

LE PETIT JOURNAL DES CHIRURGIENS DE LA MAIN

N° 7 - DÉCEMBRE 2016

édito

BRUNO LUSSIEZ

Par la volonté et l'énergie de son Président, le Congrès 2016 est placé sous le signe de la jeunesse. Jeunesse des participants, qui font le succès du « GEM » depuis de nombreuses années, fraîcheur des débats et discussions qui animent autant les salles de communications que les couloirs, nouveauté constante des techniques qui passionnent tant les juniors que les séniors ; l'enthousiasme a toujours été la marque de notre Société, et le ciment de nos congrès (dégageant ainsi, comme nous le savons, beaucoup de chaleur).

La garde descendante a toujours passé les consignes à la garde montante ! L'enseignement et la transmission du savoir

et des techniques ont fait le succès du compagnonage qui nous a tous formés. Ce passage des connaissances et des savoirs évolue vite, et c'est ainsi que Philippe Liverneaux, (loué soit notre Secrétaire) et le Bureau, ont mis en forme et sur pied la PEEM, outil moderne de la diffusion de nos connaissances aux jeunes générations. Lisez, à ce propos, son papier dans ce numéro.

Enfin le PJCM doit permettre aux plus jeunes de connaître la Société, son fonctionnement et son évolution. Il est fait pour eux, ouvert jour et nuit, et sa réalisation doit leur être confiée. Alors, faites-vous connaître (par télégramme, pneumatique, ou minitel comme vous voulez...).

« *Les théories passent, la grenouille reste.* »

Jean Rostand



Chers amis,

J'ai l'honneur d'être le Président de notre belle société en 2016. Faire partie de cette prestigieuse liste allant de Raoul Tubiana, à Guillaume Herzberg, en passant par nombre de grands chirurgiens qui ont tant fait pour notre spécialité, est un honneur que je mesure avec modestie et responsabilité.

Dans ma formation professionnelle, j'ai eu l'immense chance d'être guidé par des chirurgiens exceptionnels qui ont été mes maîtres et qui m'ont donné très jeune la chance et la possibilité de développer l'expression scientifique, la recherche et l'enseignement, qui font que notre métier peut devenir si passionnant, si différent.

C'est pourquoi, comme un hommage à mes maîtres (Michel Carcassone en chirurgie infantile, Jean-Manuel Aubaniac en chirurgie orthopédique, Guy Magalon, Raoul Tubiana, Philippe Saffar, Thierry Judet, Alain Gilbert), j'ai décidé « d'offrir » notre plateforme du congrès 2016 au plus jeunes d'entre nous. Bien sûr nous serons avec eux pour guider leurs travaux, mais c'est à eux que j'ai demandé de préparer la partie scientifique.

Nous avons organisé des réunions régulières et j'ai été stupéfait de voir avec quel enthousiasme et quel entrain ils se sont mis au travail. Je suis certain que nous allons être épatés ! Notre congrès s'appellera « Nouvelle vague ». Soyons nombreux à venir les écouter, et surtout n'oublions jamais que, nous aussi, nous avons été plus jeune, avec parfois (souvent !! pour certains) beaucoup de difficultés à pouvoir nous exprimer devant nos illustres anciens.

Nous allons également, avec nos amis kinésithérapeutes, organiser une table ronde sur le traitement de la raideur post-traumatique, et bien sûr post-chirurgicale. Vaste débat ! Mais j'espère, une fois de plus avec l'aide de nos plus jeunes kinésithérapeutes, que nous arriverons à dégager un « guideline » du traitement de ce difficile et trop fréquent problème.

J'ai invité également quelques conférenciers étrangers, mais quels invités ! D'abord mon ami Marc Garcia-Elias de l'Institut Kaplan de Barcelone, viendra nous parler de l'arthrose après dissociations

scapho-lunaire dans une conférence intitulée : « SLAC lésions : comment ça marche ? ». Diego Fernandez de Berne, Francisco Del Pinal de Santander et Gustavo Mantovani de Sao Paulo, tous très « jeunes », n'ont pas besoin d'être présenté, et viendront nous éclairer sur des problèmes particuliers touchant bien évidemment à l'articulation du poignet.

Il est de tradition d'inviter un « non-chirurgien ». Il suffit de bien me regarder pour comprendre que je suis passionné par les « bonnes choses » en général, et le vin en particulier.

J'ai demandé à mon ami Gaël Chauvet, immense sommelier, sélectionneur des vins de la prestigieuse cave Lavinia à sa création, grand ami des meilleurs vignerons, de nous faire une conférence sur « La main du vigneron »... Gageons qu'il y aura plus de vins et de vignerons que de mains...

Le dîner de gala aura lieu dans le merveilleux restaurant « Mori Venice Bar » tenu par mon grand ami Massimo Mori. Produits vénitiens de haut niveau et vins italiens, places rares... Pensez à réserver !

Enfin je voudrais remercier le bureau de la SFCM qui travaille inlassablement à mes côtés pour la réussite de ce congrès, ainsi que notre merveilleuse et irremplaçable Juliette, cheville ouvrière de la société qui gère TOUT absolument TOUT, Camille Voisin la responsable de notre nouveau PCO dont nous ne recevons que des éloges, à tel point que la SOFCOT vient également de la choisir pour leur congrès, et enfin Jean-François Pannas notre webmaster qui a modifié notre site web !

