

CO88

La maladie de Reye (fibromatose digitale infantile) : à propos d'un cas et revue de la littérature

Nicole Mercier Rodríguez^{1,*}, Penélope Calzacorta Muñoz¹, Endika Nevado Sánchez¹, Maria Jose Caceres Porras¹, Susana Nùñez Pereira², Óscar Carrera Casal¹, Javier Antonio Maya González¹, Sebastian Bonacic Almarza¹, Pedro Pablo Terán Saavedra¹, Ramón Mur Ardanuy¹

¹ Hospital Universitario de Burgos, Burgos, Espagne

² Saint Franziscus Hospital, Cologne, Allemagne

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : merciernicole@yahoo.fr (N. Mercier Rodríguez)

Introduction La maladie de Reye est une tumeur bénigne qui apparaît dès la naissance ou au cours des premiers mois de la vie. Les trois principales caractéristiques sont : la présence exclusive sur les doigts de mains ou pieds, une grande tendance à la récurrence locale et histologiquement la présence dans les cytoplasmes d'une inclusion éosinophile pathognomonique.

Matériel d'étude Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 6 ans, qui avait des formations tumorales de consistance dure, de couleur rose claire, non douloureuses, siégeant au niveau de la face dorso-latérale du troisième et quatrième doigt de la main gauche, entraînant une déformation articulaire puis une gêne fonctionnelle.

Méthode L'examen cardiologique préopératoire était normal. Les radiographies de face et de profil des doigts objectivaient la flexion de l'articulation interphalangienne distale à 90 degrés. Notre patient a été opéré sous anesthésie générale. Nous avons fait une extirpation des tumeurs avec une arthrolyse et des broches pour maintenir l'extension articulaire pendant 4 semaines. La rééducation active des doigts a été entreprise dès la troisième semaine postopératoire en gardant une attelle nocturne en extension pendant deux mois. L'évolution était marquée par l'absence de récurrence après 12 mois de suivi et une bonne récupération fonctionnelle.

Discussion La maladie de Reye appartient au groupe des maladies rares. Les lésions sont préférentiellement au niveau des doigts et des orteils. Elle peut être unique ou multiple et souvent asymptomatique, limitant parfois la mobilité articulaire comme chez notre patient. Le diagnostic différentiel le plus fréquemment évoqué est celui de chéloïde, et la pachydermodactyle mais ne pose pas de difficultés du fait de la présence d'inclusions éosinophiles intracytoplasmiques au niveau histologique. Sur le plan thérapeutique, les indications d'exérèse chirurgicale doivent être limitées au cas où il y aurait une altération fonctionnelle et ou une déformation importante. Cela doit être le moins mutilant possible, d'autant plus que la tumeur peut régresser spontanément et que les récurrences post-chirurgicales sont fréquentes.

Conclusion La maladie de Reye est une maladie rare mais de diagnostic facile. Se singularisant par une grande tendance à la récurrence locale. Le traitement chirurgical doit seulement s'envisager quand il y a un retentissement fonctionnel. L'évolution spontanée peut se faire vers la régression. Les récurrences après la chirurgie ne sont pas rares mais l'évolution est toujours bénigne.

Déclaration de liens d'intérêts Bénéfice d'un des auteurs par une firme :

– soit directement : non ;

– soit par l'intermédiaire d'une association : non.

Versement par une firme à une association : oui.

Sans bénéfice pour aucun des auteurs : non.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hansur.2016.10.089>

CO89

Résultats de la dénervation de l'interphalangienne proximale. À propos de 24 cas à 3,6 ans de recul moyen

Carine Chevalier*, William Acosta, Emilie Marteau, Guillaume Bacle, Jacky Laulan

CHRU de Tours, Tours, France

* Auteur correspondant.

Introduction La dénervation articulaire constitue une alternative aux arthroplasties prothétiques et aux arthrodèses dans les arthropathies douloureuses avec

des mobilités en partie préservées. L'objectif est d'évaluer nos résultats avec comme hypothèse que la dénervation de l'interphalangienne proximale (IPP) est une intervention efficace avec un bénéfice durable.

