

Réunion interhospitalière en Chirurgie orthopédique thème « Main et Poignet »

dans le cadre du Master de spécialisation en Orthopédie

Jeudi 11 avril au CHIREC - site Braine-l'Alleud

La première réunion interhospitalière de Chirurgie orthopédique du cycle 2024-2025 s'est tenue le 11 avril dernier au CHIREC à Braine-l'Alleud.

Les **assistant.e.s de l'ULB** étaient invités à participer à cette séance inscrite dans le cadre du Master de spécialisation en Orthopédie.

Complication nerveuse après réinsertion du biceps distal

Liam SABOT, Edouard KUNEGEL, Wissam EL KAZZI
Service de Chirurgie de la Main, CHIREC - Site Delta
E-mail : liam.sabot@ulb.be

Distal biceps tendon rupture is a rare injury often requiring surgical repair. Among the multiple techniques described, cortical button sutures offer advantages in recovery, allowing early mobilization and higher load-bearing capacity. However, it is well documented that this procedure can lead to neurological injuries. This case highlights the challenges of managing these neurological complications, particularly posterior interosseous nerve (PIN) palsy.

Case Summary: We present a case of a 61-year-old male who developed posterior interosseous nerve (PIN) palsy following distal biceps repair using an endo-button fixation technique. After the surgery, the patient exhibited delayed clinical, electromyographic, and radiologic signs of radial nerve impairment. After a period of conservative treatment, the patient underwent a second surgical intervention for nerve decompression and neurolysis. Postoperative recovery showed significant improvement in nerve function, although supination remained incomplete.

Conclusion: Distal biceps tendon repair using cortical button sutures is a delicate and complex surgical technique that can lead to neurological injuries. Managing these complications starts with early recognition and appropriate diagnostic modalities such as EMG and MRI. It is well documented that conservative treatment can often lead to complete nerve recovery. However, in some cases, tailored surgical approaches may be crucial for optimizing outcomes and restoring nerve function. Further research and standardized protocols are needed to enhance the safety and efficacy of distal biceps tendon repair procedures.

Le syndrome du canal carpien : différentes techniques de prise en charge

Ingrid TUZI, Fabian MOUNGONDO
C.H.U. HELORA - Site Kennedy
E-mail : ingrid.tuzi@ulb.be

Le syndrome du canal carpien est le pain quotidien du chirurgien de la main et a un impact socio-économique non négligeable vu sa prévalence.

Le traitement conservateur a fait l'objet d'une review de la Cochrane en 2024. L'attelle nocturne est simple, anodin et efficace au début. L'infiltration aux corticoïdes a montré son efficacité sur la douleur (jusque 6 mois) et peut repousser le besoin d'une chirurgie (jusque 12 mois). Les techniques de thérapie manuelle (mobilisation des nerfs et mobilisation des interfaces mécaniques) ont aussi montré leur efficacité.

Une chirurgie sera proposée après l'échec d'un traitement conservateur ou face à un tableau clinique sévère. La voie ouverte classique (une incision longitudinale d'environ 7 cm) est parfois associée à une neurolyse plus poussée du nerf médian. La voie mini-open (une incision d'environ 1 cm) réduit le temps opératoire et réduit le *pillar pain*. Les résultats au long terme ainsi que le risque de complications et récurrence sont faibles et comparables entre les deux voies. La technique endoscopique a également un faible taux de complication (plus souvent une neurapraxie transitoire du nerf médian) et de récurrence, mais est associée à un coût et une empreinte carbone très élevés.

Décrite pour la première fois en 1997 par un chirurgien japonais, Nakamichi, qui a libéré le canal carpien sous échographie avec une pince à arthroscopie, la technique écho-guidée est actuellement en plein essor. Avec l'apparition d'appareils échographiques plus performants et de nouveaux instruments chirurgicaux, une multitude de techniques écho-guidées sont décrites, dont certaines nécessitent une incision cutanée avec dissection et d'autres sont véritablement percutanées. Les premières études démontrent que la technique est sûre, réduit la morbidité au court terme et permet une récupération fonctionnelle plus rapide par rapport à la technique mini-open. Les résultats au long terme seraient les mêmes qu'avec la technique mini-open, mais des études plus approfondies comparant les techniques (mini-open, endoscopique, échoguidée) sont nécessaires.

Cas rares de tumeurs de la main

Bilal KAPANCI, Felix SHUMELINSKY

*Service de Chirurgie orthopédique - Traumatologie, Clinique des Tumeurs conjonctives et osseuses, H.U.B - Institut Jules Bordet
E-mail : bilal.kapanci@hbruxelles.be*