Tout est prêt pour que le congrès 2016 soit un autre succès !
Je vous y attends tous.

Christophe Mathoulin

Président de la Société Française de Chirurgie de la Main

Secrétariat scientifique : <http://www.sfcm.fr>



Où en est la PEEM ?

La PEEM est la **Plateforme d'Enseignement Electronique francophone de la chirurgie de la Main**. Elle a pour objectif de servir de base à la formation initiale et continue en chirurgie de la main.

Le contenu de la PEEM est orchestré par le Comité Pédagogique comprenant 5 membres universitaires élus par le Bureau : I Président (Christian Fontaine), 2 orthopédistes (Sybille Facca, Emmanuel Masméjean) et 2 plasticiens (Isabelle Auquit Auckbur, Marc Revol). La PEEM comprend à ce jour plus de 1000 articles pédagogiques publiés chez Sauramps Médical et Elsevier, tous rédigés par les membres de la SFCM au cours des 10 dernières années. C'est une encyclopédie en ligne francophone évolutive de chirurgie de la main qui fonctionne avec un moteur de recherche. Le référencement des articles est réalisé par plusieurs dizaines de binômes comprenant chacun un membre senior et un membre junior de la SFCM avec l'aide logistique du Comité Multimédia (Alexandre Durand, Christophe Camps, Jean François Pannas). La PEEM est accessible à tous les membres de la SFCM à jour de leur cotisation à partir de janvier 2017 sur simple demande d'identifiants à la page d'accueil de son site Internet. Ne laissez pas passer la date !

La PEEM sert de base théorique au DIU de chirurgie de la main Paris-Nord-Est comprenant 5 universités françaises : Besançon, Lille II, Paris V, Paris VI, et Strasbourg. Le programme du DIU de chirurgie de la main Paris-Nord-Est reprend strictement les 307 objectifs du Collège des Enseignants en Chirurgie de la Main dont le Président est Michel Rongières. Les étudiants inscrits à ce DIU lisent les articles correspondant aux objectifs de la séance de cours avant la séance de cours. L'enseignement sous forme de cours inversés se déroule dans les prestigieux locaux de l'Académie Nationale de Chirurgie avec des cas cliniques illustrés. Cette nouvelle forme pédagogique permet une interactivité particulièrement dynamique qui plaît aux étudiants et aux enseignants. Quoi de plus logique que d'allier le passé prestigieux de l'Académie Nationale de Chirurgie et les nouvelles technologies pour l'enseignement de la chirurgie de la main d'aujourd'hui ?

La PEEM a vocation à s'étendre très vite aux autres universités françaises dans le but d'harmoniser la formation initiale des Internes au niveau national. La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales qui se mettra en place à la prochaine rentrée universitaire imposera un enseignement national harmonisé.

La PEEM sera le média idéal pour la FST (Formation Spécialisée Transversale) en chirurgie de la main qui, nous l'espérons, sera acceptée par les ministères en charge de la réforme. Vous l'avez compris, il est capital que les autres DIU utilisent dès la rentrée universitaire prochaine la PEEM !

La PEEM n'est pas un outil figé. Elle doit voir évoluer à la fois son contenu et son contenant. Au moment du GEM-congrès 2016, la présidence de Christophe Mathoulin verra la première phase de la PEEM, qui compte déjà plus de 1000 articles sous format pdf, aboutir. La deuxième phase est un plus grand chantier, avec la mise en ligne de dizaines de cours sous format power point sonorisés, comportant des vidéos d'examen clinique et de techniques chirurgicales. La SOFCOT nous a demandé de répondre aux exigences des ministères et de partager les fruits du travail de la PEEM avec la plateforme d'enseignement de la SOFCOT, pour embrasser l'ensemble des objectifs pédagogiques destinés aux Internes de chirurgie orthopédique et traumatologique dès la prochaine rentrée universitaire. Ne nous laissons pas dépasser par l'urgence du calendrier !

Les membres de la SFCM sont tous les bienvenus pour travailler au succès de cette deuxième phase qui devra être terminée avant la rentrée scolaire 2017-2018. Merci de vous impliquer dans ce projet exceptionnel dans l'intérêt général de la SFCM et l'intérêt particulier de chacun de ses membres. Vous recevrez début 2017 une feuille de route par la liste de diffusion de la SFCM que gère de main de maître notre Juliette préférée !

SFCMment.

COMMENT ALLER SUR LA PEEM ?

- Étape 1 **Aller à <http://peem.sfcm.fr>**
- Étape 2 **Entrer les codes de 1^{ère} identification**
Identifiant : sfcm
Mot de passe : sfcm
- Étape 3 **Entrer les codes de 2^{ème} identification**
Identifiant : vous devrez vous enregistrer pour obtenir un identifiant personnel
Mot de passe : vous devrez vous enregistrer pour obtenir un mot de passe personnel



Plaidoyer pour l'interdisciplinarité

YVES ALLIEU



La spécialisation est une dure nécessité. Déjà en 1882, H. Bergson dénonçait « l'illusion encyclopédique » vu les progrès des sciences et techniques et tenait pour impossible la pluridisciplinarité, alors que B. Pascal écrivait en 1650 « Je tiens pour impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître les parties ». Cette « illusion encyclopédique » est à mettre en parallèle avec les risques et impasses d'une spécialisation outrancière prématurée entraînant cécité et stérilité.