Patients et méthode Vingt-cinq dénervations ont été réalisées chez 21 patients, 20 femmes et 1 homme, de 63 ans (44–77) d'âge moyen. Les rayons traités étaient 4 index, 16 majeurs, 3 annulaires et 2 auriculaires. L'origine était une arthrose idiopathique dans 19 cas, une arthrose post-traumatique dans 2 cas et une arthropathie inflammatoire dans 4 cas. L'EVA moyenne était de 7,5 (5–10). Le retentissement était modéré dans 2 cas, important dans 17 et majeur dans 6. Sur les radiographies, l'atteinte articulaire était modérée 13 fois et importante 12 fois. L'intervention a été réalisée 2 fois par voie palmaire, 11 fois par 2 voies latérales et 12 fois par voie dorsale.

Résultats Il n'y a pas eu de complication immédiate ni de troubles de la sensibilité pulpaire. Trois AD ont été diagnostiquées : 2 modérées et une plus sévère. Dans 1 cas, les douleurs n'ont pas été modifiées par l'intervention et le patient a été traité secondairement par prothèse avec un bon résultat. Les 20 patients restants (24 doigts) ont été évalués avec un recul moyen de 43 mois (de 3,5 à 148) par un examinateur indépendant. L'EVA moyenne à la révision était de 1,1 (0–5) et ≤ 2 dans 22 des 24 cas. La mobilité était diminuée 2 fois, identique 12 fois et améliorée dans 10 cas. La satisfaction moyenne était de 8,7/10 (de 5 à 10).

Discussion Le seul échec vrai sur 25 cas est survenu d'emblée. Les 24 autres cas ont tous été améliorés et il n'y a pas eu de détérioration secondaire du résultat sur la douleur. Foucher et al. (1998) rapportent 15 % d'échecs mais ils réalisaient uniquement une section des branches provenant des nerfs collatéraux digitaux palmaires. Avec 4 % d'échecs, cette série retrouve des résultats comparables voire meilleurs, peut-être dus à la section associée des branches nerveuses d'origine dorsale.

Conclusion Intervention efficace sur la douleur, avec un bénéfice qui reste stable dans le temps, elle doit faire partie de l'arsenal thérapeutique au même titre que les arthroplasties prothétiques et l'arthrodèse.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hansur.2016.10.090>

CO90

Influence de la reconstruction du ligament radio-dorsal sur la stabilité de l'articulation trapeziometacarpien

Filip Stockmans^{1,*}, Benjamin Dourthe¹, Olivier Vanovermeire³, Marleen Deillie³, Jeroen Vanhaecke³, Priscilla D'agostino², Evie Vereecke², Faes Kerkhof²

¹ Heule, Belgique

² KULeuven, Kulak Kortrijk, Belgique

³ AZ Groeninge Kortrijk, Belgique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : filip.stockmans@kuleuven.be (F. Stockmans)

Introduction Biomechanical and anatomical research has shown that the dorsal radial ligament (DRL) is thicker and stiffer than the anterior oblique ligament (AOL). The DRL as the key stabilizing structure of the trapeziometacarpal (TMC) joint has been documented extensively. The aim of the current study is to quantify the influence of a surgical DRL reconstruction on TMC stability in non-traumatic instability patients.

Methods Eight patients with symptomatic TMC instability but no radiographic signs of osteoarthritis were recruited and dynamic CT scans of the thumb were made during active abduction-adduction, flexion-extension and two functional grip task using a radiolucent jig. After image acquisition and segmentation, metacarpal translation was expressed relative to the trapezoidal articular surface. In addition, intersection points and inclination angles of instantaneous helical axes with an anatomically defined plane were determined to facilitate motion comparison between subjects. Scans were acquired before and 6–12 months after reconstruction of the DRL.

