



**Rendez-vous
pour la 7ème Edition du
COURS PRATIQUE de
CHIRURGIE de la MAIN
du MTC - Luxembourg
des 26 et 27 avril 2024**



Medical
Training
Center
Président R. Lies

**COURS PRATIQUE de
CHIRURGIE de la
MAIN
des 28 et 29 Avril 2023
MTC- Luxembourg**



Sous l'égide de la Société Française de Chirurgie de la Main
Président Didier Fontès

PROGRAMME

<http://europeanhandcourse.com/>

Ce cours pratique traite des pathologies les plus courantes et des techniques considérées comme les plus fiables. Elles sont exposées et pratiquées sur pièces anatomiques par le chirurgien formateur puis reproduites par chaque participant.

**Le panel des enseignants est composé des équipes des
Instituts de la Main de Nancy et Luxembourg :**
**Les Docteurs C. Camps, A. Durand, C. Duysens, A. Falcone,
T. Jager, G. Pomares
et le Professeur M. Merle**
Enseignants-Experts Invités

Professeur F. Fitoussi (Paris)
Professeur A. Gilbert (Paris)
Professeur G. Herzberg (Lyon)
Professeur A.C. Masquelet (Paris)
Professeur F. Schernberg (Reims)

Docteur M. Burnier Lyon)
Docteur J.M. Cognet (Reims)
Docteur P. Jehanno (Paris)
Docteur H. Lamarre (Thionville)
Docteur A. Zemirline (Rennes)

Medical Training Center
Hôpital Kirchberg
9 rue Steichen
L - 2540 LUXEMBOURG

Coordinateur du Cours Pratique du Luxembourg,
Docteur Thomas Jager

Programme Inscriptions - Sponsors - email : juliette.chort@live.fr

LES EXPERTS - ORGANISATEURS



Dr Christophe
CAMPS



Dr Alexandre
DURAND



Dr Christophe
DUYSSENS



Dr Andrea
FALCONE



Dr Thomas
JAGER



Dr Germain
POMARES



Pr Michel
MERLE

LES EXPERTS - INVITES



Pr Franck
FITOUSSI



Pr Alain
GILBERT



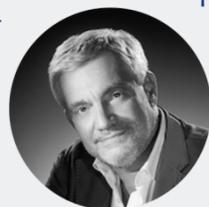
Pr Guillaume
HERZBERG



Pr Alain Charles
MASQUELET



Pr François
SCHERNBERG



Dr Didier
FONTES



Dr Jean-Michel
COGNET



Dr Hervé
LAMARRE



Dr Pascal
JEHANNO



Dr Marion
BURNIER



Dr Ahmed
ZEMIRLINE

ORGANISATION TECHNIQUE - INSTRUMENTATION



Tanja TANGETEN



Carsten STOCKY



Juliette CHORT

ORGANISATION

Programme Cours Pratique
de Chirurgie de la Main MTC Luxembourg
Des 28 et 29 avril 2023



Medical
Training
Center

Vendredi matin 28 AVRIL 2023

Amphithéâtre (1er étage) :

7 :30	Accueil des participants		
8 :00	Bienvenue par le Dr R. LIES Président du Medical Training Center.....	R. Lies	5min
8 :05	Mot de bienvenue du Président de la Sté française de Chirurgie de la main.....	D. Fontès	5min
8 :10	Présentation du Cours par le Dr. Thomas JAGER, Coordinateur.....	T. Jager	5min
8 :15	Les grands principes de la chirurgie des transferts tendineux.....	A. Gilbert	15min

Medical Training Center (niveau -2) :

Session « nerf » ULNAIRE 8h45-12h00

8 :45	Griffe ulnaire : Capsulodèse de Zancolli.....	A.Gilbert	30min - N° 1
9 :15	Griffe ulnaire : Lasso de Zancolli.....	A.Gilbert	30min - N° 2
9 :45	Restauration de l'adduction du pouce.....	M.Merle	30min - N° 3
10:15	Correction de l'abduction de l'auriculaire, « Wartenberg ».....	T.Jager	20min - N° 4

10:45 - 11:15 Pause-Café (thé, café, eau, viennoiseries) Visite des stands

11:05	Neurolyse du nerf ulnaire au coude.....	G.Pomares	15min - N° 5
11:20	Transposition du nerf ulnaire au coude.....	C.Camps	20min - N° 6
11:40	Neurolyse du nerf ulnaire à la loge de Guyon.....	M.Burnier	20min - N° 7
12:00	Présentation des orthèses utiles dans la paralysie ulnaire.....	L.Munaut	5min - N° 8
12:05	Arthrodèse Scapho-capitale avec double capsulodèse.....	D.Fontès	30min - N°9
12:35	Utilisation de l'exomicroscope Zeiss 3D HD.....	G.Pomares	20min - N°10

13 :00 - 13 :45 Pause déjeuner au self de l'hôpital Kirchberg

Vendredi après-midi 28 AVRIL 2023

Session « poignet cubital » 14:00 - 15h30

14:00	Ostéotomie raccourcissante de l'ulna, intervention de Milch.....	H. Lamarre	30min - N° 11
14:30	Intervention de Sauvé-Kapandji.....	J.M. Cognet	30min - N° 12
15:00	Intervention de Darrach.....	F. Schernberg	30min - N° 13



15:30 – 16:00 Pause-Café (Thé, café, eau, viennoiseries) Visite des stands

16:00	Lambeau de Hueston dorsal et Mir y Mir.....	J.M.Cognet	20min - N° 14
16:20	Lambeaux locaux pour kyste mucoïde IPD.....	T. Jager	20min - N° 15
16:40	Restauration de la commissure des doigts longs.....	P. Jehanno	30min - N° 16
17:10	Le lambeau chinois.....	T. Jager	40min - N° 17

Amphithéâtre (1er étage)

17:50	Fraudes et mystifications scientifiques.....	A.C. Masquelet	20min
-------	--	----------------	-------

18:30 Fin de la journée



Samedi matin 29 AVRIL 2023

8:30	Arthrodèse carpo-métacarpienne 4-5.....	A.Zemirline	30min - N° 18
9:00	Hémi-arthroplastie de poignet.....	G.Herzberg/M.Burnier	30min - N° 19
9:30	Correction du pouce adductus.....	M.Merle	30min - N° 20
10:00	Instabilité MCP du pouce.....	A.Durand	30min - N° 21

10:00 – 10:30 Pause-Café (Thé, café, eau, viennoiseries) Visite des stands

Session « nerf » Médian 11h00-12h30

11:00	Libération du nerf interosseux antérieur.....	G. Pomares	30min - N° 22
11:30	Restauration de l'opposition du pouce : transfert d'Huber-Littler.....	F.N. Fitoussi	40min - N° 23
12:10	Restauration de l'opposition du pouce : transfert de Camitz.....	F.N. Fitoussi	20min - N° 24
12:30	Restauration de l'opposition du pouce : transfert de l'EIP vers l'opposant.....	P. Jehanno	30min - N° 25
13:00	Lambeau Interosseux Postérieur.....	A.C. Masquelet	30min - N° 26
13:30	Fasciotomies antébrachiales pour syndrome de loges.....	A.C. Masquelet	20min - N° 27

14 h 00 Fin du Cours - Remise des diplômes



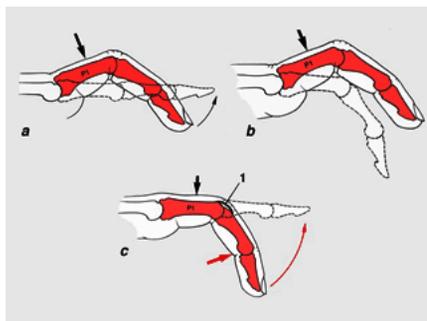
Programme - Inscriptions - Sponsors : juliette.chort@live.fr



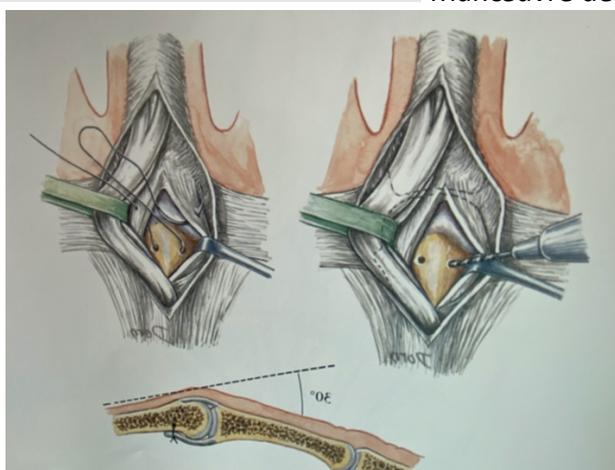


GRIFFE ULNAIRE : CAPSULODESE DE ZANCOLLI

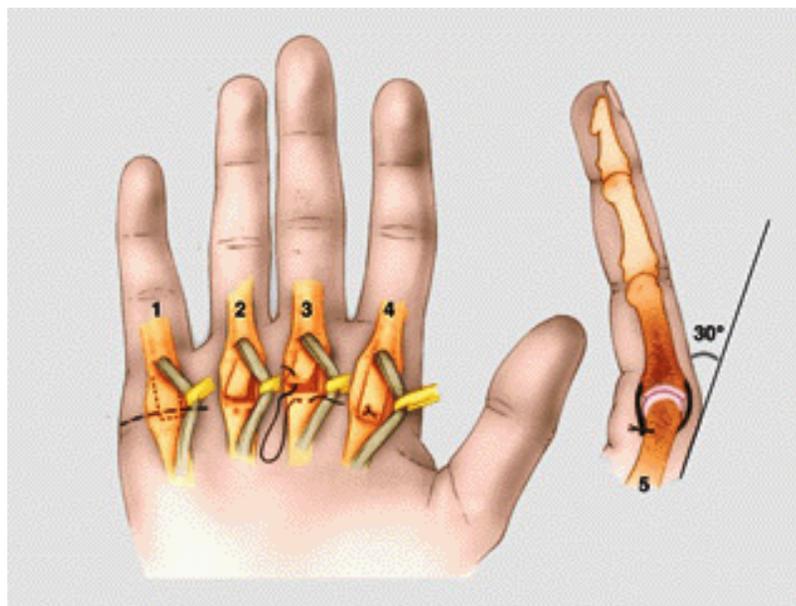
Professeur Alain GILBERT (Paris)



Manœuvre de Bouvier



Suture transosseuse



Ou Capsulodèse par ancre

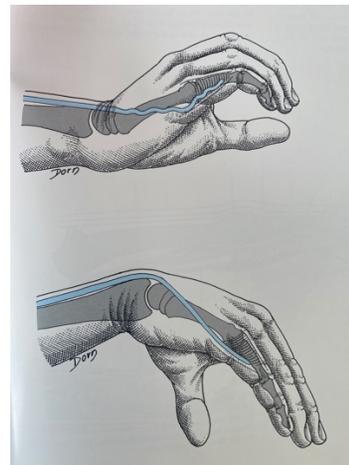
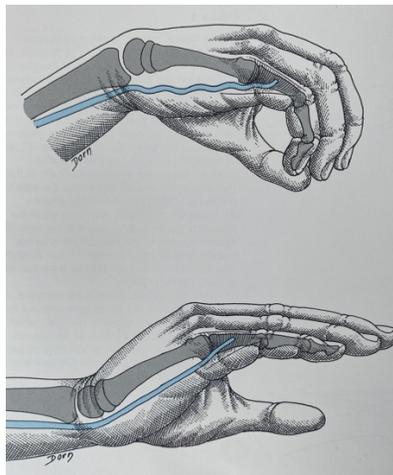
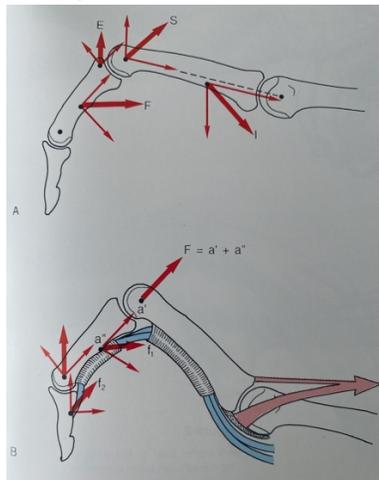
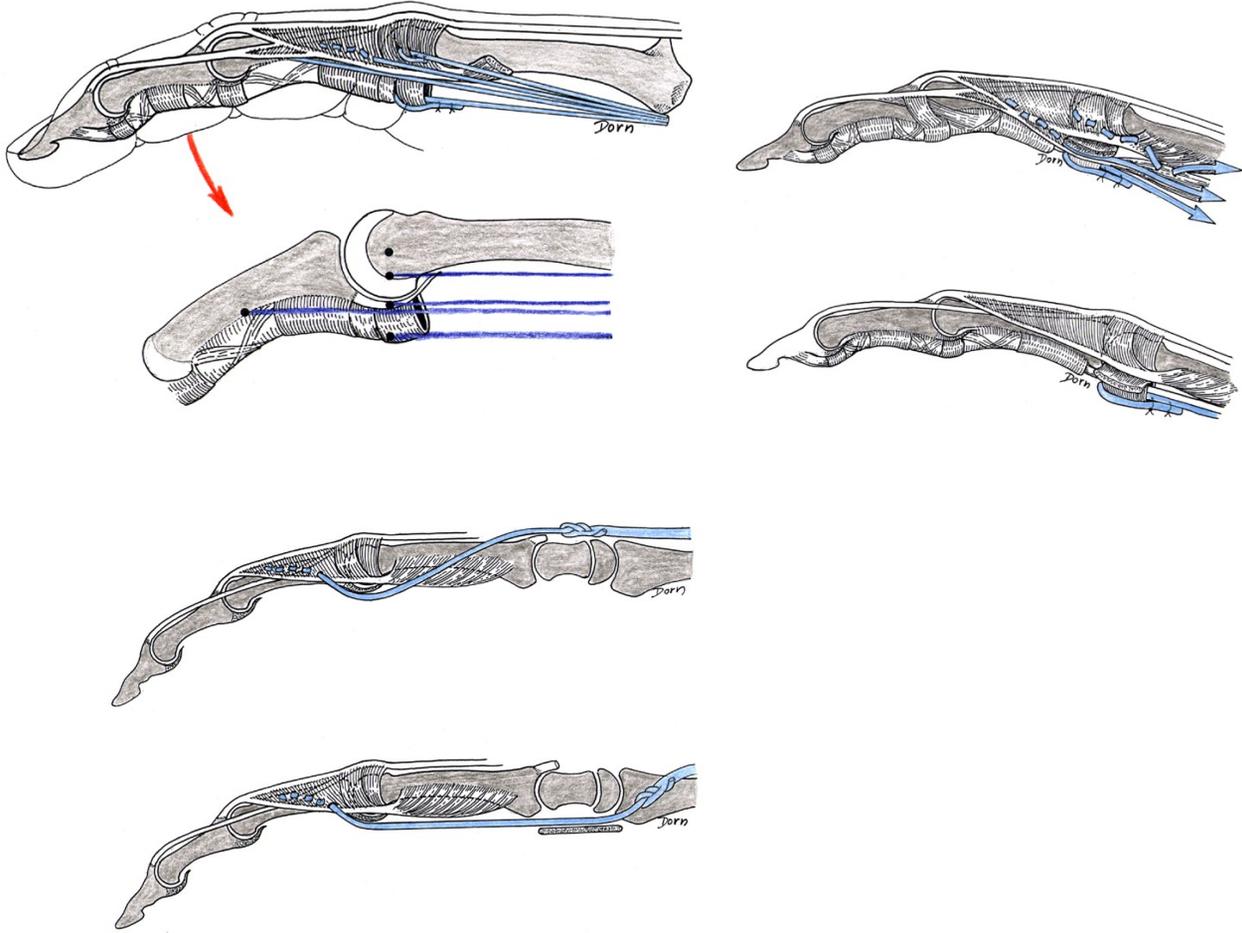






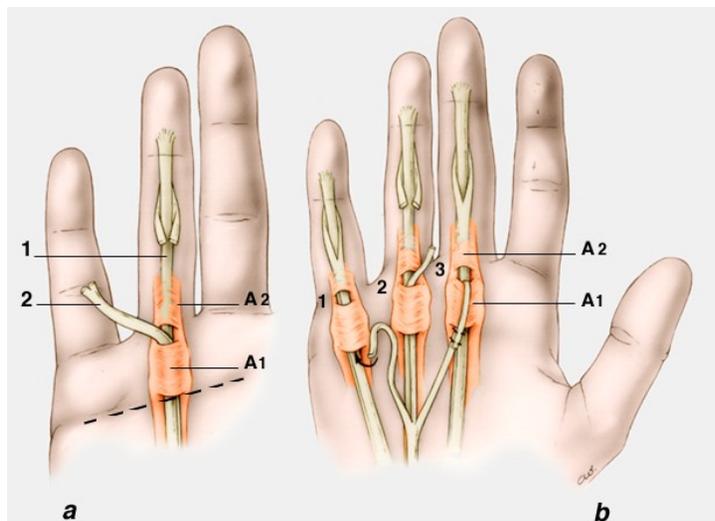
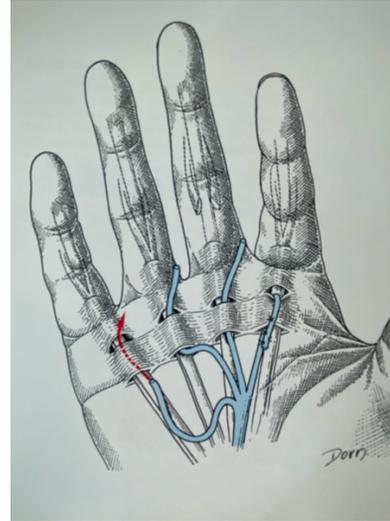
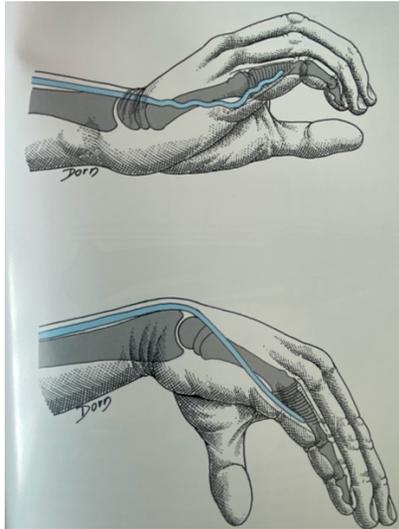
CORRECTION DE LA GRIFFE ULNAIRE : LASSO DE ZANCOLLI

Professeur Alain GILBERT (Paris)





2'



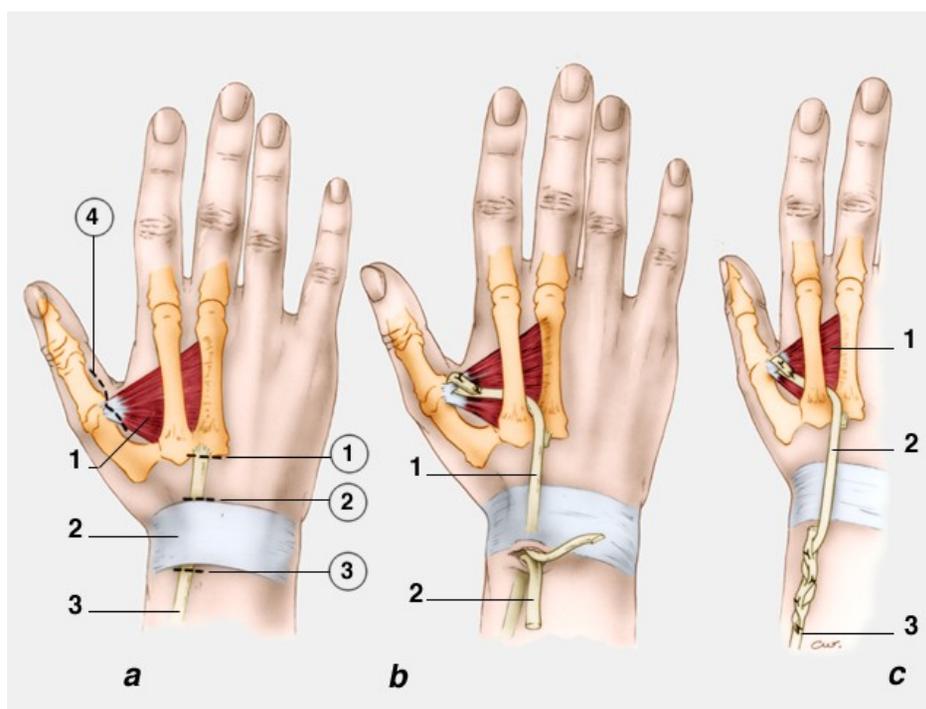
- a) Abord des poulies A1 par une incision dans le pli palmaire distal. Le tendon fléchisseur superficiel est extrait entre les poulies A1 et A2 à l'origine de la décussation.
- b) Le superficiel est divisé en 3 bandelettes, chacune d'elle est passée dans la poulie A1 (1-2) pour être suturée à elle-même (3) jusqu'à l'obtention d'une flexion des MP de 30 à 45°.