Si la spécialisation était pour H. Bergson une dure nécessité il ajoutait « on ne devrait descendre une science spéciale qu'après avoir considéré d'en haut, dans leurs contours généraux, toutes les autres ». L'hyperspécialisation précoce, refermée sur elle-même, entraîne cécité et stérilité.

La Discipline peut être définie comme un ensemble de contraintes permettant la maîtrise d'un contenu de connaissances (Chirurgie Orthopédique et Traumatologique). Les progrès de nos connaissances l'ont divisée en spécialités.

La spécialité est définie par appareil : Chirurgie du membre supérieur. Elle peut être subdivisée : Chirurgie de la main, Chirurgie de l'épaule. Cette hyperspécialisation au sein de l'appareil de préhension est, certes, parfois, une dure et efficace nécessité mais elle ne doit pas être isolée. Elle doit être intégrée dans des structures prenant en charge l'unité fonctionnelle que constitue le membre supérieur. Ces structures (Chirurgie de la main et du membre supérieur) permettent des échanges fructueux entre leurs chirurgiens, chacun étant plus ou moins spécialisé dans un domaine (chirurgie de la main et du poignet, chirurgie du coude, chirurgie de l'épaule). Elles sont aussi une assurance contre l'évolution médicale dans le temps. La chirurgie de la main s'appauvrit actuellement, ses indications se faisant plus rares dans certains domaines : Chirurgie de la main rhumatoïde vu les progrès du traitement médical, Chirurgie de la maladie de Dupuytren vu l'apparition de techniques mini-invasives, Réimplantations et mains traumatiques complexes vu l'efficacité des mesures préventives... Au contraire la chirurgie de l'épaule et du coude sont en plein développement...

La spécialisation trouve aussi, pour certains, son fondement dans la maîtrise d'une technique : micro chirurgie, arthroscopie. Il ne s'agit alors que de techniques à mettre au service d'une spécialité.

Mais la spécialisation peut aussi se faire autour du malade et de sa pathologie : chirurgie oncologique, chirurgie de la polyarthrite rhumatoïde, chirurgie neuro-orthopédique, consultation des musiciens... La spécialisation par appareil et par discipline est alors insuffisante. Il faut avoir recours aux connaissances d'autres disciplines et donc à l'interdisciplinarité.

L'interdisciplinarité est à la base des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), regroupant au moins 3 professionnels de santé de 3 disciplines différentes, bien codifiées et structurées en cancérologie, maladies neuro-musculaires, consultation de la douleur. L'annuaire national des réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie (ANRCP) a été mis en œuvre par les pouvoirs publics et centralise les informations actualisées relatives à l'offre des RCP sur le territoire national.

Si l'interdisciplinarité, en particulier en oncologie, est admise comme indispensable ce concept, qui a fait la preuve de son efficacité au bénéfice du patient n'a pas été appliqué aux autres disciplines et spécialités. Les consultations interdisciplinaires en chirurgie de la main et du membre supérieur doivent, dans certains domaines, se développer (Chirurgie neuro-orthopédique de la main et du membre supérieur spastique, amputations et appareillage, Main rhumatoïde, Pathologies de la main des musiciens...) avec, à la demande selon les cas, d'autres spécialistes : Médecins physiques, Neurologues, Rhumatologues... et aussi, vu les progrès techniques des examens para-cliniques : Radiologues, Echographistes, Electromyographistes... Elles permettent des échanges fructueux et sont sources d'idées nouvelles et de progrès se faisant souvent « aux frontières » des spécialités.

La consultation interdisciplinaire, pour l'instant, ne pose pas de problème pratique en secteur public avec la participation de vacataires ; il n'en est pas de même en secteur privé où elle pose, en particulier, celui de la rémunération des intervenants.

Spécialité et Interdisciplinarité rendent indispensable une collaboration logique et évidente entre Secteur public et secteur privé. Mais... comme dirait Rudyard Kipling, « Ceci est une autre histoire »...

I^{er} Congrès international de Chirurgie de la Main du Cameroun

HUGUES TIEMDJO



DOUALA, 22- 24 FÉVRIER 2016

« P remier coup d'essai, coup de maître : réussite totale »
Dr JC Mbatchou, Pédiatre (un des doyens de la ville de Douala) Ce premier congrès international de Chirurgie de la main du Cameroun organisé par le centre de Chirurgie de la Main et des Paralysies de Douala avec comme thème central « la Chirurgie de la main : une réalité au Cameroun » aura été de l'avis de tous un grand succès.

Des participants venus de toute l'Afrique francophone et du Maghreb, de l'Europe (France, Suisse) avec une mention spéciale pour Élodie Payet de la Réunion. Des ténors du GEM (P- Y. Milliez (président du comité scientifique), F. Moutet (Ancien président de la société Française de Chirurgie de la Main), B. Salazard de Marseille, R. Beccari pour ne citer que ceux-là) ainsi que ceux du GEMMSOR, F. Degez (président du GEMMSOR), D. Thomas (Ancien président du GEMMSOR et membre fondateur) A. Baiada (référence en rééducation de l'enfant) ont contribué à la richesse de ce premier congrès. Le Ministre de la Santé publique du Cameroun a rehaussé l'écho du congrès en présidant personnellement la cérémonie d'ouverture et félicité le président du congrès pour cette initiative et émis le souhait que le Cameroun soit une destination médicale en matière de chirurgie de la main.