Nous avons présenté le cas d'une femme de 34 ans présentant une tuméfaction au niveau du versant ulnaire de la 2^e phalange de l'annulaire droit dont le diagnostic a été retardé. La patiente nous est adressée pour ostéosarcome du doigt. Les ostéosarcomes de la main sont extrêmement rares et représentent moins de 1% des tumeurs malignes de la main et 0,2% des ostéosarcomes. Il faut rappeler que les tumeurs malignes de la main sont rares et les ostéosarcomes également. Le peu de cas décrit dans la littérature retrouvent un âge moyen de 43 ans (13 à 85 ans). La localisation préférentielle étant au niveau métacarpophalangien. Le traitement est le même que les ostéosarcomes d'autre localisation consistant en une chimiothérapie néoadjuvante et adjuvante à une chirurgie qui est souvent une amputation étant donné la localisation métacarpophalangienne et la difficulté de reconstruction à ce niveau. Après biopsie, il s'avère que cette patiente ne présente pas un ostéosarcome mais une pseudo-tumeur ostéofibreuse du doigt. La pseudotumeur ostéofibreuse du doigt est une tumeur bénigne apparentée à la myosite ossifiante. Celle-ci est également rare, prédominante chez la femme auto-limitante et bénigne; elle touche principalement les phalanges proximales des doigts. Il semble que les patients ayant une activité professionnelle répétitive au niveau des membres supérieurs soient plus touchés. Comme pour la myosite ossifiante, il existe une phase aiguë douloureuse puis un durcissement de la tumeur qui devient indolore. La minéralisation de la tumeur au cours du temps est aléatoire et non périphérique (contrairement à la myosite ossifiante où elle est périphérique). Le diagnostic se fait à l'examen anatomopathologique par un spécialiste habitué étant donné que le diagnostic différentiel avec un ostéosarcome peut être difficile à la microscopie seule. La présence d'un transcrite de fusion COL1A1-USP6 est caractéristique de cette tumeur. Le traitement est principalement chirurgical et consiste en une résection à visée conservatrice mais il existe certains cas décrits d'amputation dans la littérature. Le taux de récurrence locale varie entre 0 et 14% selon les petites séries rétrospectives de la littérature.

Distal radius fractures - the unnoticed fragment

Stephane JABRE^{1,2}, Antonia GKOTSI^{1,2}, Wissam EL-KAZZI^{1,2}

¹Centre de la Chirurgie de la Main CCM, CHIREC - Delta

*²Service de Chirurgie orthopédique – Traumatologie, H.U.B - Hôpital Erasme
E-mail : stephane.jabre@ulb.be*

With the evolution of the surgical training in the orthopaedic sector, distal radius fracture reconstructions are carried out by more and more orthopaedists not needing necessarily hand surgery training. However, there are some special characteristics of certain distal radius fractures that are very often underestimated, leading to secondary failure. The most usual pattern that goes unnoticed is the palmar fragment of the semi lunate fossa at the level of or distally to the watershed line. The rule forbidding the common reconstructive plates to be placed distally to the watershed line ends up not stabilising this fragment. The theoretical background emphasizes the significance of the palmar fragment in distal radius fractures, highlighting its role as an intra-articular component and its biomechanical implications on wrist joint stability. So, by being unnoticed, direct mobilisation is allowed post operatively, leading inevitably to secondary displacement, malunion, and limited range of motion.

This article discusses the importance of early suspicion for palmar fragments and their identification through various factors, including radiographic findings, comminution levels, and comparison with the contralateral side, through illustrative case studies at our hospital facility. The presented case studies illustrate the challenges encountered when palmar fragments are neglected, emphasizing the importance of tailored surgical approaches for successful outcomes.

In conclusion, recognizing and appropriately addressing palmar fragments in distal radius fractures are crucial to achieve stable fixation and prevent secondary displacement. Disseminating knowledge on this aspect of fracture management will enhance surgical outcomes and patient care in the field of distal radius fracture reconstruction. Further research and continued awareness will contribute to improved treatment strategies and functional recovery for affected patients.

Les tumeurs glomiques de la main

Norddine KHAMRICHI, Maxime FASSEAUX, Harold JENNART

Service de Chirurgie orthopédique - Traumatologie, C.H.U. TIVOLI - La Louvière
E-mail : Kh-norddine94@hotmail.fr

Découverte au 19^e siècle, la tumeur glomique est une tumeur bénigne développée au dépend d'un glomus sous-cutané. Cet organe de régulation permet de mesurer les pressions et les variations de température de l'environnement. À prédominance féminine, cette tumeur se localise souvent sous l'ongle et reste de petit volume. Elle représente entre 1 et 5 % des tumeurs des tissus mous de la main chez l'homme et son traitement est exclusivement chirurgical. La plupart des cas sont sporadiques, le facteur de risque principal étant le traumatisme de l'ongle.

Le diagnostic peut être très long à poser, pouvant aller jusqu'à 10 ans dans certaines séries.

En effet, elle représente un défi diagnostique majeur dans nos pratiques quotidiennes en raison du contraste entre les signes cliniques, parfois timides (petite zone bleutée sous l'ongle) voire totalement absents et les plaintes du patient témoignant d'une douleur excessivement importante au contact du froid, du toucher ou d'un simple effleurement. Avec le temps, la tumeur peut devenir plus volumineuse et occasionner des lésions plus visibles. Elle peut envahir le lit de l'ongle ou l'os, entraînant respectivement une dystrophie unguéale ou une ostéolyse de la phalange, provoquant une déformation du doigt qui peut être relevée lors de l'examen clinique.

Le bilan d'imagerie peut se faire par échographie, mais l'IRM reste plus sensible et moins praticien-dépendant.

Le traitement est la résection chirurgicale complète et minutieuse. Classiquement, deux voies d'abord sont utilisées. Soit la tumeur est aisément localisée et la voie d'abord latéro-unguéale, en soulevant l'ongle, permet d'exciser un glomus situé sur la face dorsale. Soit la tumeur est plus médiane et il faut alors se résigner à une voie abord trans-unguéal, courant ainsi le risque d'une dystrophie post-chirurgicale, préférable à une récurrence douloureuse précoce due à une résection incomplète. Une excision plus large que la zone présumée tumorale doit être réalisée pour éviter les récurrences.

En conclusion, rappelons le contraste important entre les signes cliniques, parfois inexistant, et l'anamnèse du patient rapportant des douleurs importantes, afin de ne pas méconnaître une tumeur glomique et de retarder sa prise en charge chirurgicale.

Figure

IRM du 4^e rayon G.