Restauration de l'adduction du pouce

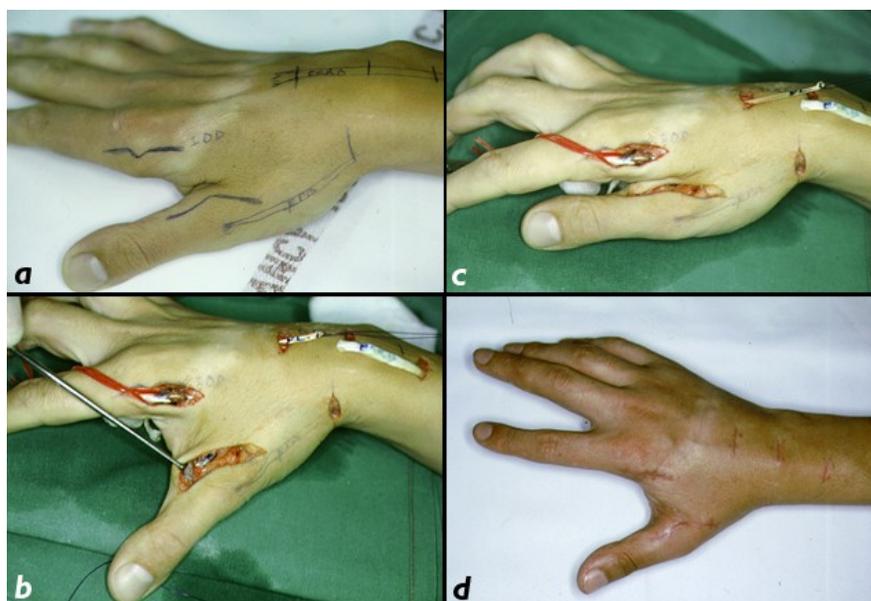
Professeur M. MERLE (Luxembourg)

3



Restauration de l'adduction du pouce par transfert du 2^e radial

- a)** Voies d'abord : Désinsertion et extraction du 2^e radial (3) par 3 courtes incisions transversales étagées, base du 3^e méta [1] bord distal [2] et proximal [3] du ligament rétinaculaire du carpe (2). Abord de l'insertion de l'adducteur du pouce (1) par une incision en mouette sur le versant cubital de la MP du pouce [4].
- b)** Le petit palmaire (1) est fixé à travers le tendon de l'adducteur du pouce puis vient se refléchir autour du 2^e méta et chemine en arrière du ligament rétinaculaire.
- c)** Anastomose de la greffe (2) selon Pulvertaft avec le 2^e radial (3), (1) adducteur.



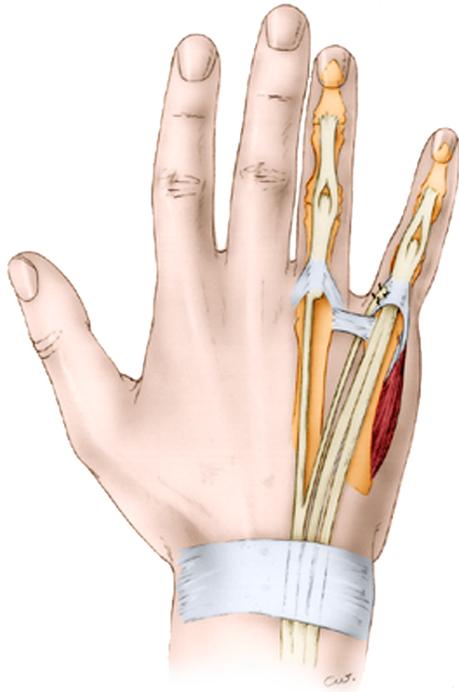
- b)** La stabilisation latérale de l'index est assurée par le transfert du court extenseur du pouce sur le 1^{er} interosseux dorsal.





Correction de l'abduction de l'auriculaire (signe de Wartenberg)

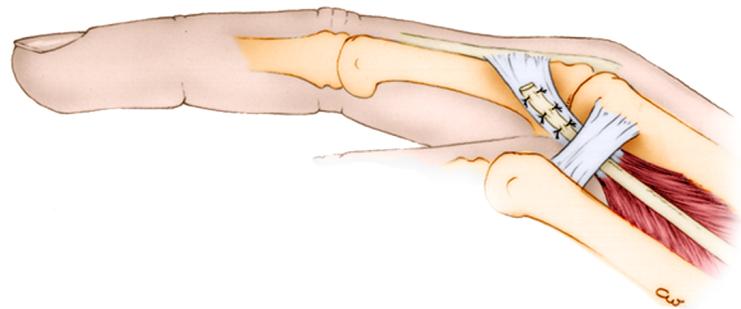
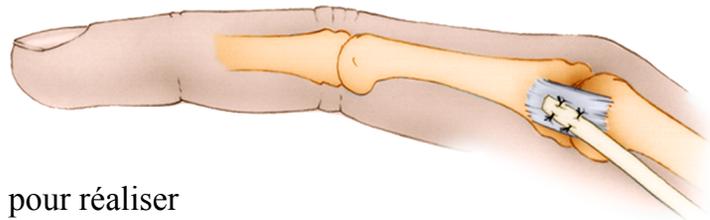
Docteur Thomas JAGER (Luxembourg)



le transfert de la moitié de l'extenseur du D4 permet de réduire l'abduction permanente du D5. Le tendon est passé sous la juncta D4D5, pour stabiliser le transfert et le palmariser vis à vis de l'axe de rotation MP.

La fixation peut se faire :

- sur le LLR MP ou par ancre
- sur la dossière radiale des interosseux, surtout en cas de griffe non reductible, pour réaliser un transfert plus actif.







NEUROLYSE « in situ » DU NERF ULNAIRE AU COUDE

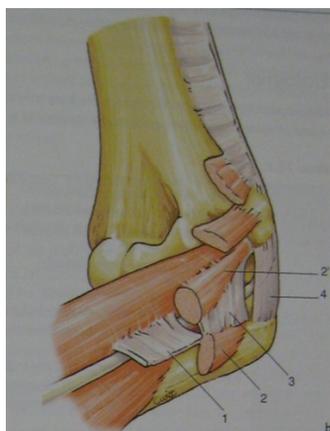
Docteur Germain POMARES (Luxembourg)

Contexte :

Le syndrome canalaire du nerf ulnaire au coude est habituellement une pathologie chronique liée à une souffrance neurologique apparaissant dans un contexte de sollicitations excessives du coude. Cet excès de sollicitations est lié au contexte professionnel, voire sportif.

Examen clinique :

Une souffrance du nerf ulnaire au coude se manifeste par des phénomènes dysesthésiques dans le dermatome correspondant. Un signe de Tinel est retrouvé à la percussion de la gouttière épitrochléo-olécraniennne. Selon l'évolution, une hypoesthésie voire une anesthésie des pulpes des deux doigts ulnaires peut être observée. Enfin, les atteintes avancées s'accompagnent de signes moteurs (amyotrophie de la 1^{re} commissure, signe de Froment, signe de Wartenberg, griffe ulnaire).



Anatomie :

Le nerf ulnaire descend dans la loge postérieure du bras avec un trajet rectiligne. Il contourne l'épitrochlée d'arrière en avant en s'engageant sous le retinaculum du tunnel ulnaire. Sa progression dans le tunnel ulnaire se fait entre les deux chefs du fléchisseur ulnaire du carpe sous le fascia d'Osborne puis d'Amadio.

L'arcade d'Amadio et Beckenbaugh est tendue entre le fléchisseur superficiel des doigts et la face profonde du chef médial du fléchisseur ulnaire du carpe. (1) Arcade d'Amadio et Beckenbaugh. (2 et 2') Fléchisseur ulnaire du carpe. (3) Fascia d'Osborne. (4) Rétinaculum du tunnel ulnaire.

Technique opératoire :

L'abord du nerf se fait par une voie oblique ou centrée sur l'axe du nerf en aval de l'épitrochlée.

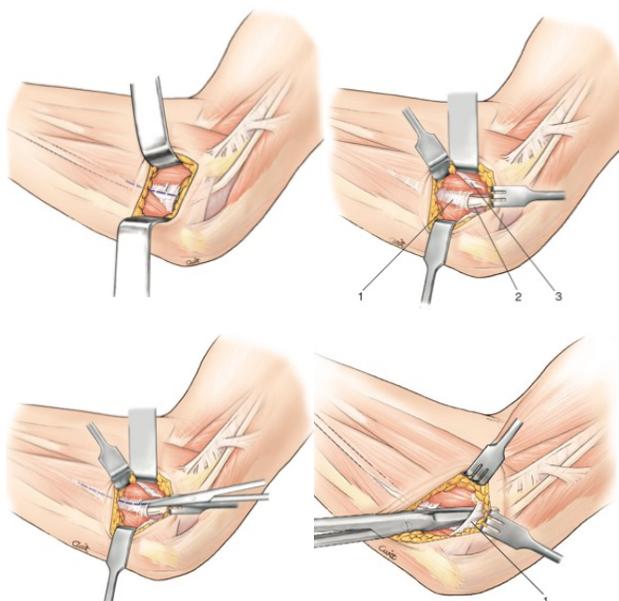
Le fascia d'Osborne et l'aponévrose du fléchisseur ulnaire du carpe sont exposés. Le fascia est ouvert longitudinalement dans l'axe du nerf.

Le fascia étant ouvert et les deux faisceaux du fléchisseur ulnaire du carpe étant réclinés (3), on aborde le nerf ulnaire (2) lors de son passage sous l'arcade d'Amadio et Beckenbaugh (1).

L'arcade d'Amadio et Beckenbaugh est sectionnée pour libérer le nerf sur une longueur de 5 à 6 cm.

Les ciseaux de Mayo contrôlent la perméabilité de la gouttière épitrochléo-olécraniennne qui sera ouverte à la demande en évitant de créer une instabilité du nerf.

La fermeture se fait en deux plans. La mise en place d'un drainage aspiratif n'est pas indispensable.







TRANSPOSITION DU NERF ULNAIRE AU COUDE

Docteur Christophe CAMPS (Nancy-Luxembourg)

1- Introduction

La transposition du nerf ulnaire fait partie de l'arsenal thérapeutique à notre disposition pour traiter les souffrances du nerf ulnaire au coude

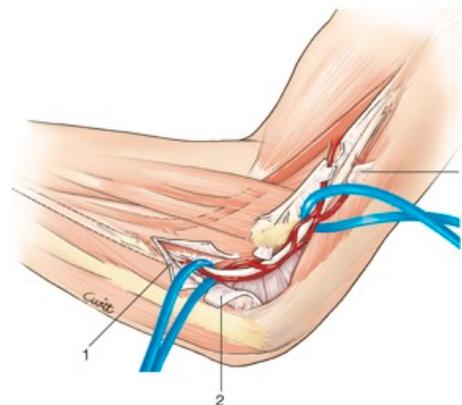
Nous réservons la transposition antérieure du nerf ulnaire pour les souffrances neurologiques suivantes :

- ➔ Souffrances neurologiques avec troubles moteurs, voire amyotrophie (Mac Gowan 3 et 4)
- ➔ Instabilités du nerf ulnaire
- ➔ Échecs ou récurrences dans les suites d'un geste de libération simple

2- Technique



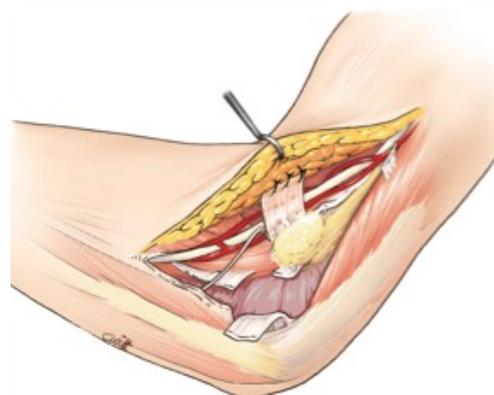
La voie d'abord doit être longue pour pouvoir sectionner toutes les structures pouvant entrer en conflit avec le nerf au moment de la transposition. L'artère collatérale récurrente postérieure ulnaire (1), l'artère collatérale inférieure ulnaire (2) et l'artère collatérale supérieure ulnaire (3) doivent être préservées et transférées avec le nerf ulnaire.



(1) Artère collatérale récurrente postérieure ulnaire.
(2) Artère collatérale inférieure ulnaire.
(3) Artère collatérale supérieure ulnaire.



Le nerf est libéré sur tout son trajet puis transposé en avant de l'épitrôchlée.



Le nerf étant transposé, on utilise un lambeau aponévrotique prélevé aux dépens des épitrôchléens et laissé pédiculé sur l'épicondyle médiale. Ce lambeau est ensuite fixé au tissu sous-cutané. On associe maintenant un lambeau graisseux supplémentaire qui améliore la protection du nerf





3. Éléments importants

- La vascularisation du nerf doit être préservée pour éviter tout phénomène névritique secondaire. Il faut, lors de la dissection, lever en bloc le nerf et l'artère. Il faut dès le début mettre en place un lac en amont et aval de la gouttière épitrochléo-olécranienne, niveaux où on retrouve facilement les deux structures. En rétro-épitrochléen, c'est un réseau vasculaire péri-nerveux que vous individualiserez bien au niveau des fascias entourant le nerf en réalisant une légère traction sur les lacs.
- Petite modification : en fin d'intervention, on lève un lambeau graisseux à charnière interne en plus du lambeau aponévrotique que vous avez réalisé et laissé fixer sur l'épitrochlée. Le lambeau graisseux sera suturé au niveau de l'épitrochlée à la base du lambeau aponévrotique. Ceci apporte une couverture nerveuse de qualité. Le lambeau aponévrotique est ensuite fixé sur le lambeau graisseux.
- En fin d'intervention, il faut bien s'assurer de l'absence de compression au niveau du tunnel réalisé face antérieure de l'épitrochlée. Il faut s'assurer aussi de l'absence de coudure au niveau du trajet du nerf en flexion et en extension du coude.

4. Conclusions

La transposition antérieure du nerf ulnaire est une technique exigeante pour ne pas créer de traumatisme neurologique soit par une manipulation trop agressive, soit par une dissection générant une souffrance vasculaire. Ces traumatismes donneront de mauvais résultats parfois définitifs.

La transposition antérieure dans les souffrances avec instabilité donne d'excellents résultats.

Lorsque la transposition antérieure s'adresse à des formes sévères, il faut bien informer le patient que le premier but de cette intervention est de stabiliser la situation clinique et d'éviter toute aggravation. Il faut aussi les informer que la récupération peut être difficile voire incomplète avec un risque de séquelles neurologiques définitives.





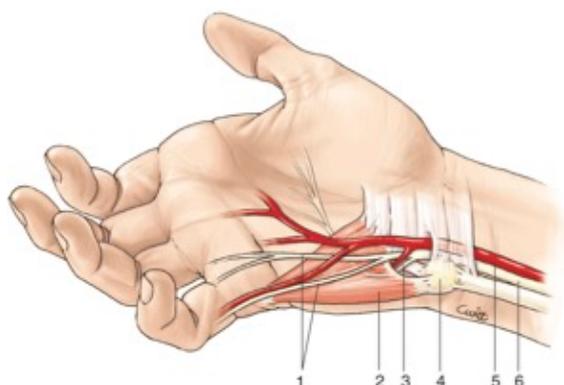
NEUROLYSE DU NERF ULNAIRE A LA LOGE DE GUYON

7

Docteur Marion BURNIER (Lyon)

Indications :

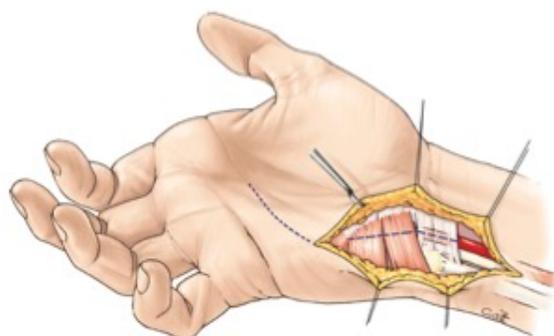
- Compression du nerf ulnaire au canal de Guyon
- Transfert neuro nerveux de la branche distale du nerf inter osseux antérieur sur la branche motrice du nerf ulnaire



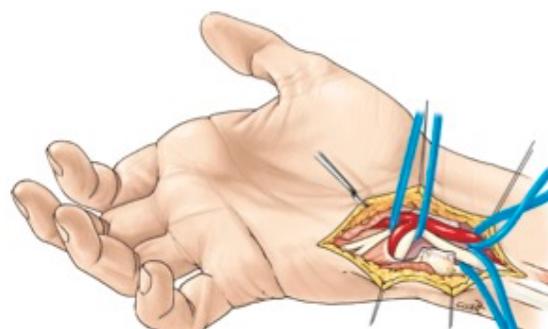
a. Anatomie du nerf ulnaire au poignet, dans la loge de Guyon.
(1) Branches sensibles du nerf ulnaire. (2) Adducteur du 5.
(3) Branche profonde motrice du nerf ulnaire. (4) Pisiforme.
(5) Artère ulnaire. (6) Nerf ulnaire.



b. Voie d'abord : elle est classiquement située en dehors du fléchisseur ulnaire du carpe et descend en regard de la loge de Guyon avec un décrochement au niveau du pli de flexion du poignet. Les pointillés indiquent l'extension distale de l'incision. Cela peut être nécessaire dans le cadre d'un *hammer syndrome* où il faut réaliser un pontage.



c. L'ouverture de la loge de Guyon s'effectue dans l'axe du pédicule, de proximal en distal, le pédicule ulnaire qui est dissocié est mis sur lacs.



d. L'artère est réclinée, les différentes branches du nerf ulnaire sont repérées. Dans le cas d'une compression isolée de la branche motrice, il faut sectionner l'arcade profonde correspondant à l'insertion du court fléchisseur du 5 et de l'adducteur du 5.