Trois jours plein de travaux qui se terminaient jusque tard le soir sur les thèmes spécifiques choisis à dessein pour faire connaître

la chirurgie de la main aux professionnels de santé ainsi qu'à la population : urgences de la main, main congénitale, paralysie obstétricale du plexus brachial (avec un forum ouvert au public), main de l'hémiplégique, anesthésie loco-régionale du membre supérieur. À signaler que les bases de la Société Africaine de Chirurgie de la Main ont été mises sur pied avec un bureau provisoire chargé d'œuvrer à sa concrétisation. La cérémonie de clôture a été présidée par Monsieur le Gouverneur de la région du Littoral.

Le jeudi 25 février, une journée de consultations gratuites a eu lieu au Centre de Chirurgie de la Main et des Paralysies de Douala où les enfants atteints de paralysies obstétricales du plexus brachial et malformations congénitales de la main ont pu bénéficier de l'expertise d'éminents spécialistes.

Parallèlement une session de formation des kinésithérapeutes à la rééducation et appareillage de la main a eu lieu ainsi qu'un workshop des infirmiers anesthésistes sur les blocs du membre supérieur sous échographie, workshop animé par Y. Pichot et L. Nkashama de Grenoble.

L'agréable a été joint à l'utile avec une baignade à la plage de sable noir de Limbe, une dégustation de la riche gastronomie camerounaise, le goût délicieux du poisson frais braisé reste encore en bouche chez beaucoup !



Bureau de la Société Africaine de Chirurgie de la Main
A. Kibadi, L. Amirat, NF. Coulibaly, H. Tiemdjo, V. Assi



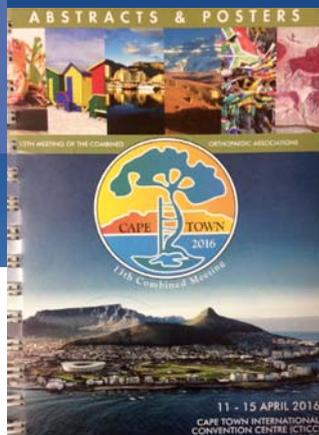
H. Tiemdjo, F. Moutet, PY. Milliez



Compte rendu des communications libres du COMOC (Afrique du Sud)

LAURENT OBERT

AVRIL 2016



C OUDE

Un joli travail portant sur **83 prothèses de coudes** comparant le détachement du triceps et l'utilisation de la fenêtre mobile c'est-à-dire le passage de part et d'autre de ce triceps qui est respecté. Il existait 30 % de complications dans le groupe de désinsertion du triceps. Le taux de complications était 4 fois moins important dans le groupe où le triceps n'avait pas été détaché. Il faut savoir que la moitié des patients qui avait une rupture du triceps ont développé une infection car ils ont été repris. Pratiquement : ne pas couper le triceps ou le désinsérer... voilà la vraie révolution en chirurgie du coude.

Un très joli travail concernant la nécessité ou non de transposer **le nerf ulnaire** dans les prothèses totales de coudes. En fait, il n'existait que 2,6 % de complications post-chirurgicales alors que le nerf n'a pas été transposé. A la lumière de ce travail, les auteurs ne recommandent pas la transposition systématique sauf chez les patients qui ont un volant de flexion pré-opératoire de moins de 100°.

P OIGNET

Nerf et arthroscopie poignet : travail sur les risques nerveux dans les arthroscopies du poignet avec un travail anatomique qui montre que la branche sensitive du nerf ulnaire est à risque avec l'orifice 6U est à en moyenne 1 mm de l'orifice, la branche sensitive du nerf radial est à risque au niveau de l'orifice 1-2 est à 6 mm et le nerf interosseux postérieur est à risque au niveau de l'orifice 3-4 avec une distance de 4 mm. Ainsi, la branche ulnaire du nerf ulnaire est très près des orifices 6U et 6R et la branche sensitive du nerf radial très près des orifices 1-2 et 3-4 mais il y a énormément de variations finalement. Pratiquement : le mieux est de faire une incision cutanée, de décoller la peau et le tissu cellulaire sous-cutané pour repousser les structures nerveuses sous-jacentes, il ne faut pas rentrer en une fois.

Chirurgie du pouce et anesthésie : très intéressant travail sur le nerf cutané latéral de l'avant-bras qui montre que son anesthésie est toujours possible en le bloquant à 10 cm de la ligne épicondylienne, il est toujours sous la veine céphalique et il participe à l'anesthésie de l'articulation radio-carpienne. Normalement, ce n'est que la branche sensitive du nerf radial et le nerf médian qui sont anesthésiés pour une chirurgie de la base du pouce ou du bord externe du poignet. Pratiquement : Il serait intéressant d'anesthésier aussi le nerf cutané latéral de l'avant-bras.

