

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'amarant en extra-tendineux 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

sous épinéphrine bien connu sous le nom de Walant. Elle soulève de nombreux problèmes notamment dans son acceptation, dans son organisation mais aussi dans sa réalisation au sein de nos différents établissements. Nous rapportons l'expérience de l'introduction de cette technique au sein de notre structure.

Depuis septembre 2018, la technique a été introduite par le seul chirurgien de la main travaillant dans cet établissement pluri-chirurgical constitué par ailleurs de 7 autres chirurgiens orthopédiques entouré d'une équipe de 13 médecins anesthésistes.

Un questionnaire a été remis au médecin anesthésiste évaluant l'utilisation de gants stériles, de champs stériles, le type d'asepsie utilisé, le type d'aiguilles, l'utilisation d'échographie, l'estimation de la douleur ressentie par le patient lors de l'anesthésie, la préférence du type d'anesthésie utilisé pour les pathologies de la main et le choix de l'anesthésie s'il avait besoin lui-même d'une intervention sur sa main.

Les modalités de travail en collaboration entre médecin et chirurgien sont détaillées. Les résultats de cette étude nous encouragent à poursuivre cette technique de façon consensuelle et en étroite collaboration avec nos confrères médecins anesthésistes, qui ont adapté cette nouvelle prise en charge.

Le changement de technique d'anesthésie coordonnée par le chirurgien de la main aurait pu représenter une source de conflit et faire abandonner cette technique. L'incitation à de nouvelles techniques permettant une réhabilitation précoce reste d'actualité. La qualité d'écoute et l'entente préalable a certainement été un facteur primordial dans l'acceptation de cette nouvelle prise en charge.

Malgré les différences de réalisation de la technique par les médecins anesthésistes au sein du même établissement, la simplicité de cette technique a permis de renforcer la collaboration entre médecin anesthésiste et chirurgien de la main et imposer la technique de Walant comme la technique de choix au sein de notre établissement.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.084>

CO82

La technique de Walant - un réel gold standard en matière d'anesthésie locale en chirurgie de la main

M. Perteau^{1,*}, P. Ciobanu², S. Lunca³, O.M. Grosu²

¹ University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Roumanie

² Clinique de chirurgie plastique et de microchirurgie reconstructive, hôpital d'urgence « Sf. Spiridon », Iasi, Roumanie

³ Université de médecine et de pharmacie « Grigore T. Popa », Iasi, Roumanie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pertea_mihaela@yahoo.com (M. Perteau)

Le but de l'étude est de confirmer l'efficacité et la sécurité dans l'utilisation de la technique *wide awake local anesthesia no tourniquet* (Walant) dans la chirurgie de la main et de montrer que cette technique est connue et utilisée aussi dans notre pays, rapportant ainsi les résultats de l'expérience personnelle.

L'étude est réalisée sur un groupe de 120 patients à qui on a utilisé l'anesthésie locale avec lidocaïne 1 % et de l'adrénaline dans une solution de 1 : 100 000. Les pathologies pour lesquelles on est intervenu chirurgicalement étaient la maladie du Dupuytren, stade II et III, avec un ou deux rayons digitaux affectés, le syndrome du canal carpien, trigger finger et rupture du long fléchisseur du pouce.

On a évalué la quantité d'anesthésie qu'est utilisée, le temps d'installation de l'anesthésie, le saignement intraopératoire, le confort du chirurgien et du patient pendant l'intervention, la durée de l'intervention chirurgicale, les complications chirurgicales immédiates et la durée de l'hospitalisation, en faisant des corrélations entre ces paramètres, utilisant le logiciel SPSS 20.0, de régressions (ANOVA), en tenant compte des coefficients de corrélation de Pearson avec une signification statistique pour alpha d'au plus 0,05 et IC95 %.

Dans le groupe de 120 patients (58 hommes et 62 femmes) (rapport M/F = 0,93), il n'y avait aucun cas de nécrose digitale ou d'autres complications vasculaires et aucun saignement intraopératoire. La quantité d'anesthésique utilisé variait d'environ 40 % de moins que celle recommandée dans la littérature. Le confort et la satisfaction des patients a été maximaux et la durée d'hospitalisation de

quelques heures. En aucun cas, il n'a été nécessaire d'utiliser la phentolamine comme antidote aux effets de l'adrénaline.