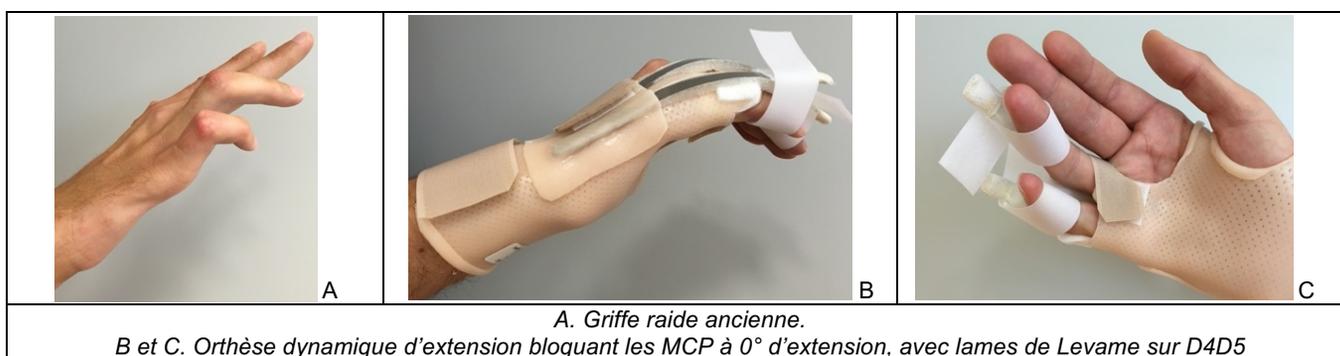


Les orthèses utiles dans la paralysie cubitale

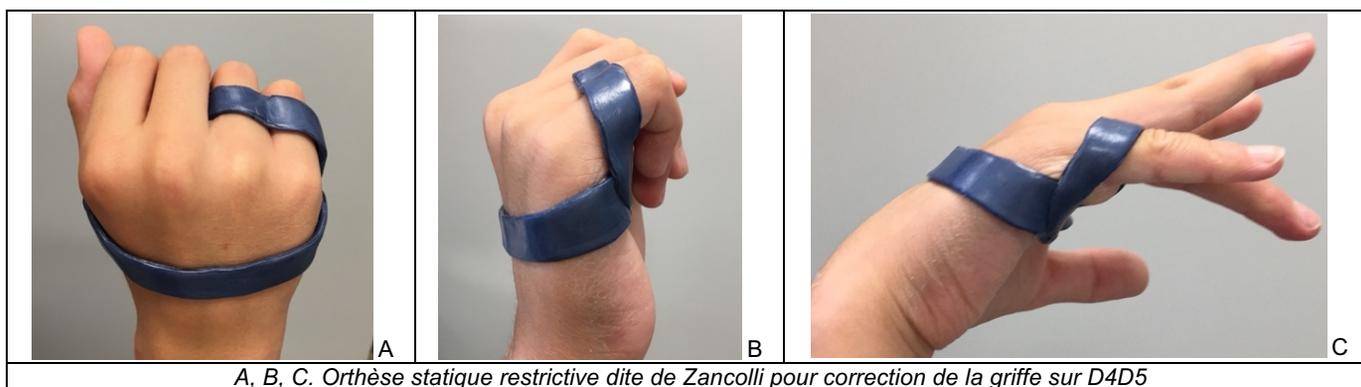
Laurence Munaut – Orthésiste Luxembourg
Cours pratique de chirurgie de la main
28 et 29 avril 2023-MTC Luxembourg

- Déformation en griffe suite à la paralysie cubitale

Griffe fixée - Préparation pour transferts tendineux
- Assouplissement des articulations IP en extension



Griffe souple

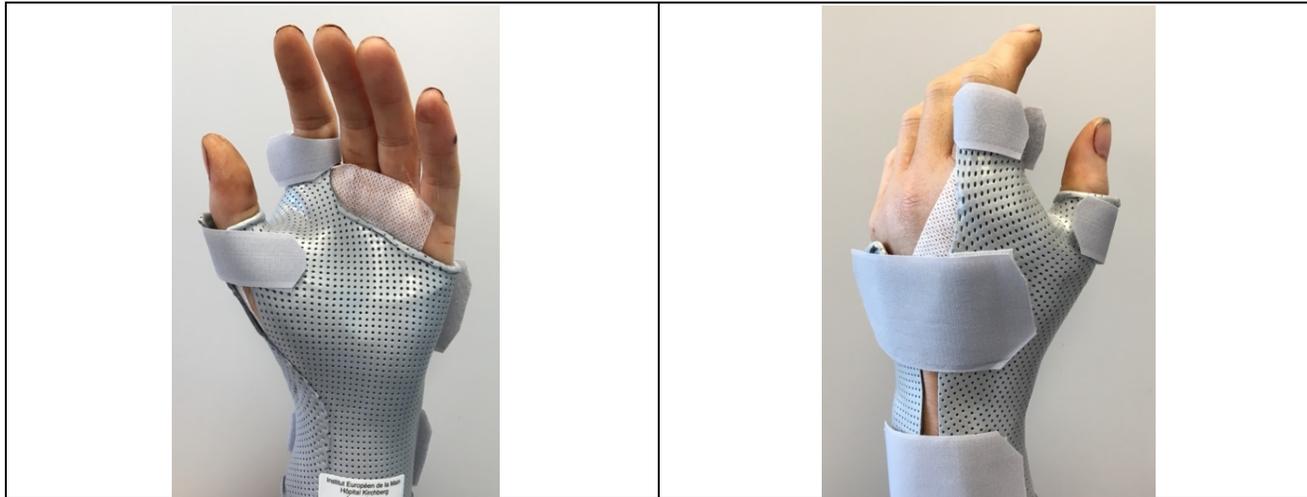


- Paralysie médio-cubitale



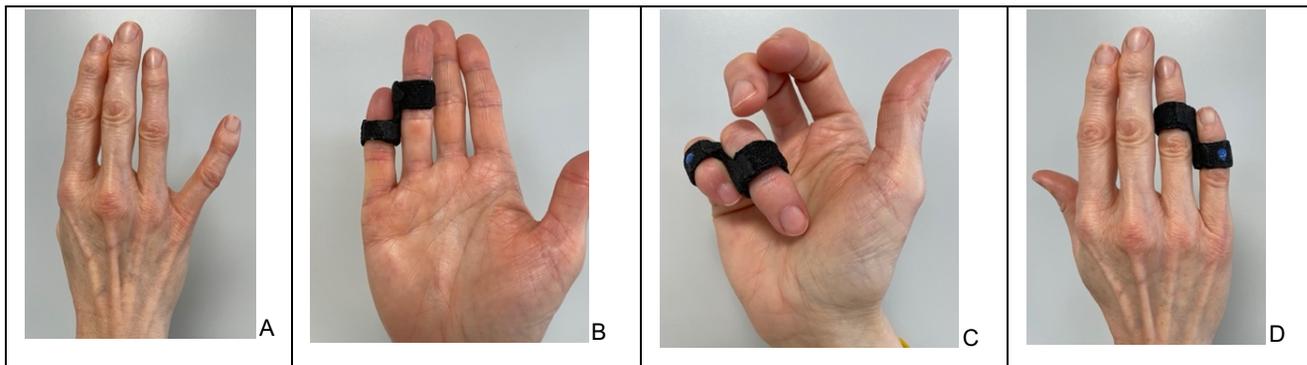


- Restauration de l'adduction du pouce par transfert tendineux



Orthèse anté-brachio palmaire plaçant le poignet à 20-30° d'extension, avec prise du pouce en abduction et antéposition afin de détendre les sutures et d'éviter la rétraction de la première commissure.

- Signe de Wartenberg



A. Abduction permanente du cinquième doigt. B, C, D. Correction de l'abduction de l'auriculaire par syndactylie de D4D5



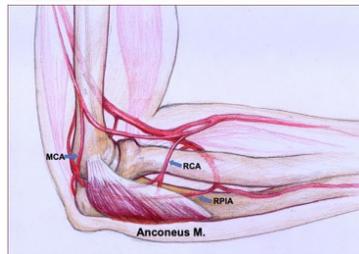
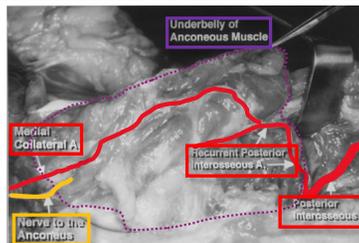
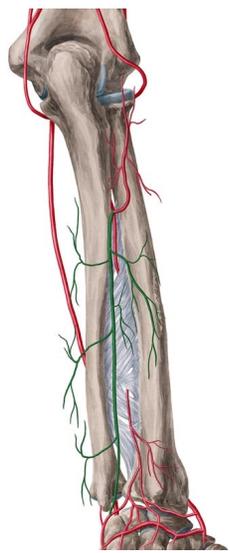


Lambeau d'ANCONEUS dans les Épicondylalgies latérales chroniques

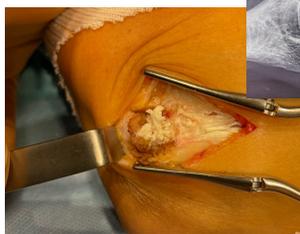
Didier FONTÈS (Paris)



Le muscle ANCONEUS

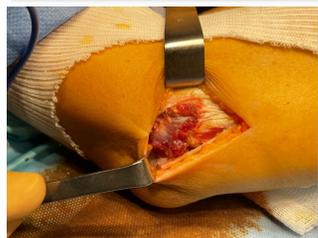
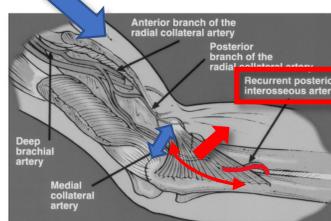
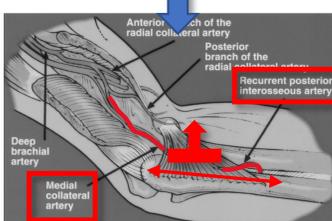
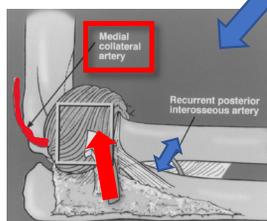


Vascularisation par 3 pédicules



Premier temps d'excision des lésions épicondylaires latérales

3 options de mobilisation du lambeau d'anconeus







UTILISATION DE L'EXOMICROSCOPE

Docteur Germain POMARES (Luxembourg)

L'exomicroscope est un microscope opératoire sans binoculaire. Son système optique retransmet une image en 3 dimensions sur un écran géant 4K.

Ce dispositif permet une liberté d'installation. La position de l'opérateur ne se trouve plus limitée par le positionnement du microscope.

La profondeur de champ se trouve augmentée ce qui facilite le geste microchirurgical.

Il est, également, équipé d'une caméra à fluorescéine permettant une évaluation peropératoire directe du système circulatoire ainsi que des anastomoses.



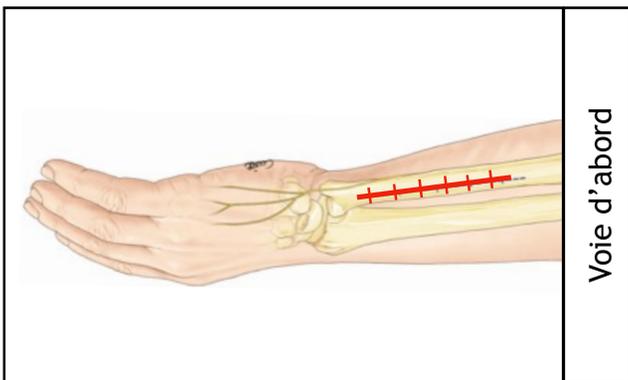
Couverture d'une perte de substance cutanée en regard de la malléole interne par un lambeau libre de carré pronateur.





Ostéotomie Accourcissante de l'Ulna

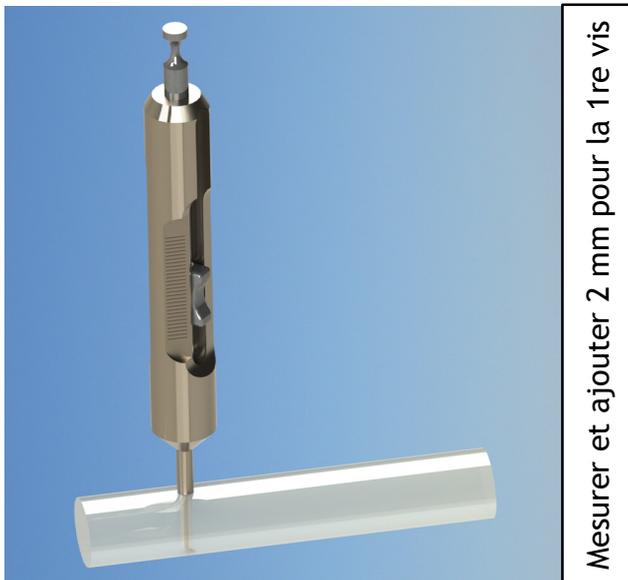
Hervé LAMARRE (Thionville)