Très joli travail sur les luxations péri-lunaires où un abord palmaire est associé à un abord dorsal avec passage dans la lésion capsulaire. Ce travail est intéressant car il propose de réduire a ciel OUVERT, même en urgence, mais de réopérer les patients en secondaire (ouverts 2 fois... !!!). Pratiquement : cela va dans le sens d'une réduction en urgence et d'un traitement secondaire, qu'il soit arthroscopique ou ouvert. On n'ouvre pas encore 2 fois les patients.

M AIN

Mallet-finger osseux : Ce n'est pas le volume du fragment osseux qui conditionne l'instabilité de l'articulation et le caractère luxé ou subluxé mais la direction du traumatisme. En effet, sur 30 patients, ce sont les patients qui ont un traumatisme en hyperextension, choc direct sur le doigt contre la pulpe, qui sont à risque de subluxation ou de luxation, plutôt que les patients avec un traumatisme en hyperflexion. Ainsi donc, pour la première fois, c'est plus le mécanisme traumatique que le volume osseux qui serait lié à la luxation. Pratiquement : vigilance si le patient parle d'hyperextension et chirurgie peut être « plus » fréquente.

Un travail sur une série de 2000 patients avec un **canal carpien** qui pour la première fois retient les causes secondaires de ces canaux carpiens. Il existait sur 950 opérations chez 826 patients, 9,5 % de diabète, 9,7 % de problème de thyroïde et 7.5 % de polyarthrite rhumatoïde. Il est à noter que dans ce travail où les patients ont été évalués de façon précise à 1 semaine et demi, 2 semaines, 6 semaines et 12 semaines, les patients diabétiques avaient le même résultat que les patients non diabétiques à 6 semaines mais ils évoluaient plus lentement vers la guérison. Pratiquement : il y aurait 30 % de causes secondaires aux canaux carpiens

Un travail intéressant sur **les prothèses anatomiques IPP** qui montrent malgré tout un liseré dans 26 % des cas et des complications dans 30 % des cas. Il faudra revoir les prothèses sans IPP, nous avons moins de complications que cela.

Un travail remarquable norvégien sur **les trapézectomies isolées** chez 45 patients, qui montre que les patients qui ont une trapézectomie présentent une maladresse mal évaluée voire non évaluée jusque-là. Les patients étaient questionnés par téléphone un an au moins après l'opération ; 1/3 des mains était rapportée comme maladroite avec une gêne au boutonnage, une gêne au ramassage d'un petit objet sur une surface plate. Pratiquement : il faudra rajouter un « score de maladresse » à nos études sur les prothèses.

Travail très intéressant sur **les infections de la main** chez plus de 200 patients. Il faut savoir qu'en AFRIQUE du SUD, 1 patient sur 10 est atteint du SIDA. Les morsures et les infections de la main chez les patients diabétiques avec un décompte de CD4 inférieur à 150, nécessitent une chirurgie plus agressive et probablement une bi-antibiothérapie d'emblée. Si le taux est > 500 pas plus de risque. Pratiquement : ce qui nous pousse à probablement devoir envisager une évaluation et une mesure du taux de CD4 chez les patients diabétiques au moins et peut-être même chez les patients chez qui nous allons mettre une prothèse pour fracture en urgence. En effet, dans notre travail avec la CRP, il n'est pas possible de prédire le risque d'infections chez des patients ; par contre, il serait intéressant de refaire le travail sur les fractures du col avec les PIH avec le décompte du CD4.

A UTRE

Un travail intéressant sur **les gants type GVIR** pour inactiver le virus ; il faut savoir que l'entreprise qui fabriquait initialement ces gants était à MULHOUSE et qu'elle a été rachetée par une entreprise malésienne. Si la double paire diminue de 48 % le risque de contamination virale, les gants GVIR diminuent de 98 % au vu des derniers travaux.



IFFSH 2016 BUENOS-AIRES

BRUNO LUSSIEZ

OCTOBRE 2016

Le pays de Carlos Gardel, Manuel Fangio, Diego Maradona, Jorge Luis Borges, Ernesto Guevara, et du cardinal Bergoglio (le pape François !) est aussi celui d'Eduardo A. Zancolli. L'Argentine organisait le 50^{ème} anniversaire de l'IFFSH (24-28 octobre), dans les salons du splendide Hotel Hilton du quartier moderne de Puerto Madero.



Il paraît que Buenos-Aires est la ville au monde qui comprend le plus de psychiatres, freudiens et jungiens se partageant le marché, mais pendant ces quatre jours elle fut celle qui accueillit le plus de chirurgiens de la Main. Il y a souvent eu des histoires de main en Argentine. Anciennes, comme la « Cueva de las Manos », grotte de la fin du VIII^{ème} millénaire dont les parois sont couvertes de peintures polychromes de mains en négatif, la main de Dieu » du joueur de football Diego M., et cette amputation post-mortem des deux mains du Président Peron en 1987, volées et que l'on n'a jamais retrouvées.