Results During active motion, there is motion at both the trapeziometacarpal (TMC) and trapezioscapoid (STT) joints. However, joint motion patterns, defined as changes in helical axis inclination angles during opposition, differ between patients. In most patients, dorsal luxation of the first metacarpal (MC1)

could be clearly seen and quantified during the full range of motion, as well as during function grip tasks. Furthermore, dorsal luxation results in higher point loading of TMC cartilage as could be demonstrated by mapping the changes in articular contact area for each active motion. After DRL reconstruction, patients report improvement in pain and subjective stability in the joint. Analyses of the dynamic CT scans demonstrate reduced translation and luxation of MC1 in all patients as well as reduced cartilage point loading.

Conclusion After DRL reconstruction, luxation of MC1 was reduced in all patients. We quantified movement in both TMC & STT joint, suggesting that pathologies at the TMC joint could lead to compensatory movements at the more proximal joints or vice versa. Simple DRL reconstruction is an attractive alternative for the more invasive anterior oblique ligament reconstruction described by Eaton, serving the same purpose, stabilizing the CMC joint. Future research should investigate if TMC instability and its altered kinematics lead to secondary joint problems (e.g. osteoarthritis) if left unattended.

Déclaration de liens d'intérêts Bénéfice d'un des auteurs par une firme :

– soit directement : oui ;

– soit par l'intermédiaire d'une association : oui.

Versement par une firme à une association : oui.

Sans bénéfice pour aucun des auteurs : non.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hansur.2016.10.091>

CO91

Étude anatomique de la contribution de la branche profonde du nerf ulnaire dans l'innervation trapezometacarpienne : intérêt dans la technique de dénervation

Marie-Cécile Sapa^{1,*}, Etienne Rapp², Laurent Hirtz², Patrick Lorea²

¹ Strasbourg, France

² SOS main, clinique du Diaconat, Strasbourg, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mc.sapa14@gmail.com (M.-C. Sapa)

Introduction Le principe de dénervation consiste à supprimer les phénomènes douloureux par section sélective des branches articulaires concernées. En 1966, Wilhelm décrivait la dénervation du poignet. En 2001, Loréa modifiait la technique de dénervation trapezometacarpienne décrite initialement par Cozzi suite à des recherches anatomiques. Les résultats en moyenne inférieurs de la dénervation trapezometacarpienne par rapport à celle du poignet ont fait naître l'hypothèse selon laquelle, l'innervation n'a pas été décrite en totalité. Une étude anatomique récente a suggéré l'existence d'une branche articulaire issue de la branche profonde du nerf ulnaire. Nous avons cherché à explorer une participation ulnaire à l'innervation trapezometacarpienne et dans les cas où cette hypothèse se vérifiait, à rechercher une voie d'abord chirurgicale afin de compléter la technique de dénervation.

Matériels et méthodes Nous avons réalisé une étude anatomique sur sept pièces provenant de cinq cadavres frais différenciés. Les dissections ont été réalisées sous grossissement optique $\times 4,2$ selon un protocole standardisé afin d'étudier l'arborescence terminale du nerf ulnaire. Les structures qui semblaient innover l'articulation trapezometacarpienne ont été systématiquement prélevées pour examen histologique afin d'en confirmer la nature nerveuse.

Résultats Dans cinq cas, une branche articulaire issue de la branche profonde du nerf ulnaire a été individualisée. Nous notions un trajet constant à orientation proximale et dorsale, se glissant entre le premier interosseux dorsal et l'adducteur du pouce, et se terminant au niveau ulnaire de la base du premier métacarpien. Dans deux cas, nous étions dans les limites de réalisation de la dissection. Nous avons constaté plutôt un plexus vasculo-nerveux dans la même région anatomique. Toutes les structures ont été prélevées et l'analyse histologique des rameaux visualisés a confirmé la nature nerveuse de tous les rameaux.