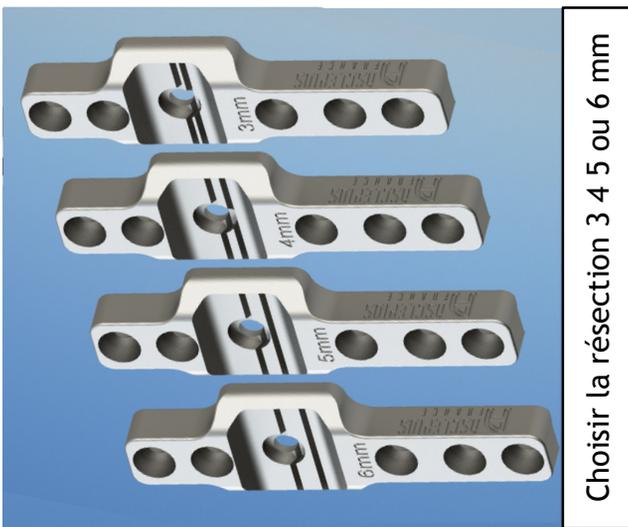
Voie d'abord



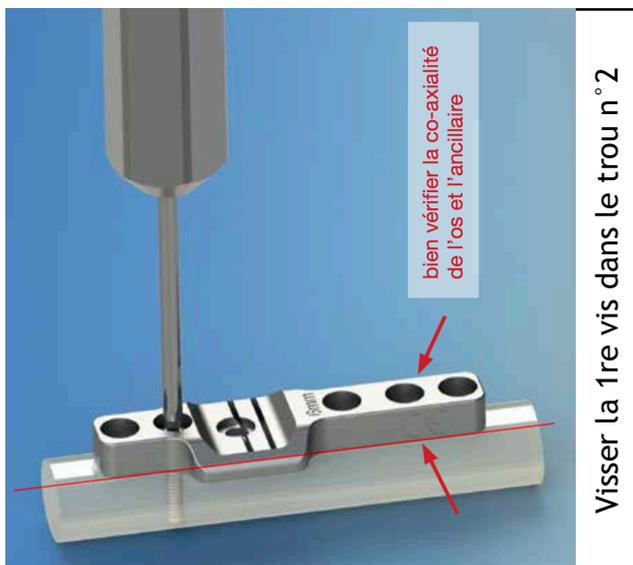
Percer à \varnothing 2,5 mm



Mesurer et ajouter 2 mm pour la 1re vis

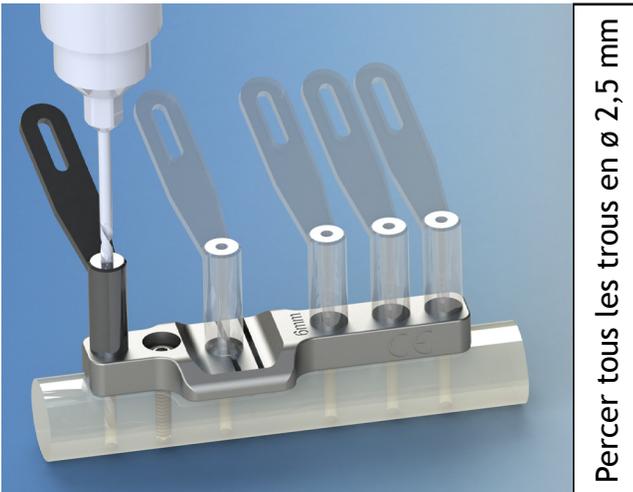


Choisir la résection 3 4 5 ou 6 mm

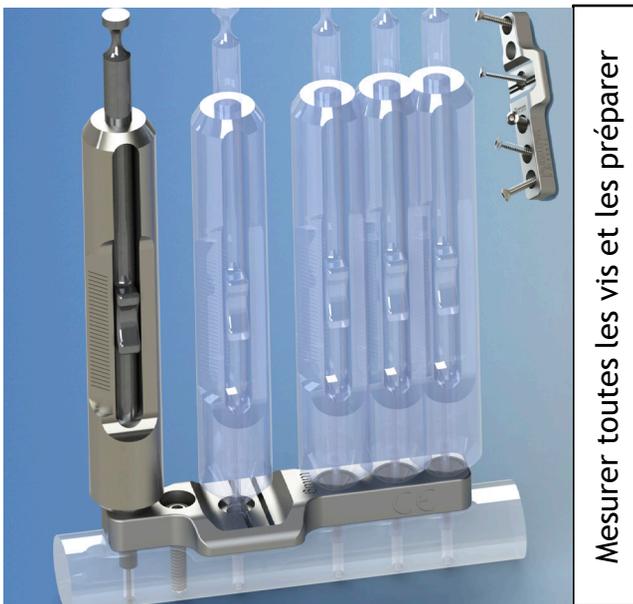


bien vérifier la co-axialité de l'os et l'ancillaire

Visser la 1re vis dans le trou n° 2



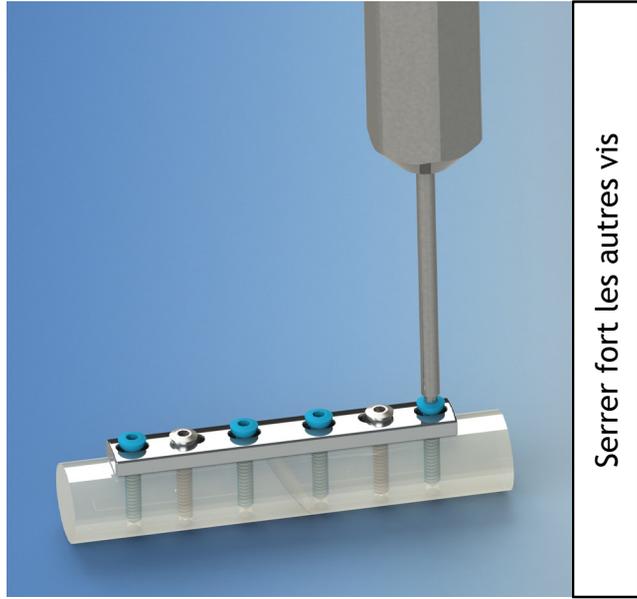
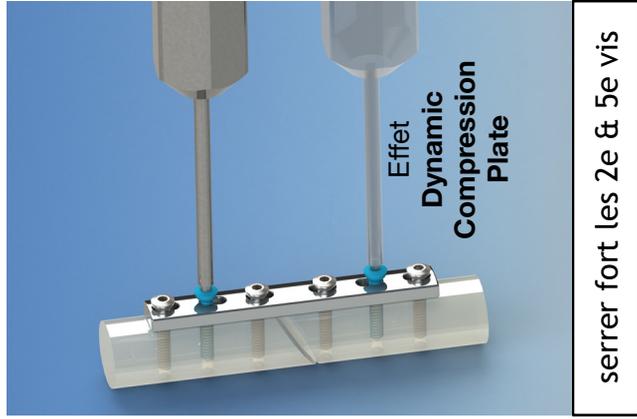
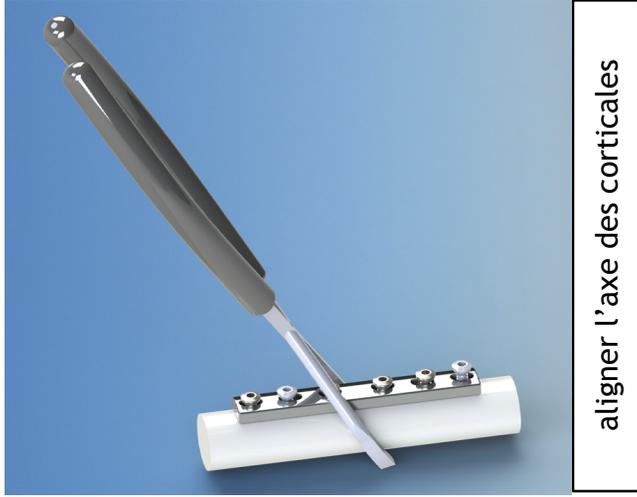
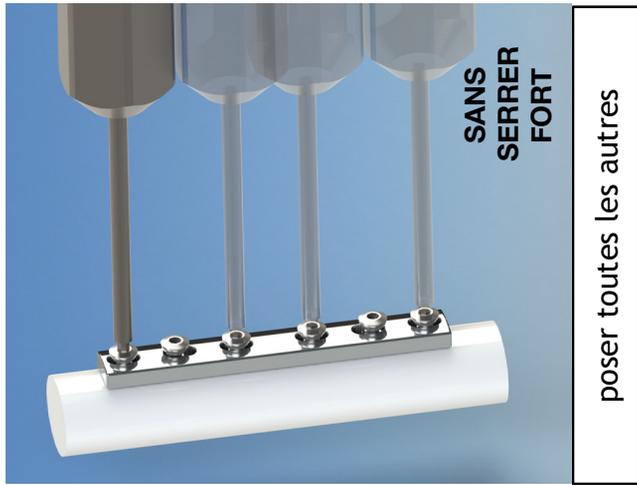
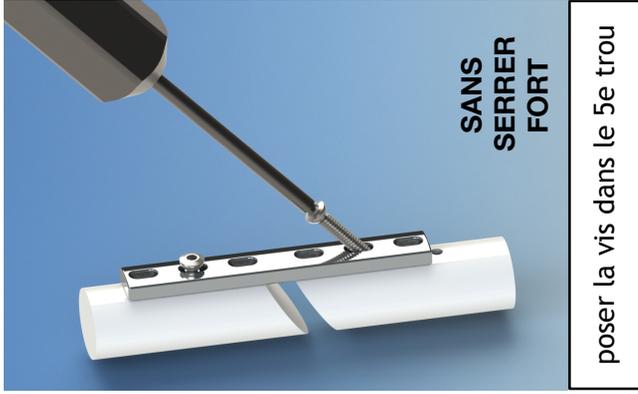
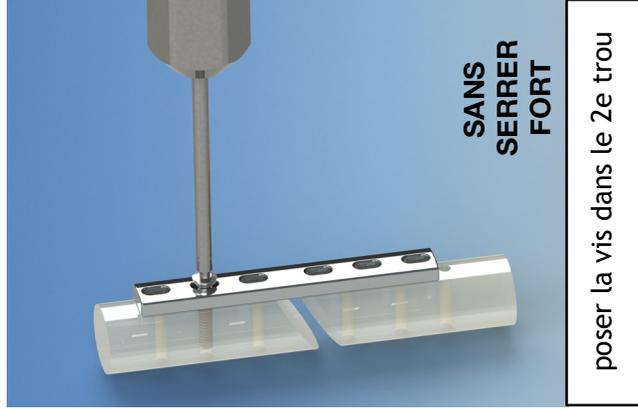
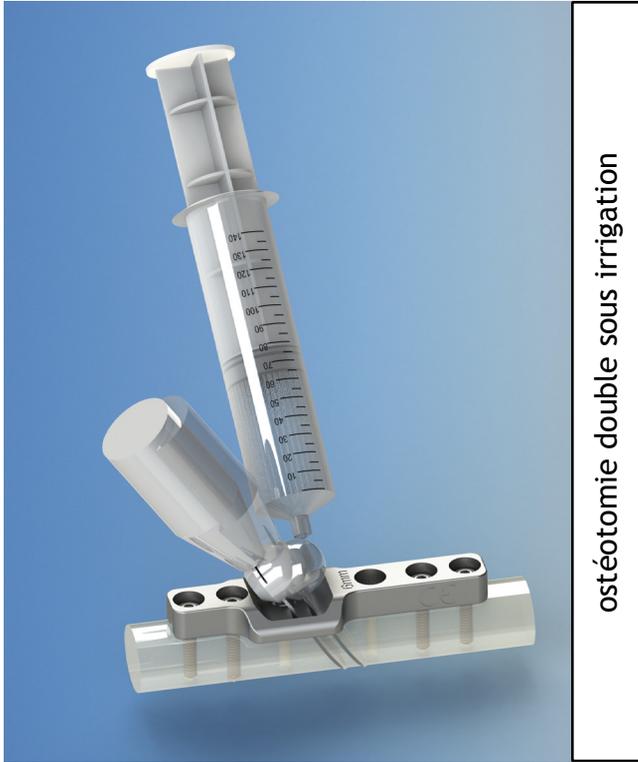
Percer tous les trous en \varnothing 2,5 mm



Mesurer toutes les vis et les préparer



Visser n° 1 5 & 6



11'

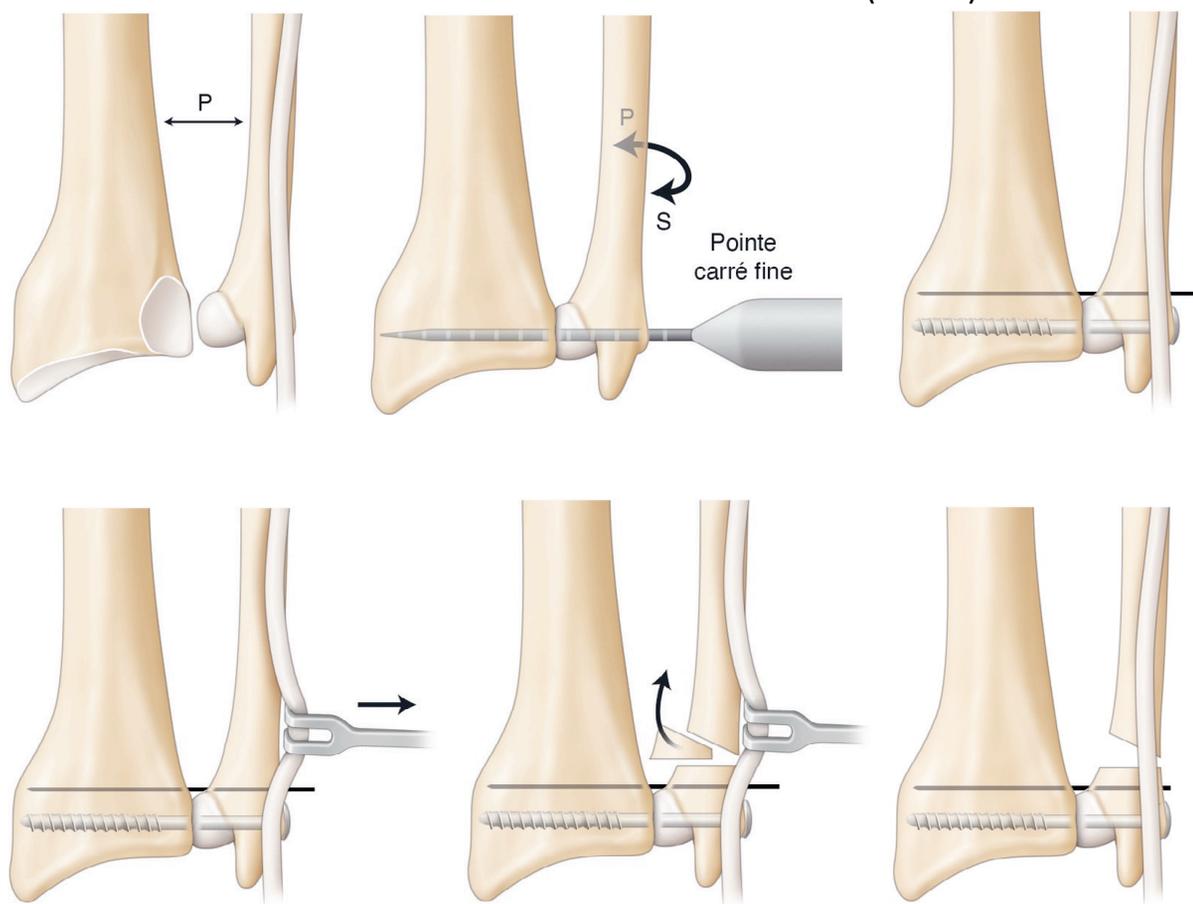




INTERVENTION DE SAUVÉ-KAPANDJI

12

Docteur Jean-Michel COGNET (Reims)



Technique modifiée (III) de Sauvé-Kapandji pour l'arthrodèse radio-ulnaire distale sans modification de la variance ulnaire. La voie d'abord est dorsale, rectiligne ou arciforme, en regard de la radio-ulnaire distale. L'exérèse du cartilage se fait en écartant radius et ulna à l'aide d'un écarteur de Méhary. Il vaut mieux utiliser une gouge et une curette pour aviver l'os qu'une scie qui peut brûler l'os. Un orifice est réalisé à la mèche ou à la pointe carrée fine au centre de la tête ulnaire, transfixiant le radius. Une vis est mise en place secondée par une broche pour éviter une instabilité rotatoire. L'ulna est ensuite libéré ainsi que l'extensor carpi ulnaris sur quelques millimètres correspondant à la zone de résection choisie. La résection se fait en coin à base radiale afin de conserver un maximum de stabilité pour le moignon ulnaire. Dessins de Cyril Martinet.



Clichés pré et post-opératoire d'une intervention de Sauvé-Kapandji

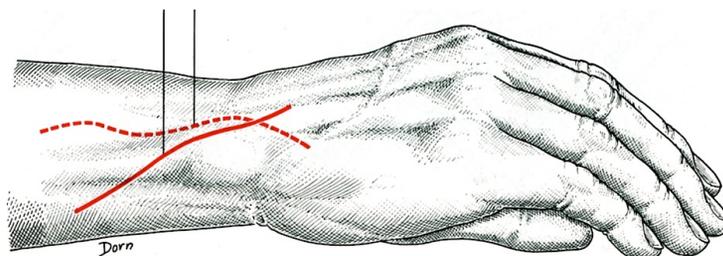






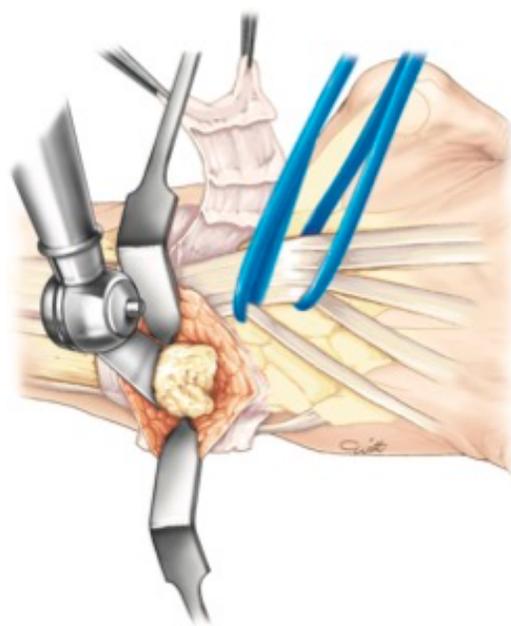
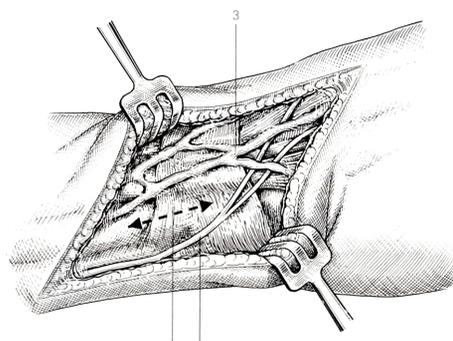
Intervention de Darrach

Professeur F. SCHERNBERG (Reims)

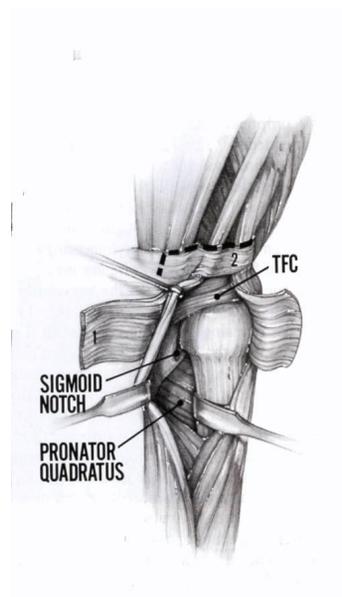
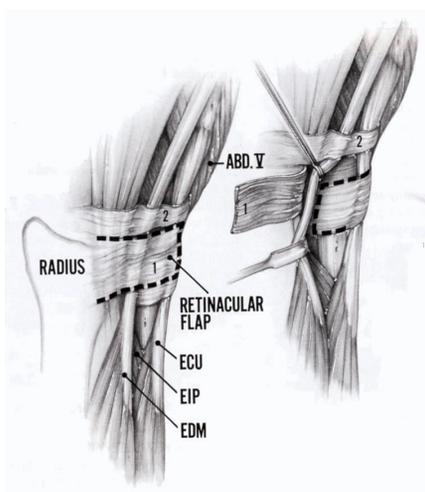


OPTION 1

La section économe de la tête cubitale s'effectue à la scie oscillante à la limite supérieure de l'articulation radiocubitale inférieure (1,5 à 2 cm). Pour éviter tout conflit mécanique avec les tendons, les cloisons des compartiments 3, 4 et 5 sont sectionnées. Après synovectomie partielle pour mettre à nue la tête cubitale, celle-ci est luxée par deux écarteurs d'Homan qui protègent également les tissus mous environnants de la scie oscillante.



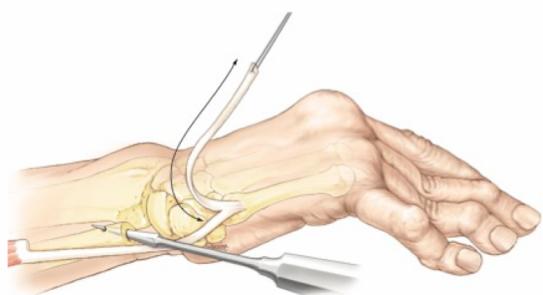
OPTION 2



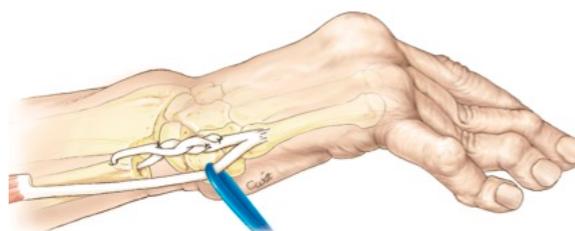


INTERVENTION de DARRACH F. SCHERNBERG

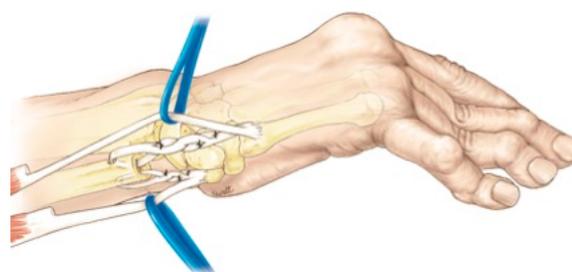
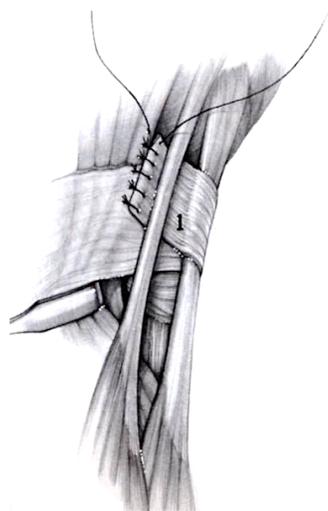
13'



La moitié du tendon du cubital postérieur est prélevée au moins sur 6 cm sur son versant externe en préservant son attache distale sur le 5^e métacarpien. Une corticotomie est alors réalisée à l'aide d'une pointe carrée ou d'une mèche de 3,5 mm de diamètre introduite obliquement en haut et en arrière dans la cavité intramédullaire par le plan de coupe.



La plastie tendineuse est introduite de haut en bas puis fixée sans tension selon le principe de Pulvertaft.



