé. Le but de cette étude est d'analyser l'HA durant une année chez des patients de plus de 80 ans.

Nous avons inclus tous les patients opérés de la main en ambulatoire durant l'année 2016. Ont été notés l'âge, le sexe, le type d'intervention, de pathologie, programmée ou urgence, le statut clinique selon la classification de l'Association américaine d'anesthésie (ASA), le mode de vie, le type de traitement antalgique prescrit. Les patients ont tous été recontactés le lendemain par téléphone, étaient notés : la douleur, l'état du pansement, la qualité de la nuit passée, une ré-hospitalisation précoce ou un transfert en HC.

Deux cent patients inclus (213 interventions), d'âge moyen de 84,85 ans (81–101), 108 femmes et 92 hommes. Cent cinquante-quatre interventions programmées (73,3 %), 59 urgences (27,7 %). Cent soixante-huit étaient classés ASA 3, 24 ASA 2, 6 ASA 4 et 2 ASA 1. Quatre-vingt-treize vivaient en couple (46,5 %), 81 étaient avec leurs proches (40,5 %) et 26 étaient en institutions (13 %). À l'appel du lendemain la douleur était absente ou légère dans 94,36 % (47,88 % et 46,47 %) et moyenne dans 5,64 %. Aucune douleur sévère, ni de transfert en HC ou ré-hospitalisation précoce n'ont été notées. Il n'y a pas de différence significative entre le type de pathologie ou le type d'antalgique prescrit dans la survenue d'une douleur moyenne.

La prise en charge des patients âgés est possible en ambulatoire. Les données démographiques de 2016 évaluaient à plus de 9 % le nombre de français de plus de 80 ans et les prévisions sont à la hausse. L'HA doit être organisée et les patients bien calibrés selon leur éligibilité (comorbidités, isolement social, compréhension par le patient ou son entourage du parcours thérapeutique) afin d'apporter une prise en charge optimale.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.083>

C081

Introduction de la technique de Walant auprès d'une équipe de 13 médecins anesthésistes : comment et pourquoi est-elle devenue leur technique préférée ?

X. Gueffier

Bourgoin-Jallieu, France

Adresse e-mail : xavier.gueffier@icloud.com

La prise en charge des pathologies de la main a bénéficié des dernières innovations techniques avec notamment l'introduction de l'anesthésie local tumescente