Nombreux participants (plus de 1 600 chirurgiens et plus de 500 médecins rééducateurs de l'IFSHT), regroupant 38 pays. Notre pays était plutôt bien représenté : une vingtaine de visages connus, dont nombre de Présidents (très anciens, anciens, actuel, futurs certains, futurs potentiels, futurs souhaités), et quelques personnalités nodales de la Société Française, qui ont participé à des symposiums, sur **l'arthroscopie du poignet** notamment avec de nombreux membres de l'EWAS – Mathoulin, Herzberg, Liverneaux –, fait des présentations, – Chammas, Candelier, Bellemère, Merle, Taleb, Lebailly, Agout, Mallard, Bodin, Roux - écrit des posters – Desmoineaux, Lussiez – et squatté les tables lors des poses en dégustant des médialunas, ces succulents croissants argentins – Philippe Liverneaux principalement –. Notre pays était à l'honneur une nouvelle fois grâce à **Michel Merle**, qui fut reconnu Pionnier en Chirurgie de la Main, seul français cette année parmi 38 autres grands noms de la chirurgie de la main mondiale. La chirurgie de la Main française se porte bien, et s'exporte pas mal.



Une très belle exposition sur l'**histoire de l'Anatomie**, mettant à l'honneur, naturellement Eduardo A. Zancolli et ses dessins précis et didactiques, l'école argentine, mais aussi l'école française.

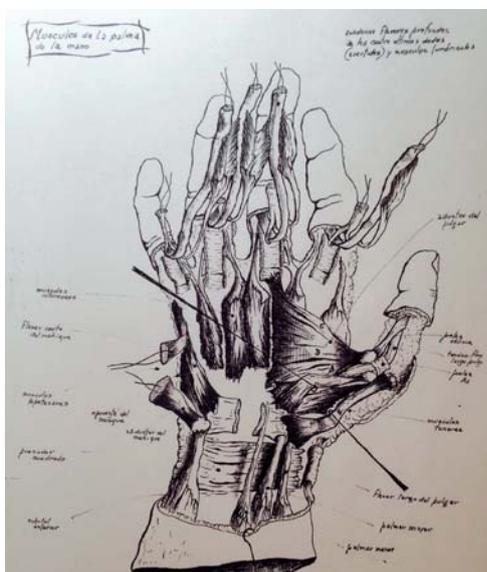


Table ronde sur **le Dupuytren** en comparant les injections de collagénase, les fasciotomies à l'aiguille, les fasciectomies classiques et l'apport des injections de graisse (S. Hovius, The Netherlands). Conclusion intéressante du collègue américain (Gary Pess) : taux de récurrence importants après injections de collagénase, et chirurgie secondaire après échec plus difficile en raison des modifications anatomiques et de la fibrose post-injection. On peut refaire des aponévrotomies à l'aiguille plusieurs fois en cas de récurrence.

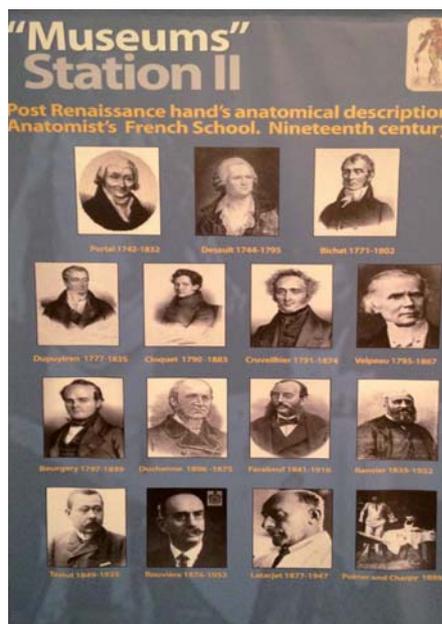
Table ronde sur **les arthroplasties TM**. Quelques techniques de trapézectomies avec suspension dynamique (L. Scheker), diminuant le raccourcissement de la colonne du pouce, et statiques, dans une ambiance vintage, très GEM des années 70/80, une communication sur la prothèse ARPE, (I. Degreeef). Enfin, comparaison Prothèse TM et trapézectomie (I. Degreeef), le choix de notre consoeur étant plus en faveur de la trapézectomie malgré les bons résultats des prothèses. Magnifique communication de Marc Garcia-Elias (Kaplan, Barcelone) sur les instabilités intra-carpiennes. Décidément le carpe ! Après le frontal et le sagittal, la théorie des deux rangées, puis celle des trois colonnes, voilà la stabilité ligamentaire anti-pronation et anti-supination. Le carpe vu du ciel. Passionnant.

Merci à nos amis argentins.

Table ronde intéressante sur **les infections de la main** : chiffres de prévalence aux USA des staph Méthi-R+++ : > 75 % dans une ville comme Chicago, et > 50 % dans l'ensemble des Etats-Unis, tandis qu' en Nouvelle Zélande : 7 % !

Le staphylocoque Méthi-R est retrouvé dans 49 % des infections de la main de toute cause aux USA. La résistance au Ciflox est passée de 12 % à 50 % de 2005 à 2012 aux USA. Le taux d'infection post-op après chirurgie du canal carpien est de 0,47 % (Mayo Clinic – 1989, 3 620 patients, et de 0,36 % en 2010 pour Harness (J Hand Surg).

Conclusion du symposium : pas d'antibioprophylaxie pour toute chirurgie de la main de type canal carpien, doigts à ressaut, De Quervain, Dupuytren si durée opératoire inférieure à 2 heures. Bonnes indications de l'antibioprophylaxie peropératoire (quand implantation de matériel). À une question à notre collègue grec : faites vous de l'antibioprophylaxie en cas de chirurgie prothétique à la main ? Réponse : en Grèce, on ne fait plus de chirurgie prothétique à la main, il n'y a plus d'argent !