Discussion Nous avons mis en évidence de manière constante une innervation de l'articulation trapezometacarpienne par la branche profonde du nerf ulnaire. L'hypothèse d'une dénervation incomplète semble vérifiée. À partir de ces constatations, nous avons développé une modification de la technique chirurgicale, en étendant l'incision dorsale au niveau du premier espace interosseux, il est possible de sectionner la branche articulaire ulnaire profonde entre l'artère radiale et la base du premier métacarpien.

Conclusion Il est désormais nécessaire de réaliser une étude prospective en modifiant la technique opératoire de dénervation.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hansur.2016.10.092>

CO92

Chirurgien de la main, protège tes mains. . .

Alexandre Martin^{1,*}, David Maladry², Sonia Gaucher², Patrick Knipper¹, Intissar Ben Achour², Mohammad Albloushi², Henri-Jean Philippe²

¹ Paris, France

² AP-HP, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexandre.martinkordonis@gmail.com (A. Martin)

Introduction L'utilisation régulière de l'amplificateur de brillance expose le praticien aux rayonnements ionisants. Au cours d'une intervention chirurgicale sur la main, l'opérateur maintient souvent le membre à radiographier directement dans le faisceau primaire à l'aide de ses propres mains. La règle de l'éloignement maximal du faisceau primaire est dans ce cas inapplicable (ostéosynthèse sous contrôle scopique. . .). Les mains du chirurgien reçoivent alors la plus forte dose de rayonnements ionisants, l'exposant en particulier au risque de cancers cutanés. Si le port des équipements de protection individuelle (EPI) (tabliers, lunettes, protège-thyroïde) comme l'utilisation des dosimètres opérationnels et passifs en badges sous le tablier sont bien entrés dans les mœurs, ce n'est pas forcément le cas des équipements de dosimétrie d'extrémité, comme la bague TLD. L'utilisation de la bague TLD paraissant particulièrement adaptée pour apprécier la dose de rayonnements ionisants effectivement reçus par le chirurgien de la main, nous nous sommes efforcés de faire un état des lieux du port de cette bague dans les centres FESUM français.

Matériel Les 58 centres FESUM français (apparaissant sur le site de la FESUM en juin 2016) ont été contactés.

Méthodes Questionnaire téléphonique standardisé, réalisé par un seul investigateur établissant pour chaque centre si les bagues TLD ou équivalent sont disponibles, leur degré d'utilisation et les modalités de cette utilisation.

Discussion Si une telle étude ne peut prétendre à se substituer à une enquête sur place, elle peut donner toutefois une appréciation de l'état d'utilisation de ces équipements.

Conclusion Déjà utilisée dans quelques centres en routine, les bagues TLD semblent intéressantes à être utilisées en routine par l'ensemble des chirurgiens de la main afin d'avoir une mesure efficace des rayonnements ionisants effectivement reçus au cours des interventions sous contrôle scopique.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hansur.2016.10.093>

CO93

Organisation des fascicules des nerfs du membre supérieur : application aux neurotisations

François Bonnel

Clinique Beau-Soleil, Montpellier, France

Adresse e-mail : profbonnel@free.fr

Le choix d'un greffon n'est pas toujours basé sur une connaissance précise de la structure fasciculaire. Les résultats après neurotisation sont inconstants.

Objectif Notre but était à partir de l'analyse de dissections des nerfs du membre supérieur et de coupes histologiques sériées de déterminer les grandes lois de la fasciculation.

Matériel et méthodes Notre analyse était basée sur la dissection de 10 nerfs : médian (3), ulnaire (2), radial (2), musculo-cutané (1), brachial cutané (1) et interosseux postérieur (1). Pour chaque nerf des coupes histologiques sériées, tous les 5 centimètres étaient pratiquées avec coloration à l'hématéine éosine. L'analyse était basée sur l'organisation des fascicules.

Résultats Pour le nerf médian au niveau du bras le nombre moyen de fascicules était de 8 et à l'avant bras de 18. Pour le nerf ulnaire au bras le nombre