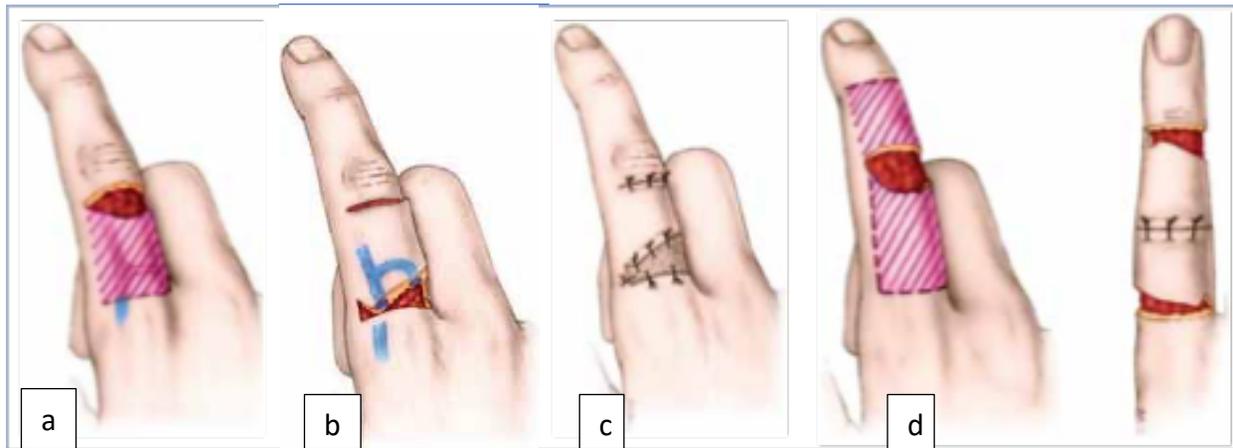
Double plastie tendineuse de stabilisation de l'extrémité du cubitus après résection de la tête selon Darrach. L'hémitendon cubital antérieur et postérieur est passé en dedans par une double corticotomie puis resuturé à lui-même selon le principe de Pulvertaft.





LAMBEAU DE HUESTON DORSAL

Docteur Jean-Michel COGNET (Reims)



Lambeau quadrangulaire, d'avancement rotation dit «Hueston dorsal».

- Perte de substance et dessin du lambeau.
- Avancement du lambeau (1), facilité par un «back-cut» (2).
- Grefe du site donneur.
- Association de deux lambeaux similaires, l'un d'avancement, l'autre de recul pour une perte de substance plus étendue de l'IPP. 5 Mir y Mir



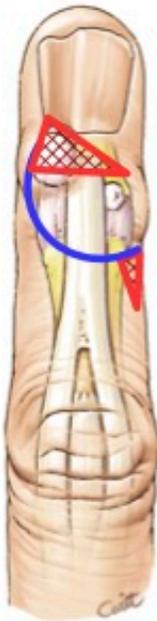
Le lambeau est soulevé en respectant le périnysium de l'appareil extenseur. Le décollement doit également concerner la charnière sous-cutanée pour faciliter la mobilisation du lambeau. Le bord proximal du lambeau peut être laissé libre ou rapproché par un ou deux points en fonction de la tension cutanée évaluée doigt en flexion. Les veines dorsales étant sacrifiées sur la largeur du lambeau, une hémostase soignée doit être réalisée à l'aide d'une pince bipolaire.







Lambeau de rotation au hasard
pour kystes mucoïdes IPD
 Dr Thomas JAGER (Luxembourg)



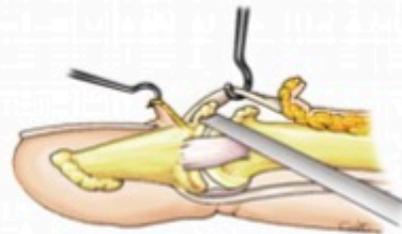
Le plus simple, très rapide et très fiable

Excision du kyste avec la peau pellucide sus-jacente

Dessin d'un lambeau en arc de CERCLE, muni d'un back-cut

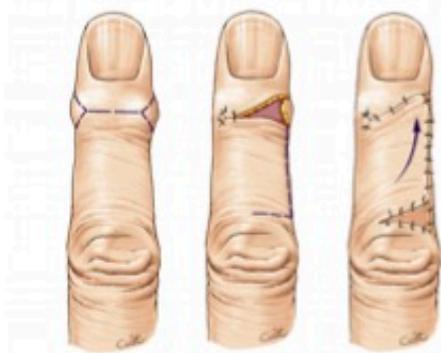
Synovectomie IPD et régularisation des ostéophytes systématique

puis Translation et suture du lambeau

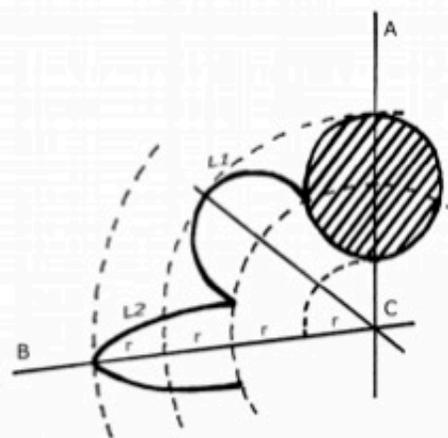


Autres options possibles (exemples)

Lambeau de **Hueston Dorsal** (autofermant le plus souvent)
pour kystes plus volumineux



Lambeau de **Zitelli-Zimany** (kyste petits et ronds)







Restauration de la commissure des doigts longs

Docteur Pascal JEHANNO (AP-HP Paris)

Dans la majorité des cas, les rétractions commissurales des doigts longs résultent de lésions ou traumatismes affectant la face dorsale de la main.

L'unité fonctionnelle commissurale des doigts longs a la forme d'un triangle dont la base concave correspond au bord libre commissural. Il est plutôt en forme de U pour la 2^e et la 4^e commissure et plutôt en forme de V pour la 3^e. Son orientation est à pente dorsale. Toute bride cicatricielle limitant son déploiement va compromettre les mouvements de diduction.

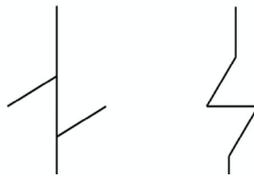


En dehors des lésions pluritissulaires, le traitement des rétractions isolées fait appel aux autoplasties locales, aux lambeaux locaux associés ou non à une greffe de peau.

1. Plasties en Z et équivalents

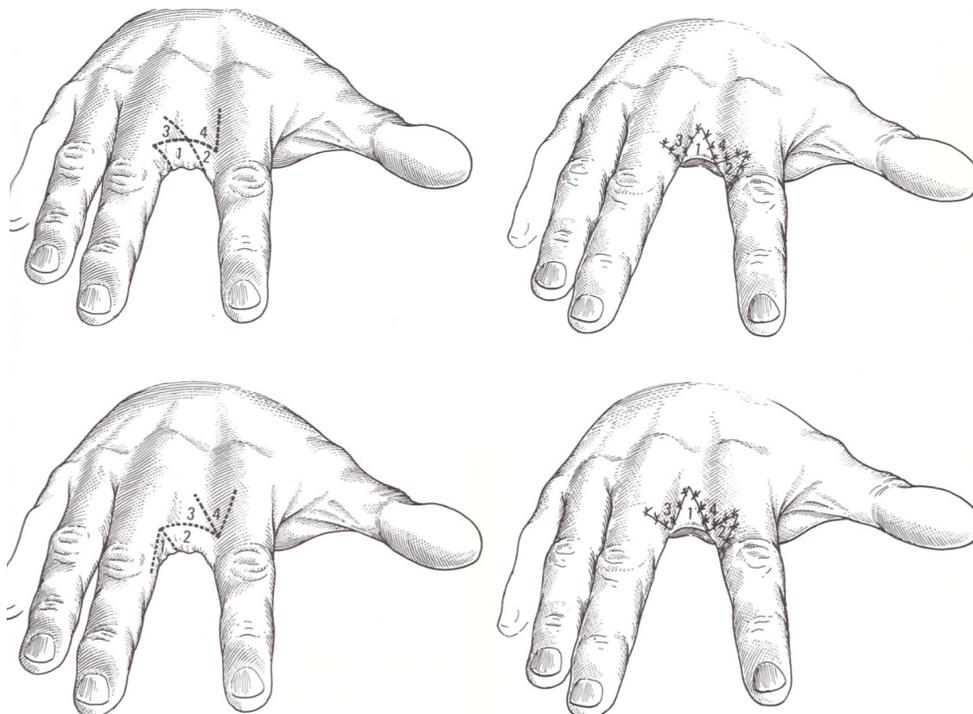
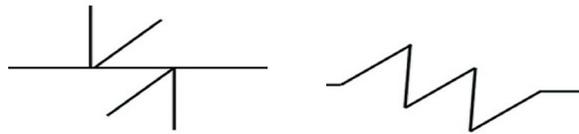
◇ La plastie en Z simple

Elle est utilisable lorsque la bride est linéaire. Un angle de 60° entre les lambeaux va permettre un effet d'allongement d'environ 75 %. Les lambeaux sont souvent très petits et doivent être bien repérés avant leur transposition



◇ Les plasties « en double Z » et en « Z à quatre lambeaux »

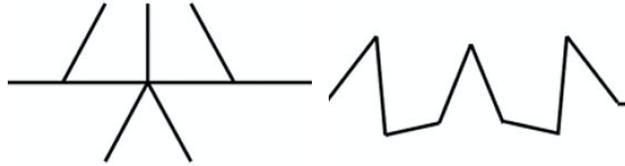
Elles sont préférables pour une meilleure ouverture mais là encore les lambeaux sont de petite taille exposant au risque de nécrose de leur pointe. Cependant l'effet d'allongement est plus important (> 160° en théorie)





◇ *La plastie en trident*

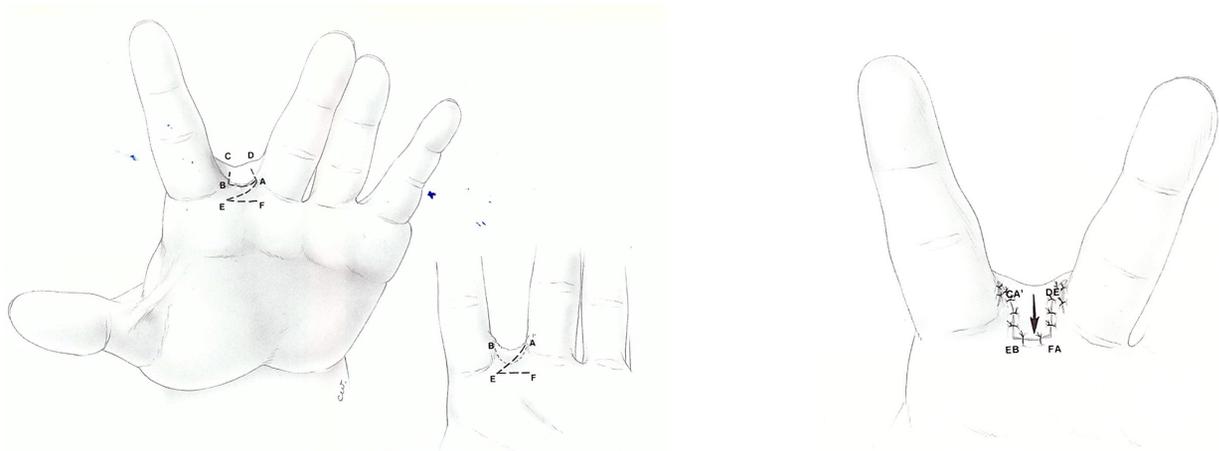
Cette plastie a l'avantage d'être utilisable lorsque l'un des versants commissuraux est cicatriciel et s'oppose à tout décollement étendu (brûlures de la face dorsale). Les trois lambeaux triangulaires sont alors tracés sur le versant sain de la commissure (palmaire le plus souvent). Sur le versant cicatriciel 2 incisions parallèles délimitent deux lambeaux dont les angles seront à retoucher pour parfaire leur ajustement.



◇ *La plastie à « 3 lambeaux » de Schneider et Ostrowski*

Lorsque la rétraction cicatricielle concerne uniquement le versant dorsal de la commissure, cette plastie a l'avantage de reconstituer un espace commissural vierge de cicatrice avec une pente à orientation normale descendante vers le bord libre.

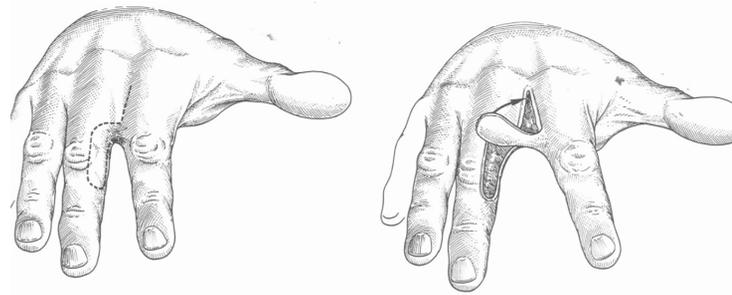
Elle combine deux lambeaux triangulaires venant se positionner sur la face latérale des doigts et un lambeau quadrangulaire dorsal reconstituante la pente commissurale. Les rectangles ABCD dorsal et ABEF palmaire ont des dimensions identiques. Le rectangle palmaire est incisé uniquement sur sa diagonale délimitant ainsi les deux lambeaux triangulaires.



2. Les lambeaux locaux

Le lambeau le plus utile pour la reconstruction commissurale est le lambeau latéro-digital. Selon l'importance de la perte de substance créée par la libération commissurale un lambeau latéro-digital unique ou deux lambeaux provenant du doigt adjacent peut être utilisé.

Ce lambeau est quadrangulaire prélevé sur la face latérale du doigt, ne dépasse pas l'articulation interphalangienne proximale (IPP). Il n'emporte que la peau et le plan sous dermique. Son bord palmaire est proche du pédicule artérioveineux qu'il respecte. La zone cicatricielle est ouverte perpendiculairement à la commissure et après dissection et excision du tissu cicatriciel, le lambeau est introduit dans la perte de substance ainsi créée. L'extrémité distale du lambeau doit atteindre la dépression située entre les têtes des métacarpiens. Compte tenu de la largeur importante souvent nécessaire, le site donneur est couvert par une greffe de peau de préférence totale (prélevée au niveau du pli de flexion palmaire du poignet par exemple).





16''

3. Les greffes de peau

Les greffes de peau simple (totale ou mince) ne doivent pas être utilisées seules pour reconstruire une commissure. Le risque de rétraction est en effet important exposant à une perte de la correction. Elles sont essentiellement utilisées pour couvrir un site donneur. Comparées aux greffes de peau mince les greffes de peau totale offrent un revêtement stable et de bonne qualité avec possibilité de récupération sensitive partielle.

Pour en savoir plus

- ◇ La Main Traumatique – Merle M, Dautel G. [Editions Masson](#)
- ◇ Chenyu Huang, Rei Ogawa. Three-dimensional Reconstruction of Scar Contracture-bearing Axilla and Digital Webs Using the Square Flap Method. PRS global open 2014 June 6.
- ◇ Ostrowski DM, Feagin CA, Gould JS. A three-flap web-plasty for release of short congenital syndactyly and dorsal adduction contracture. *J Hand Surg Am.* 1991;16:634–641
- ◇ Tubiana R. Traité de chirurgie de la main Tome 2 Masson Paris



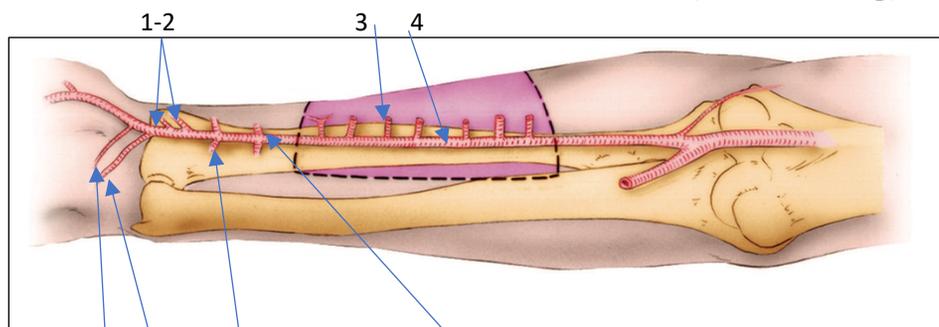




LE LAMBEAU CHINOIS EN ILOT

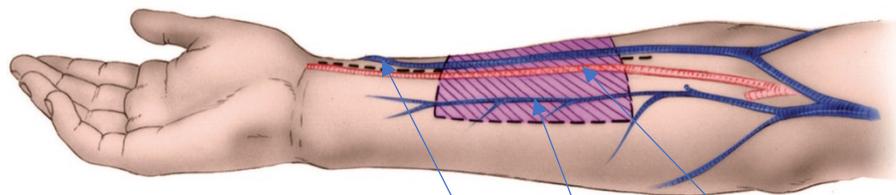
Docteur Thomas JAGER (Luxembourg)

17

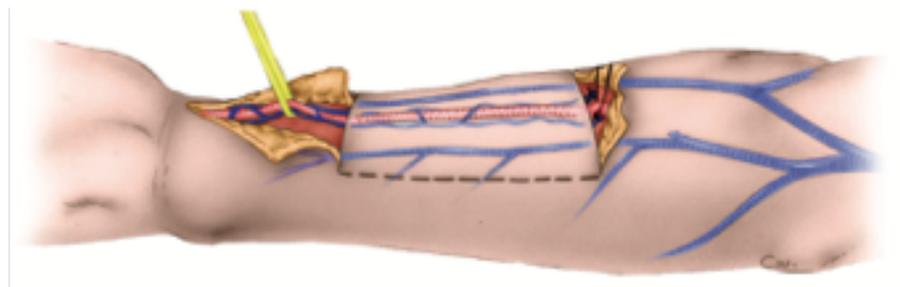


a. Branches collatérales de l'artère radiale. 1 : rameau carpien palmaire ; 2 : rameau palmaire superficiel ; 3 : branches à destinée cutanée; 4 : artère

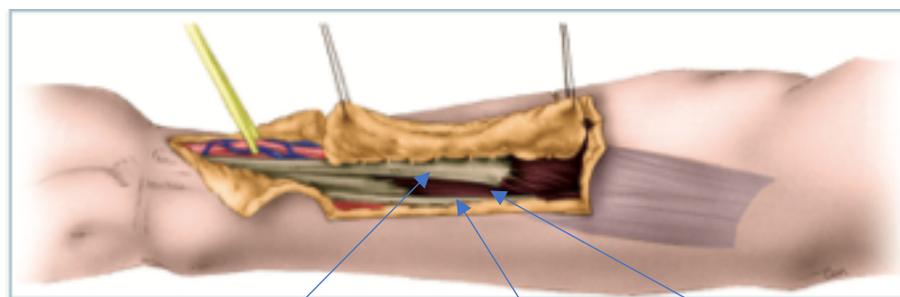
radiale; 5 et 6 : rameaux carpiens dorsaux ; 7 : rameau à destinée osseuse pour le radius ; 8 : rameau à destinée cutanée directe distale



b. Anatomie et planification préopératoire. 1 : veine radiale superficielle; 2 : artère radiale; 3 : surface du lambeau (en hachuré); 4 : réseau veineux superficiel de l'avant-bras.



c. Repérage pédiculaire. Mise sur lac de l'artère radiale et de son réseau de veines comitantes aux bords proximal et distal du lambeau. Au bord proximal du lambeau, l'artère radiale et ses veines comitantes sont liées et solidarisées à la berge cutanée.