OCTOBRE 2016

Le 13^e congrès de l'IFSSH a eu lieu à Buenos Aires en Argentine du 24 au 28 octobre 2016. C'était le congrès du 50^e anniversaire de l'IFSSH et le premier congrès en Amérique du Sud sous la présidence d'Eduardo R. Zancolli III.

Le congrès s'est déroulé dans le très moderne Hilton Hôtel et son Convention Center situé dans le quartier « Puerto Madero », lieu historique de la ville totalement rénové et agrandi sur la mer. L'accueil des Argentins fut très chaleureux lors de la cérémonie d'ouverture du congrès. Lors de cette cérémonie, les candidats retenus pour le titre de « Pionnier en Chirurgie de la Main » ont reçu leur distinction. La SFCM fut représentée par Michel Merle qui faisait parti des 37 personnalités sélectionnées du monde de la Chirurgie de la Main. L'atmosphère de la salle fut ensuite « réchauffée » par un spectacle de danse de Tango, toujours très populaire en Argentine. Le soir a eu lieu le cocktail d'accueil dans un centre d'art ultra contemporain. Pour l'occasion des « mains volantes sculptées » ont été installées dans la salle avec une illumination très spectaculaire.

Le lendemain débutaient les diverses sessions scientifiques sur 7 salles différentes. Il fallait surtout bien étudier le programme auparavant pour se retrouver dans la bonne salle. Personnellement j'ai surtout privilégié les tables rondes avec des intervenants de qualité d'origine divers.

Je retiens entre autre la table ronde sur la « wide awake hand surgery » modérée par D Lalonde du Canada et JB Tang de Chine. Ils travaillent sans anesthésistes dans des structures modernes adaptées à la chirurgie ambulatoire avec une anesthésie locale pure réalisée au moins une demi-heure avant le geste chirurgical. L'adjonction d'adrénaline permet de se passer du garrot pneumatique. Le dogme de l'interdiction d'injection d'adrénaline au niveau digital est totalement « tombé à l'eau » ! On a vu des photos avec des « doigts blancs » qui ont ensuite récupéré. Les promoteurs de cette technique poussent leurs indications très loin jusqu'au poignet et même jusqu'à l'avant bras. Je pense que cette technique peut être très utile à partir du moment où on doit tester en per-opératoire le bon glissement tendineux ou vérifier la bonne tension d'un transfert tendineux...



Autre moment fort du congrès était la table ronde sur la maladie de Kienbock avec D. Lichtman, G. Bain, P. De Carli et R. Schmitt. Tout le monde connaît la classification de Lichtman initialement en 4 stades avec actuellement l'ajout d'un stade 0 avec radiographie et IRM normales et d'un stade 3c comportant une fracture coronale du semi-lunaire de mauvais pronostic. G. Bain m'a convaincu de l'intérêt du bilan arthroscopique dans le Kienbock afin d'apprécier les interlignes articulaires atteintes pour ensuite classer cette maladie avec une vision « cartilagineuse » afin de choisir la meilleure stratégie chirurgicale. R. Schmitt, radiologue allemand qui travaille à Bad Neustadt an der Saale, nous a montré de magnifiques images IRM de semi-lunaires atteints à différents stades de la maladie où peuvent coexister la nécrose et la régénérescence osseuse. Sa classification publiée fait actuellement référence. Nous devons donc avoir cette triple vision osseuse, cartilagineuse et IRM avec intégration des 3 classifications avant de prendre une décision chirurgicale.

À citer également une table ronde sur les pseudarthroses du scaphoïde avec entre autre l'argentin Carlos Zaidenberg, connu pour sa greffe vascularisée dorso-radiale, ainsi que Christophe Mathoulin qui a défendu le greffon palmaire. Une autre table ronde, sous la direction de D Herren de la Schultheiss Clinic, a traité le sujet des prothèses IPP.

On peut conclure que le pyrocarbone dans cette indication est abandonné à cause d'un nombre important de migrations d'implants. Dans notre équipe avec JL Roux nous avons également arrêté de poser ces implants au niveau des IPP. Concernant la voie d'abord, la voie de Chamay est également abandonnée dans cette indication au profit de la voie d'abord trans-tendineuse avec ou sans réinsertion de la BM. Philippe Bellemere a montré des résultats intéressants avec sa nouvelle prothèse modulaire dont les résultats ont été récemment publiés dans notre revue. Le recul reste encore faible et d'autres études seront nécessaires pour valider ce concept de modularité au niveau des IPP.





On peut conclure que ce congrès fut un succès.

Plus de 2 000 chirurgiens du monde entier ont participé à cet événement. L'organisation a été impeccable et sans faute. J'ai pu apprécier la chaleur humaine des Argentins, leur hospitalité ainsi que leur fierté d'avoir eu l'opportunité d'organiser ce congrès de grande envergure. Par ailleurs, j'ai eu le temps de visiter la ville de Buenos Aires, ville très « européenne », de goûter aux bons plats locaux (bien sûr composés de viande

bovine extra) ainsi d'apprécier le bon vin local (le Malbec surtout). Seul bémol était la participation des Chirurgiens français (au max. 20 si j'ai bien compté...), trop peu nombreux à mon sens si on tient compte des relations et échanges particulièrement fructueux dans le domaine de la chirurgie de la main dans les années passées. RDV donc dans 3 ans à Berlin pour un nouveau défi dans le flambant neuf centre de congrès « Le Cube ». Venez nombreux...