Le coefficient de corrélation entre la quantité d'anesthésique et le temps d'attente = 0,3372 ($p = 0,0001$) - corrélation positive, directe et modérée, statistiquement significative. Le coefficient de corrélation entre la quantité d'anesthésique et la durée de l'hospitalisation = 0,2700 ($p = 0,002$) - corrélation positive, directe, faible, statistiquement significative. Le coefficient de corrélation entre l'âge et la durée de l'hospitalisation = 0,1361 ($p = 0,1380$) - corrélation positive, statistiquement insignifiante.

Les avantages de la technique de Walant sont : éviter l'utilisation de garrot et de sédation intraveineuse, le confort maximum pour le chirurgien et pour le patient sans risque de névrosedigitale, la collaboration intraopératoire avec le patient augmente le taux de réussite chirurgicale et, pas le moindre, la durée d'hospitalisation est courte et les dépenses minimales.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.085>

CO83

Étude prospective comparative du traitement des ostéoarthrites de la main en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation complète

P. Vulliet^{1,*}, R. Delarue², M.P. Gerlinger³, J. Pierrat⁴, E. Masmejean³

¹ Hôpital Ambroise-Paré, Paris, France

² CHU de Lille, Lille, France

³ HEGP, Paris, France

⁴ Clinique des Deux-Caps, Coquelles, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : petervulliet@yahoo.fr (P. Vulliet)

Les infections de la main représentent un enjeu médico-économique important. Le but de notre étude était de montrer la non-infériorité du traitement ambulatoire avec antibiothérapie orale comparé au traitement historique en hospitalisation complète avec antibiothérapie intraveineuse.

Tous les patients présentant une ostéoarthrite entre octobre 2015 et janvier 2017 ont été inclus prospectivement. Une fois opérés, ils ont tous été traités par une antibiothérapie intraveineuse initiale selon le même protocole. Puis les patients traités en ambulatoire poursuivaient une antibiothérapie orale probabiliste alors que les patients traités en hospitalisation complète restaient sous antibiothérapie intraveineuse jusqu'à l'obtention des résultats bactériologiques à 48 heures. Un relais adapté à l'antibiogramme était ensuite poursuivi pour 21 jours. La reprise chirurgicale, les mobilités, le score QuickDASH ont été évalués au dernier suivi.

Au total, 48 patients ont été inclus, 10 patients ont nécessité une reprise chirurgicale, 9 en hospitalisation complète (dont 3 présentaient un phlegmon concomitant) et 1 en ambulatoire ($p = 0,01$). Les caractéristiques reliées à la reprise chirurgicale étaient : l'âge élevé ($p = 0,006$), les signes radiologiques préopératoires ($p < 0,05$) et le changement d'antibiothérapie secondaire ($p < 0,001$). La distance pulpe-paume à 45 jours était évaluée à $2,0 \text{ cm} \pm 2,3$ dans le groupe hospitalisation complète versus $0,9 \text{ cm} \pm 2,1$ pour le groupe ambulatoire ($p = 0,04$), le score QuickDASH à $11,1 \% \pm 17,6$ versus $5,7 \% \pm 10,3$ pour chaque groupe ($p > 0,05$).

À ce jour il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude prospective comparative des ostéoarthrites de la main en ambulatoire ou en hospitalisation complète. L'objectif principal de notre étude a été validé. En effet les résultats montrent que les patients en ambulatoire vont bien. Les arthrites de la main touchent des patients jeunes, actifs et la contamination est souvent par inoculation directe, à la différence des arthrites des articulations majeures qui touchent plutôt des patients âgés avec des comorbidités. Ceci explique donc en partie nos bons résultats.

Une prise en charge chirurgicale ambulatoire précoce suivie d'une antibiothérapie orale pendant 21 jours est efficace. Une condition essentielle est de sélectionner les patients selon certains critères de sévérité.

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

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.086>