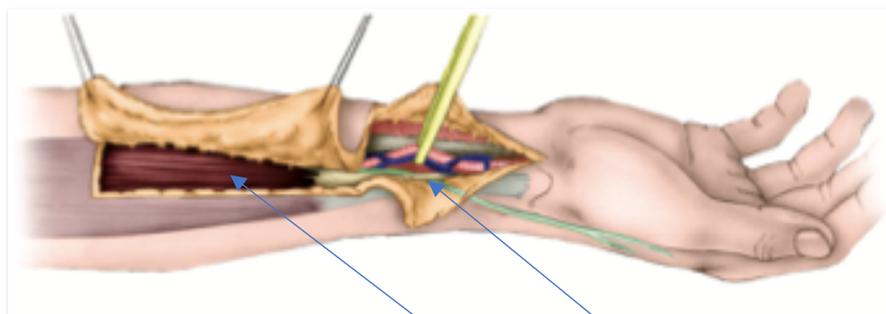


d. Dissection et soulèvement du bord cubital du lambeau. 1 : muscle petit palmaire; 2 : muscle fléchisseur commun superficiel des doigts ; 3 : muscle grand palmaire.

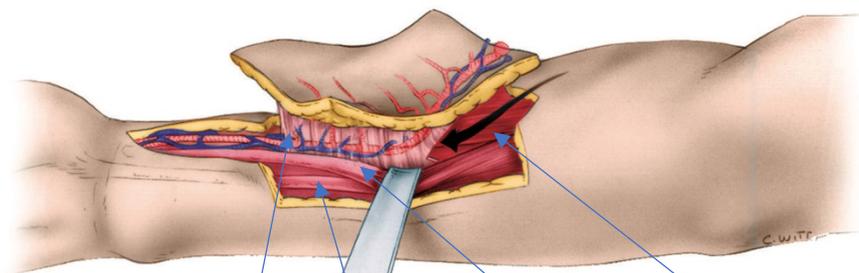




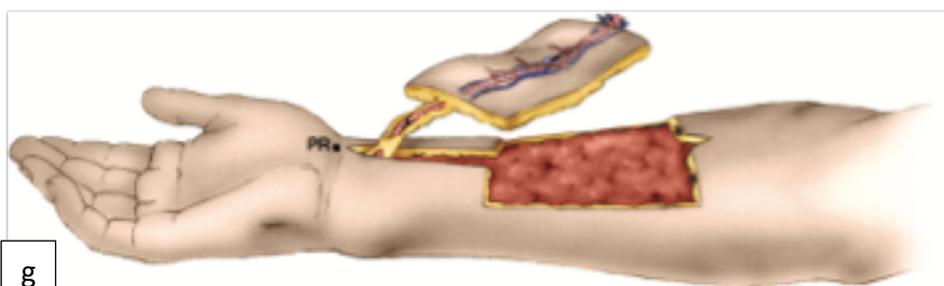
17'



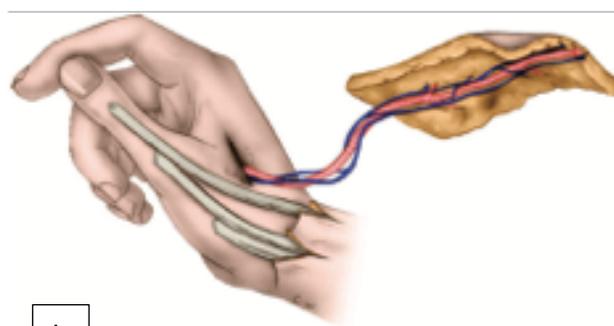
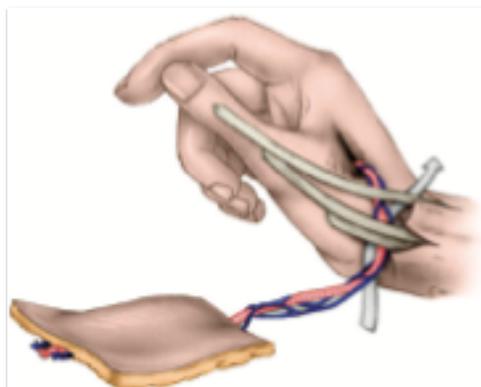
e. Soulèvement du bord radial du lambeau. 1 : long supinateur; 2 : branche sensitive du radial.



f. Libération du septum. 1 : septum; 2 : petit palmaire; 3 : grand palmaire; 4 : long supinateur.



g



h

g. Lambeau au terme de la dissection avec un point de rotation (PR) dans la gouttière du pouls.

h. Artifice de décroisement permettant d'obtenir un point de rotation au sommet du premier espace interosseux et une augmentation de la longueur utile du pédicule.





Arthrodèse M5-M4 selon Dubert

INDICATION

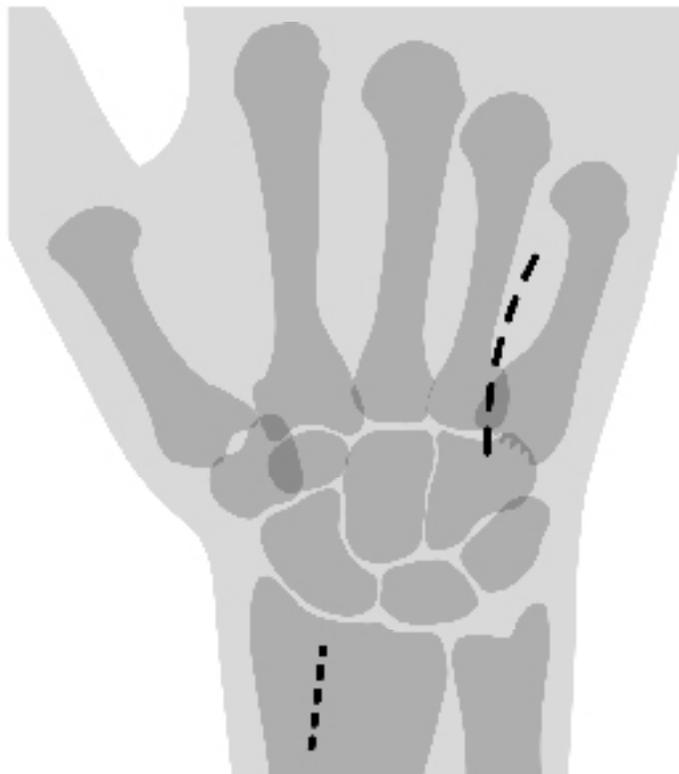
Arthrose (+/- luxation invétérée) post-traumatique de l'articulation carpo-métacarpiens du cinquième rayon sans atteinte de l'articulation carpo-métacarpiens du quatrième rayon.



TECHNIQUE

Voie d'abord

Abord dorsal de 3 cm centré sur l'interligne M4-M5. Réclinaison de la branche sensitive dorsale du nerf ulnaire et de l'extenseur propre du V. Incision longitudinale et dorsale du périoste et de la capsule dorsale, qui seront soulevés de part et d'autre à la lame froide pour exposer la base de M4 et M5 ainsi que l'interligne M4-M5. Une attention particulière sera portée à l'insertion distale de l'extenseur ulnaire du carpe qui devra demeurer solidaire au périoste. Complément d'exposition des métacarpiens par décollement des muscles interosseux à la rugine.



Réséction osseuse

Réséction de la base de M5 sur 5 mm à la scie oscillante, en préservant l'articulation hamatum-M4 et l'insertion de l'extenseur ulnaire du carpe.

Avivement

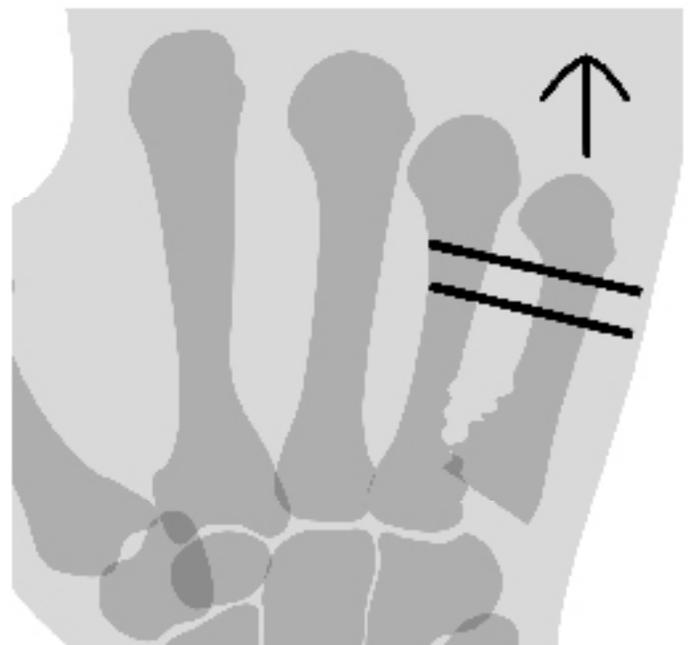
Avivement de la surface articulaire entre M4 et M5, en utilisant l'ostéotome, la pince gouge et la curette. Avivement de la corticale ulnaire de la base de M4 et de la cortice radiale de la base de M5 à la scie oscillante.



Réduction et stabilisation

En cas de subluxation dorsale de M5, réduction par traction sur l'auriculaire et pression dorsale sur la base de M5.

Sous contrôle fluoroscopique, fixation provisoire par 2 broches inter-métacarpiennes M5-M4 (de diamètre 1.2 ou 1.4, et idéalement fléchées) en veillant à ne pas traverser la seconde corticale de M4. Contrôle de l'absence de trouble de rotation lors de la flexion active (simulée par effet lénodèse).





18'

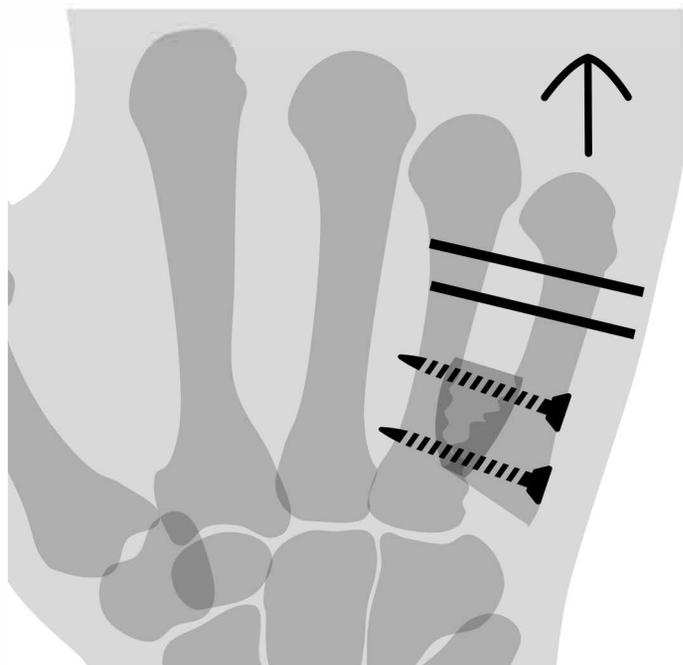
Greffe

Comblement de la partie proximale de l'espace intermétacarpien M4-M5 par un greffon cortico-spongieux pris au niveau du tubercule de Lister, taillé sur mesure et impacté en ajustement serré (press fit) à l'aide d'un chasse-greffon.

Comblement de l'interligne M4-M5 par des copeaux de spongieux.

Fixation définitive

Fixation de M5 et M4 par vissage en compression avec 2 vis de diamètre 2.0. Si possible, la vis la plus distale doit traverser le greffon cortico-spongieux.



Fermeture

Couverture du foyer d'arthrodèse par fermeture du périoste et de la capsule par plusieurs points en croix ou surjet de PDS 4/0.

Fermeture cutanée par surjet intradermique de Monocryl 5/0.

Pansement sec.

SUITES POST-OPÉRATOIRES

Immobilisation de protection par attelle de type Thomine longue immobilisant le poignet à 20° d'extension et les MP des deux derniers rayons en flexion, mais laissant les IPP libres.

Réalisation quotidienne d'exercice de mobilisation active douce des MP.

Contrôle radioclinique à J15, J45 et J90.

Ablation des broches provisoires autour de J90 (selon consolidation).

Sevrage tabagique indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

Dubert T. "Arthroplastie stabilisée" du cinquième métacarpien. Proposition thérapeutique pour le traitement des fractures-luxations anciennes du 5e métacarpien [Stabilized arthroplasty of the 5th metacarpal bone. A therapeutic proposal for the treatment of old fractures-luxations of the 5th metacarpal bone]. Ann Chir Main Memb Super. 1994;13(5):363-5. French.

Bain GI, Unni PM, Mehta JA, Eames MH. Arthrodesis of ring finger and little finger metacarpal bases for little finger carpometacarpal joint arthritis. J Hand Surg Br. 2004 Oct;29(5):449-52.

Dubert TP, Khalifa H. "Stabilized arthroplasty" for old fracture dislocations of the fifth carpometacarpal joint. Tech Hand Up Extrem Surg. 2009 Sep;13(3):134-6.

Yang Y, Scheker LR, Kumar KK. Arthroplasty for fifth carpometacarpal joint arthritis. J Wrist Surg. 2015 May;4(2):110-4.

Meraghni N, Bacle G, Marteau E, Bouju Y, Laulan J. Results of the Dubert procedure for chronic painful fracture-dislocations of the fifth carpometacarpal joint. A report of 6 cases. Hand Surg Rehabil. 2017 Oct;36(5):373-377.

Druel T, Forli A, Corcella D. Intermetacarpal M4-M5 arthrodesis (Dubert procedure) for fifth carpometacarpal joint osteoarthritis: long-term functional outcomes. Hand Surg Rehabil. 2021 Dec;40(6):765-770.

AUTEUR

Dr Ahmed ZEMIRLINE

Centre de la Main Bretagne
CHP St Grégoire (RENNES)
ahmed.zemirline@gmail.com

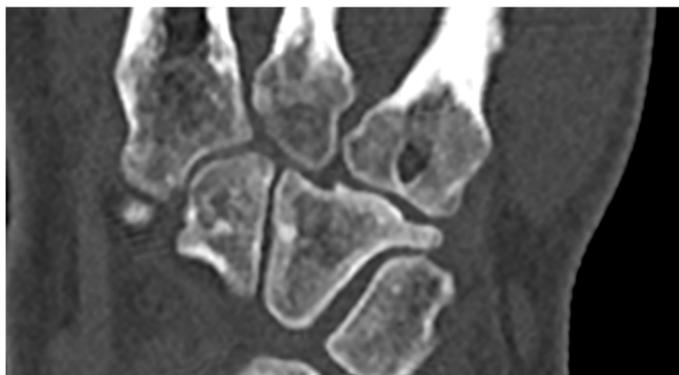




Arthrodèse Hamato-M4-M5

INDICATION

Arthrose (+/- luxation invétérée) post-traumatique des interlignes carpo-métacarpiens des deux derniers rayons.

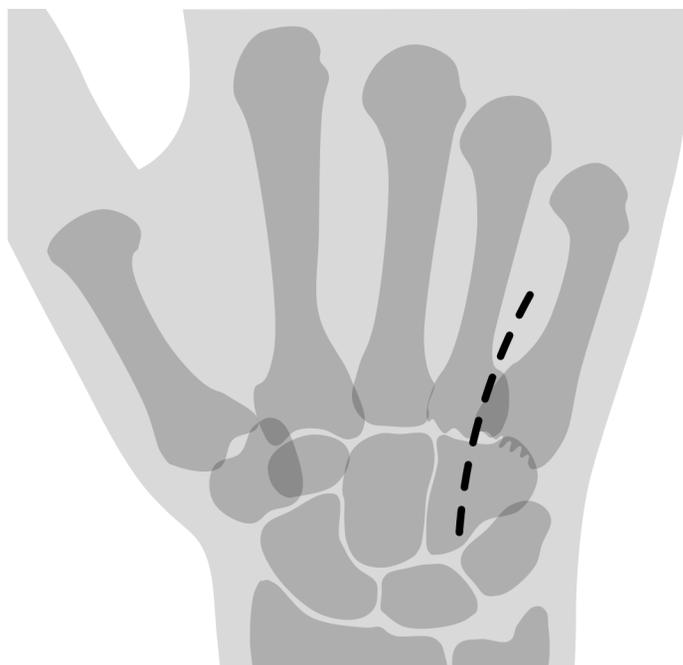


TECHNIQUE

Voie d'abord

Abord dorsal de 3 à 4 cm centré sur l'interligne hamato-M4-M5.

Réclinaison de la branche sensitive dorsale du nerf ulnaire et de l'extenseur propre du V.
Incision longitudinale et dorsale du périoste et de la capsule dorsale, qui seront soulevés de part et d'autre à la lame froide pour exposer les interlignes articulaires, la face dorsale de l'hamatum et la partie proximale de M4 et M5. Une attention particulière sera portée à l'insertion distale de l'extenseur ulnaire du carpe qui devra demeurer solidaire au périoste. Complément d'exposition des métacarpiens par décollement des muscles interosseux à la rugine.



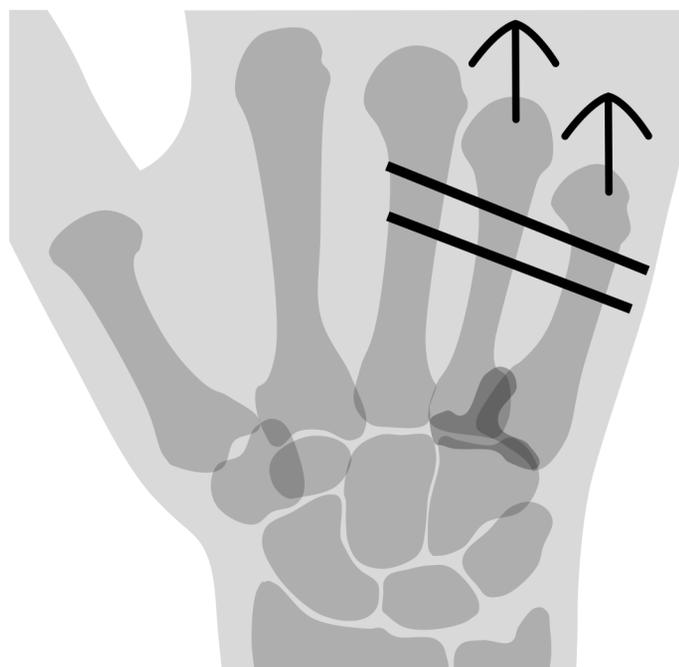
Avivement

Libération articulaire par section des attaches ligamentaires unissant encore l'hamatum, M4 et M5. Avivement des surfaces articulaires entre l'hamatum et M4, l'hamatum et M5 mais également entre M4 et M5, en utilisant l'ostéotome, la pince gouge et la curette.

Réduction et stabilisation

En cas de subluxation dorsale de M5 et/ou M4, réduction par traction sur l'auriculaire et/ou l'annulaire et pression dorsale sur la base de métacarpiens.

Sous contrôle fluoroscopique, fixation provisoire par 2 broches inter-métacarpiennes M5-M4-M3 (de diamètre 1.2 ou 1.4, et idéalement filetées) en veillant à ne pas traverser la seconde corticale de M3.



Greffe

Idéalement, et a fortiori en cas de défaut osseux, comblement des interlignes par greffe spongieuse (autogreffe, allogreffe ou substitut osseux).

Fixation définitive

Plusieurs modalités sont envisageables:

- Brochage intermétarprien (M5-M4) et métacarpo-carpien (M5-hamatum M4-hamatum) par broches de 1.2 ou 1.4 (idéalement filetées).
- Vissage en compression par vis de diamètre 2.0 selon le schéma envisagé pour le brochage.
- Fixation par 2 plaques verrouillées de 4 ou 5 trous.





18''

Fermeture

Couverture du foyer d'arthrodèse par fermeture du périoste et de la capsule par plusieurs points en croix ou surjet de PDS 4/0.

Fermeture cutanée par surjet intradermique de Monocryl 5/0.

Pansement sec.



SUITES POST-OPÉRATOIRES

Immobilisation de protection par attelle de type Thomine longue immobilisant le poignet à 20° d'extension et les MP des deux derniers rayons en flexion, mais laissant les IPP libres.

Réalisation quotidienne d'exercice de mobilisation active douce des MP.

Contrôle radioclinique à J15, J45 et J90.

Ablation des broches provisoires autour de J90 (selon consolidation).

Sevrage tabagique indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

Clendenin MB, Smith RJ. Fifth metacarpal/hamate arthrodesis for posttraumatic osteoarthritis. J Hand Surg Am. 1984 May;9(3):374-8.

AUTEUR

Dr Ahmed ZEMIRLINE

Centre de la Main Bretagne
CHP St Grégoire (RENNES)
ahmed.zemirline@gmail.com

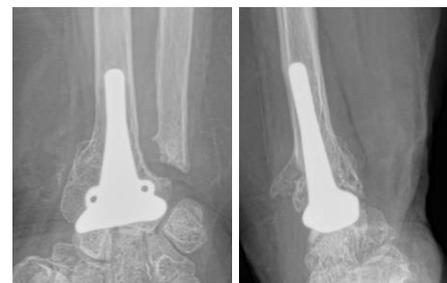
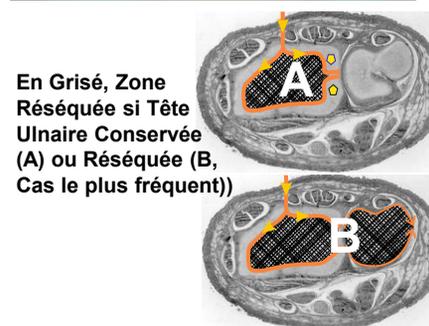
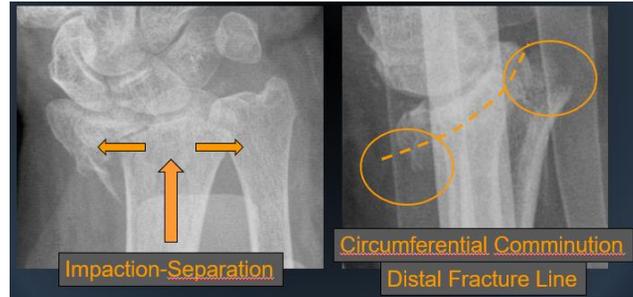


Hémiarthroplastie « Cobra* (Groupe Lépine) pour Fracture Fraiche Irréparable du Patient Agé Autonome

Guillaume HERZBERG* (Lyon) – Marion BURNIER (Lyon)

6 Critères Fracture « Irreparable » Radius Distal

1. AO « C », Osteoporotic DRF
2. High Extra-Articular Displacement
3. High Intra-Articular Displacement
4. Distal Fracture Line
5. Circumferential Comminution
6. Impaction - Separation



(1) Herzberg G, Burnier M, Marc A, Izem Y. Primary wrist hemiarthroplasty for irreparable distal radius fracture in the independent elderly. J Wrist Surg 2015; 4:156-163.

(2) Herzberg G. Acute distal radius fracture: PAF analysis. J Wrist Surg 2012; 1(1):81-82.

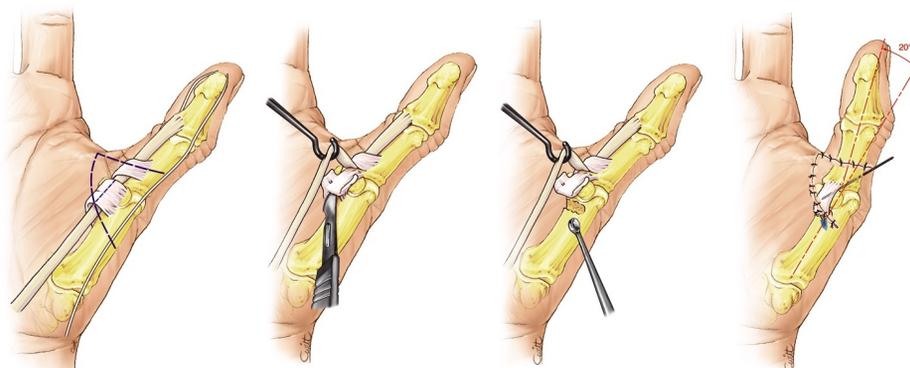
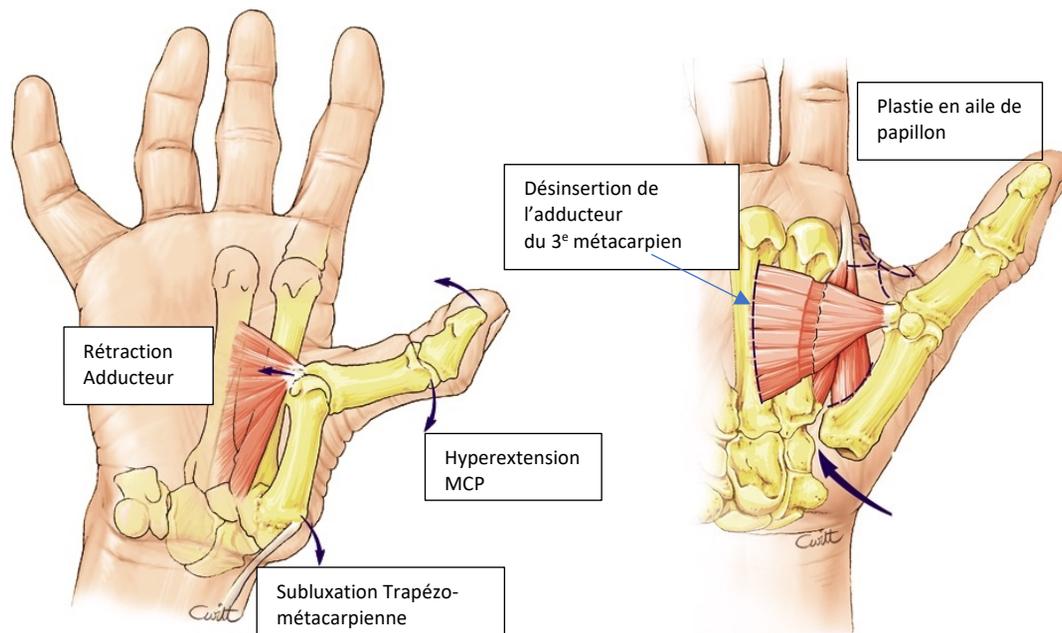
(3) Herzberg G, Izem Y, Al Saati M, Plotard F. PAF analysis of acute distal radius fractures in adults. Preliminary results. Chirurgie de la Main 2010; 29:231-235.





Correction du Pouce adductus

Professeur M. MERLE (Luxembourg)



Correction de l'hyperextension par capsulodéshise
Fixation par ancre et brochage 4 semaines



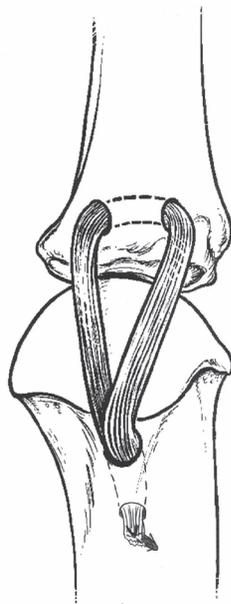
Chirurgie de la main. Affections rhumatismales, dégénératives. Syndromes canaux.
2^{ème} édition- Michel MERLE-Thomas JAGER , Editeur Elsevier 2017



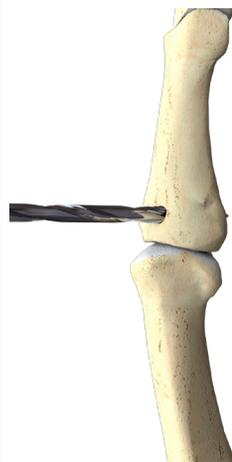


Ligamentoplastie MCP du pouce (LLI)

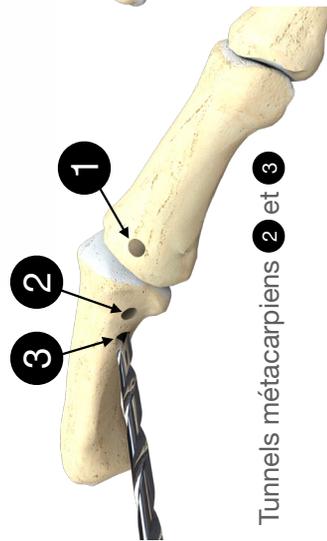
Dr Alexandre DURAND - Institut Européen de la Main - Maxéville - Nancy



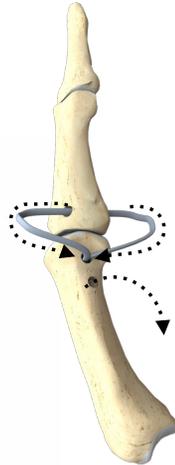
Principe : Un tunnel antéro-postérieur phalangien, un tunnel transversal métacarpien



Mèche de 2,5 mm
Tunnel phalangien 1



Tunnels métacarpiens 2 et 3



Passage phalangien puis
Introduction dans le tunnel 2



Passage du transplant tendineux

Fixation par ancre à la sortie du 2e tunnel



Variante avec vis d'interférence
Et renforcement (Suture tape - Swive Lock x 2)







LIBÉRATION DU NERF INTEROSSEUX ANTÉRIEUR

Docteur Germain POMARES (Luxembourg)



Contexte :

Dans notre expérience, les paralysies du NIOA font généralement suite à un écrasement du tiers de l'avant-bras ou à de volumineux hématomes. La réparation primaire ou secondaire de plaies du NIOA reste exceptionnelle.

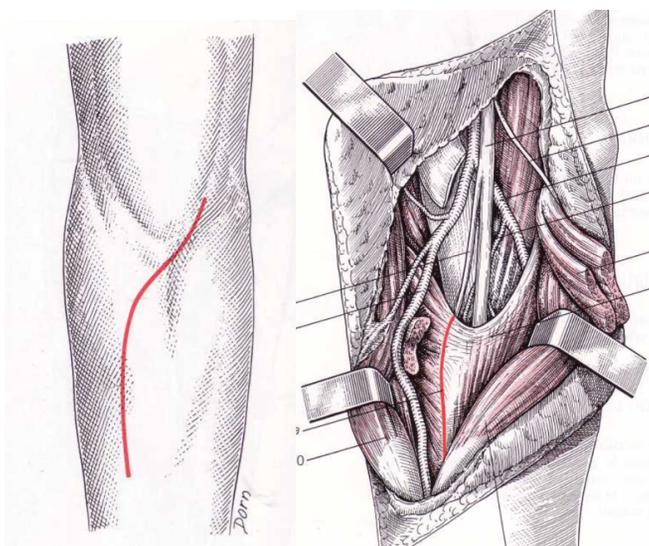
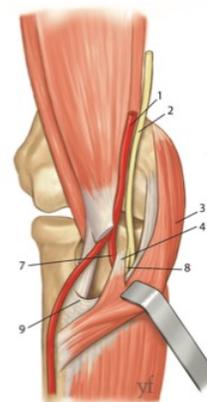
Examen clinique :

Une lésion du nerf interosseux antérieur (NIOA) peut-être démasquée en réalisant une pince pouce-index. Du côté de l'atteinte, la mise en flexion de l'articulation interphalangienne du pouce et interphalangienne distale de l'index devient impossible. La manœuvre est ainsi positive lorsque le patient forme une pince de canard en réalisant cette pince pouce-index.

Anatomie :

Le nerf médian chemine entre les chefs superficiel et profond du rond pronateur. L'arcade fibreuse du rond pronateur ainsi que celle du muscle fléchisseur superficiel des doigts sont des sources de compression du nerf médian et du NIOA.

(1) Artère brachiale. (2) Nerf médian. (3) Chef superficiel du rond pronateur. (4) Chef profond du rond pronateur. (5) Artère radiale. (6) Artère ulnaire. (7) Artère interosseuse antérieure. (8) Nerf interosseux antérieur. (9) Arcade du fléchisseur superficiel sectionnée. (10) Ténotomie d'allongement du rond pronateur.



Technique opératoire :

Cet abord autorise l'abord du nerf médian et du NIOA. L'abord est antérieur et se situe au 1/3 proximal du coude. Une incision en S est pratiquée à la face antérieure du coude. Les 2/3 inférieurs de l'abord longe le bord ulnaire du muscle brachio-radial. Le 1/3 supérieur de l'abord s'incline dans le pli de flexion du coude pour ensuite remonter dans la gouttière bicipitale.

Le nerf médian est repéré à la partie proximale de l'abord. Sur la longueur de l'abord, le nerf médian longe l'artère brachiale, puis l'artère ulnaire. Les axes artériels représentent un repère de l'ensemble de la dissection. L'expansion aponévrotique du biceps brachial est sectionnée. Le trajet du nerf médian se fait entre les deux chefs du rond pronateur. Le chef épitrochléen du rond pronateur est ouvert en Z afin de ménager deux larges lambeaux qui permettront la reconstruction ultérieure du muscle. L'émergence du NIOA est à hauteur du passage du nerf médian dans le rond pronateur.

À ce stade, l'exposition des structures nerveuses est permise en écartant le fléchisseur radial du carpe et le brachio-radial. La poursuite de la dissection impose l'ouverture de l'arcade fibreuse du fléchisseur superficiel des doigts sous laquelle le nerf médian et le NIOA s'engagent. Le NIOA étant entièrement exposé sa libération et son inspection sont alors permises.

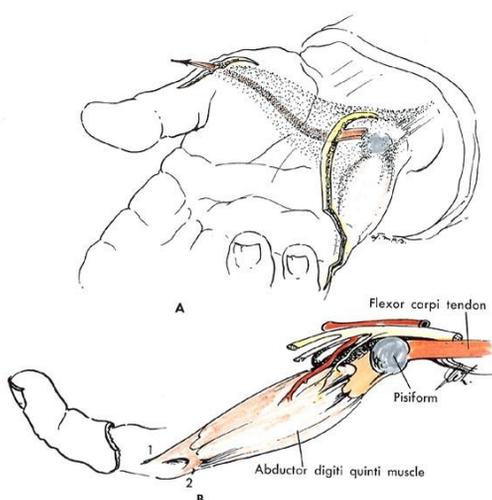
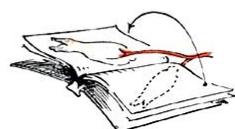
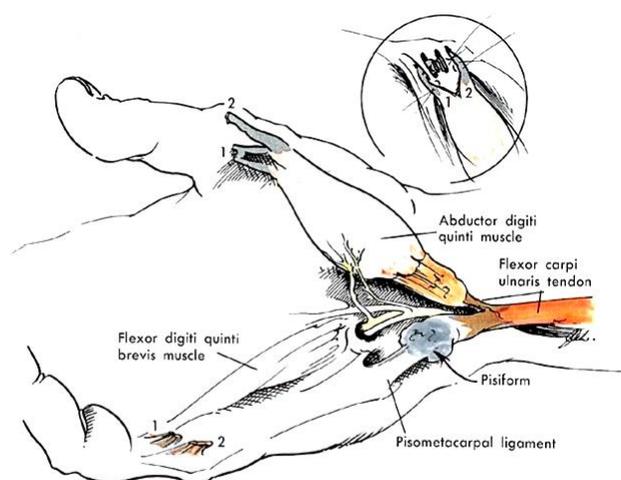
La fermeture se fait en deux plans sur un drain aspiratif.





Transfert d'opposition -Abducteur du V- Technique HUBER-LITTLER

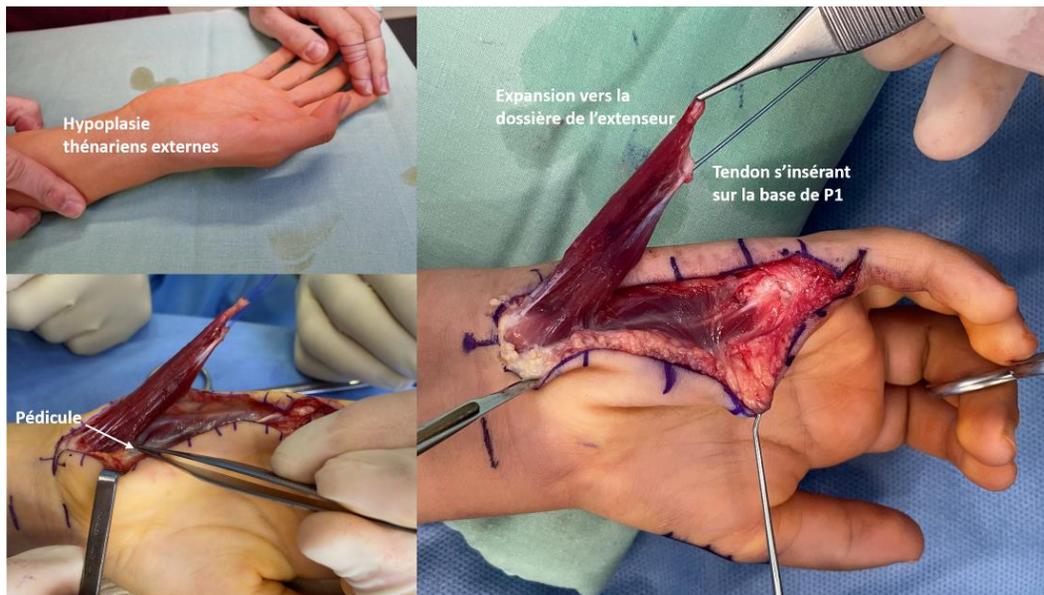
Professeur F. FITOUSSI (Paris) AP-HP / Sorbonne Université



Transfert d'opposition utilisé surtout en main congénitale (hypoplasie du pouce, renforcement d'une pollicisation), ou en cas d'impossibilité d'utiliser un autre transfert d'opposition (le *Flexor Digitorum Superficialis* ou l'*Extensor Indicis Proprius*). Donne un volume à l'éminence thénar

Points techniques :

- Incision sur le bord ulnaire de la main
- Libération de l'*abducteur du V* et section de ses deux tendons distaux (sur la base de P1 et sur la dossière de l'extenseur)
- Repérage de son pédicule issu du pédicule ulnaire
- Désinsertion du pisiforme
- Passage en sous-cutané au-dessus des éléments vasculo-nerveux
- Fixation d'un tendon sur l'opposant/capsule MCP/dossière, le deuxième pouvant servir à renforcer un ligament collatéral de la MCP



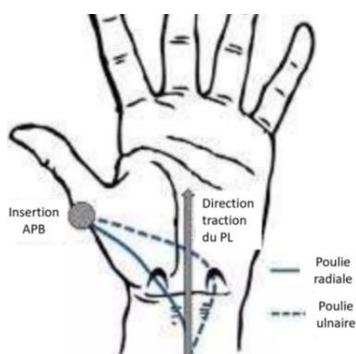
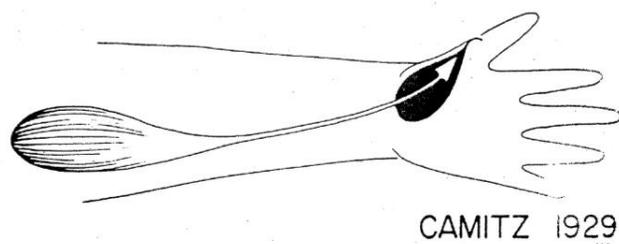
Patient présentant une hypoplasie du pouce de type Blauth II traité par reconstruction du ligament collatéral ulnaire et transfert d'opposition de Huber



Transfert d'un tendon pour l'opposition et de l'expansion aponévrotique pour le renforcement du ligament collatéral médial de la MCP ; Le ligament collatéral a été renforcé une greffe de long palmaire. Broche d'arthrorize de protection.

Transfert d'opposition de type Camitz

Professeur F. FITOUSSI (Paris) AP-HP / Sorbonne Université



Création d'une poulie radiale



Résultats de transferts de Camitz chez deux patients avec hémiplégié spastique

Le transfert de Camitz comporte le prélèvement du *palmaris longus* (PL) prolongé par l'aponévrose palmaire moyenne.

Il est utilisé pour la réanimation de l'*abductor pollicis brevis* (APL) et pour attirer le pouce en antépulsion dans les paralysies basses du médian ou dans les atteintes spastiques.

Il ne peut néanmoins réaliser à lui seul une opposition.

Du point de vue technique :

- L'incision antébrachiale est prolongée jusqu'à la paume de la main
- L'aponévrose palmaire moyenne est incisée selon deux lignes parallèles, puis séparée à sa face profonde du ligament antérieur annulaire du carpe et enfin levée en continuité avec le tendon du PL
- L'aponévrose est ensuite tubulisée puis le transfert est passé en sous cutané pour atteindre l'insertion de l'APB et la dossière par une contre-incision
- La tension doit permettre de maintenir le pouce écarté de la paume en regard de l'index, poignet en légère extension
- Certains auteurs préconisent la réalisation d'une poulie selon l'effet désiré



Restauration de l'opposition du pouce par transfert de l'extensor indicis proprius (EIP).

Docteur Pascal JEHANNO (AP-HP Paris)

Proposé pour la réanimation de l'opposition du pouce, le transfert de l'extensor indicis proprius (EIP) décrit par Burkhalter est une solution simple permettant à la fois de réanimer l'abduction, la pronation et la flexion de la métacarpo-phalangienne du pouce. Sa poulie de réflexion se situe au niveau du bord médial du fléchisseur ulnaire du carpe.

1. Une courte incision dorsale ulnaire située à la jonction du 1/3 moyen -1/3 de l'avant-bras visualise la jonction tendino-musculaire. Le muscle est libéré de ses adhérences. Un plan de décollement est créé depuis cette incision jusqu'à la styloïde ulnaire.

2. Par une courte incision arciforme dans le deuxième espace inter-métacarpien, l'extenseur propre est repéré et sectionné en amont de la sangle de l'extenseur. Afin de ne pas déstabiliser cette dernière, la partie distale de l'extenseur propre est suturée à l'extenseur commun.

7. Deux courtes incisions situées de part et d'autre du ligament annulaire dorsal facilitent l'extraction du tendon. On peut parfois se contenter de l'incision proximale si lors de la traction, il est bien perçu au bord supérieur du ligament annulaire.

6. Une incision verticale de 2 cm environ en regard du fléchisseur ulnaire du carpe et de la saillie du pisiforme permet de récupérer le tendon à transférer.

5. Une incision en aile de mouette à la partie dorso-latérale de la Métacarpo-phalangienne du pouce est réalisée permettant de repérer l'insertion terminale de l'abductor pollicis brevis (APB)

Fixation de l'extenseur propre de l'index à travers le tendon du court abducteur.

4. Le poignet est immobilisé flexion de 30° et le pouce en opposition pour une durée de 4 semaines.

3. A l'aide de ciseaux, décollement sous cutané entre ces deux incisions suivant un trajet oblique parallèle à l'axe du premier métacarpien placé en abduction complète. Le tendon est alors extrait par cette incision au niveau du pouce en s'assurant de ne pas le twister et en restant en avant du Fléchisseur ulnaire du carpe. La course de ce tendon est d'environ 3 à 4 cm. Le garrot est lâché et une hémostase soigneuse des différentes incisions est réalisée. La fermeture cutanée des premières incisions est effectuée avant la fixation du transfert.

Pour en savoir plus :

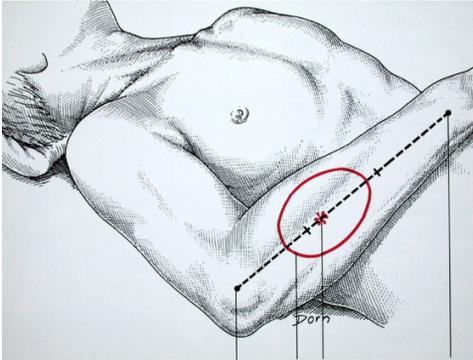
- La main traumatique Tome 2 Merle M – Dautel G
- Burkhalter W The extensor indicis proprius oppensplasty. JBJS 1973 55 A 725-732
- Riordan DC Tendon transfers for nerve paralysis of the hand and wrist. Curr Pract Orthop Surg 1964 , 2 17
- Ankit T and all Functional evaluation of early tendon transfer for thumb opposition in median nerve palsy–J Clinic Orthop Trauma. 2020; Jul Aug 11 (4): 650-656



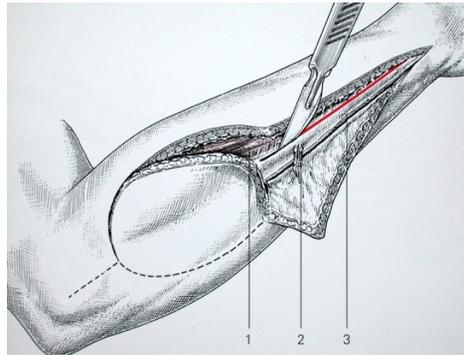


Lambeau Interosseux Postérieur

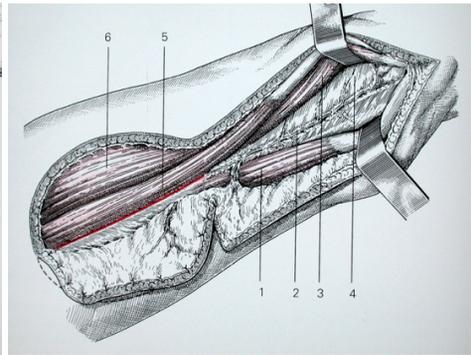
Professeur Alain-Charles MASQUELET (Paris)



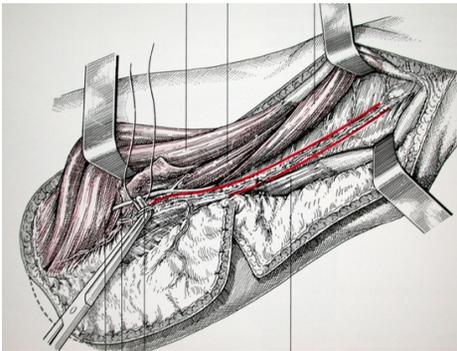
On trace la ligne entre épicondyle et tête ulnaire. Le lambeau est dessiné en regard du tiers moyen, là où naît la branche cutanée décrite par Salmon.



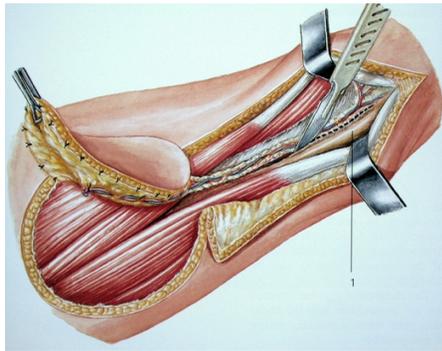
L'incision commence par le bord radial, fascia inclus sur le dessin du lambeau. En regard du pédicule on incise le fascia selon deux lignes parallèles respectivement en regard des tendons de l'ECU et du V



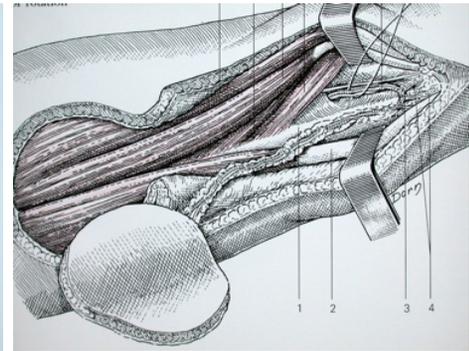
L'extenseur du V et l'ECU sont réclinés et on soulève l'extenseur propre du II qui dissimule l'anastomose qu'il convient de vérifier avant d'inciser le lambeau sur son bord ulnaire. En regard du lambeau on sépare l'extenseur du V et l'ECU en épargnant le fin méso entre les deux muscles, là où chemine la branche cutanée



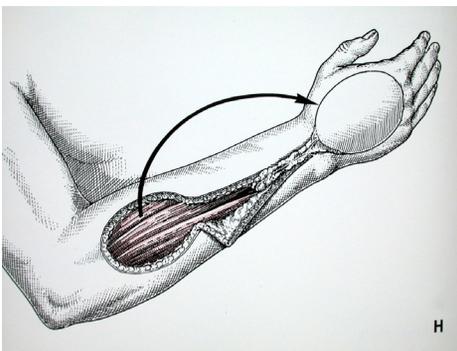
L'artère naît de la face profonde du supinateur tandis que le nerf émerge d'entre les deux chefs du supinateur. La ligature de l'artère est faite immédiatement en amont de la branche cutanée. On est assez souvent obligé de séparer l'artère du nerf sur un ou deux centimètres. C'est le point délicat de la dissection



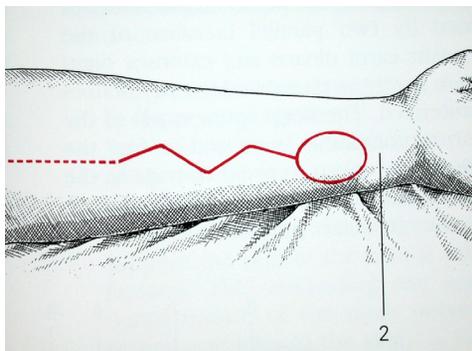
On libère le côté ulnaire du lambeau. Le méso qui raccorde l'artère au lambeau est préservé et la dissection distale se fait rapidement au ras de l'ulna, sans voir le pédicule (0.2 mm)



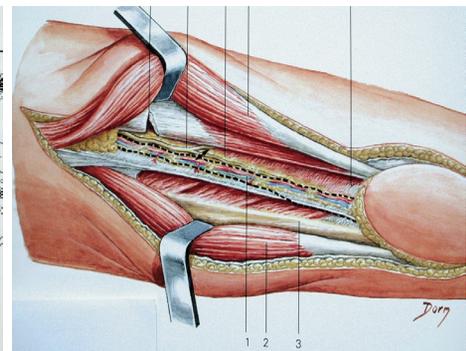
Dans ce cas on a ligaturé l'anastomose pour reporter le point de pivot sur le réseau dorsal du carpe



Ce lambeau est notamment indiqué pour la reconstruction de la première commissure

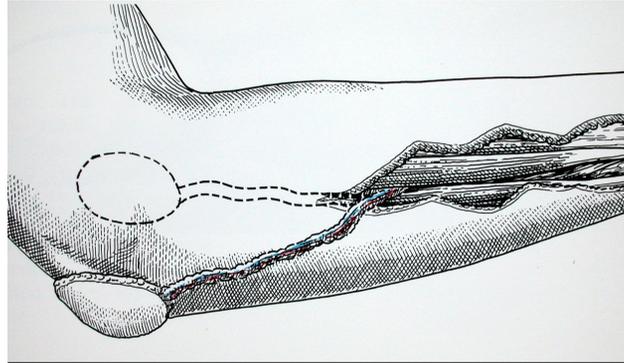


Un petit lambeau peut être prélevé avec un flux direct et un point de pivot proximal pour couvrir les pertes de substance du coude.



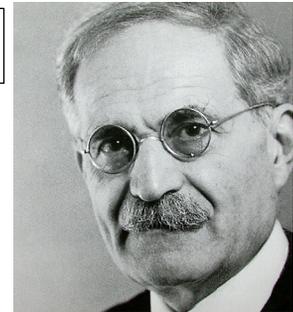
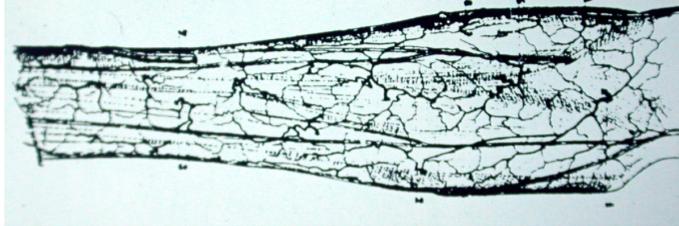
Le pédicule est disséqué aussi haut que possible en proximal, ce qui implique de séparer le nerf de l'artère



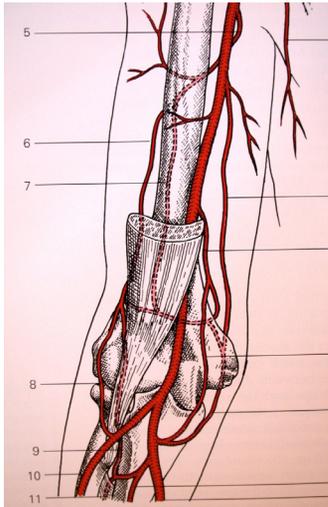


Les indications sont les pertes de substance limitées en regard de l'olécrâne ou du condyle latéral

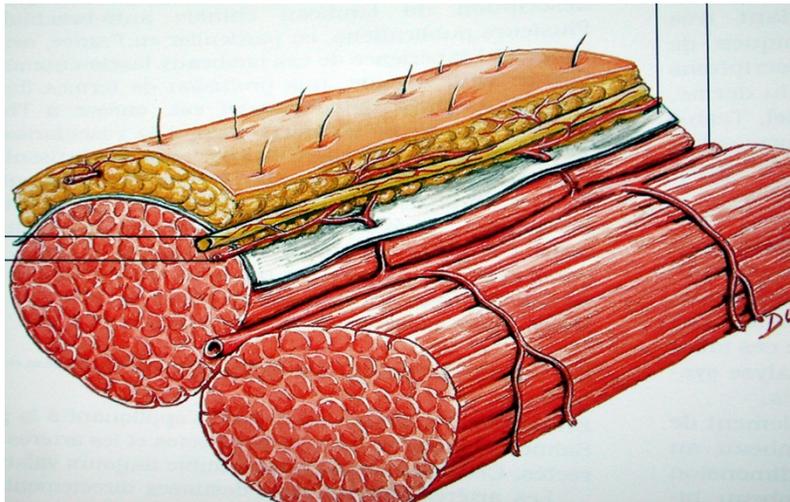
Michel SALMON : Les artères de la peau 1936



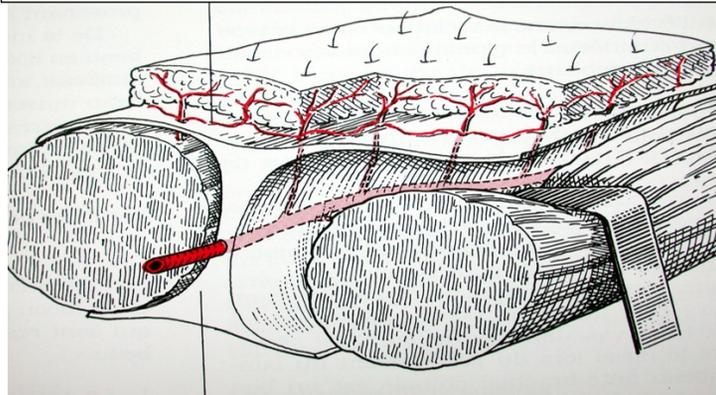
Salmon a décrit une artériole perforante constante, issue de la branche descendant de l'artère interosseuse postérieure, qui irrigue la quasi totalité de la face postérieure de l'avant-bras



Le tronc d'origine des interosseuses



Le lambeau IOP est un lambeau septo-cutané car l'artère interosseuse postérieure chemine dans un véritable tunnel fibreux au tiers distal de l'avant-bras

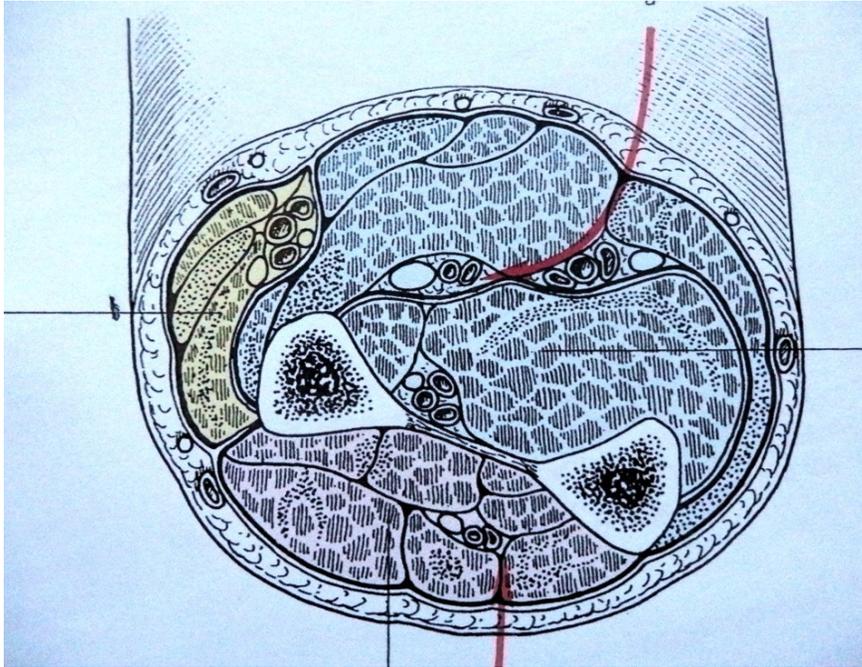




Fasciotomies antébrachiales pour syndrome des loges

Professeur Alain-Charles MASQUELET (Paris)

Les loges de l'avant-bras



Fasciotomies à l'avant-bras