Compte-rendu de voyage d'étude Bourse d'étude de la SFCM

DR SYLVIE COLLON

J' ai eu l'opportunité, à la suite de mon clinicat, d'effectuer une année de *fellowship* clinique de février à décembre 2015 auprès de l'unité de chirurgie de la main de l'hôpital Saint-Vincent de Melbourne.

ACTIVITÉ CLINIQUE

L'équipe qui m'a accueillie est composée de 6 chirurgiens qui exercent une activité libérale au sein de l'équivalent d'une société civile de moyens. Le Dr Tony Berger est le responsable du *fellowship* de chirurgie de la main. Les chirurgiens de la main partagent leurs locaux de consultations avec 5 kinésithérapeutes/orthésistes de la main. Deux chirurgiens sont plasticiens de formation et les autres orthopédistes. Bien qu'il existe des sociétés savantes australiennes (nationales et régionales) de chirurgie de la main il n'y pas encore de droit au titre spécifique de chirurgien de la main ni d'organisation spécifique des urgences main. Cependant l'activité clinique et chirurgicale était exclusivement orientée sur la chirurgie de la main et du poignet. L'hôpital privé St Vincent est doté d'un service de chirurgie ambulatoire et d'une hospitalisation conventionnelle. Il y a deux salles par jour qui sont dédiées à la chirurgie de la main (horaires conventionnels 8 h 30 à 18 h 00 mais les dépassements le soir sont fréquents). Chaque chirurgien travaille avec un ou des anesthésistes qui sont toujours les mêmes. Et comble du luxe il y un anesthésiste par salle opératoire, une infirmière d'anesthésie, une circulante et une instrumentiste !

Par ailleurs les chirurgiens sont attachés au service de chirurgie plastique de l'hôpital public St Vincent et y consacrent une demie à une journée par semaine en fonction de leurs différents engagements. Le Dr Tim Bennett est par ailleurs responsable du service de chirurgie plastique de l'hôpital public et de l'enseignement pour les internes et registrars (équivalent chef de clinique) de chirurgie plastique.

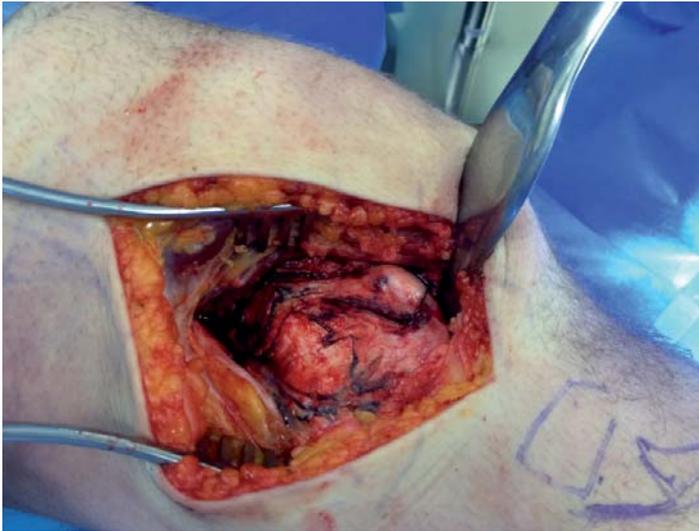
Nous étions deux fellows au sein de l'équipe avec un planning alternant consultation et blocs opératoires dans l'établissement public et dans l'établissement privé.

En pratique j'avais une consultation propre par semaine de chirurgie de la main en public et deux matinées par semaine en tant que premier opérateur dans l'hôpital public. Le reste de mon emploi du temps alternant consultations (une demi-journée par semaine) et bloc opératoire (6 demis journée par semaine) dans le privé.

ACTIVITÉ BIBLIOGRAPHIQUE ET DE RECHERCHE

Les staffs étaient organisés tous les jeudis matin à 7 h avec une alternance de discussions de dossiers avec l'équipe de radiologie (3 semaines sur 4) et de staffs cliniques pour examiner en personne les patients avec des pathologies complexes (1 semaine sur 4). Une fois par mois une réunion d'audit était organisée avec une présentation de sujets cliniques par les fellows de chirurgie de la main portant, en général, sur les cas complexes ou difficiles rencontrés en consultations ou au bloc au cours du mois précédent. Ensuite chaque chirurgien discutait de son activité du mois précédent : le nombre de cas traités en programmé et en urgence, les cas intéressants ou difficiles, les complications éventuelles. Ceci permettait d'avoir une discussion enrichissante mais aussi d'avoir un suivi au long cours et de connaître les résultats de la chirurgie, notamment pour cas discutés en pré-opératoire. Toutes les 6 semaines une après-midi dite « académique » était organisée dans le service de chirurgie plastique de l'hôpital public. Celle-ci incluait un audit des cas traités au cours de la période précédente en chirurgie plastique et ensuite une discussion bibliographique ou scientifique centrée sur un thème de chirurgie plastique. Trois sessions dans l'année ont été consacrées à la chirurgie de la main (les arthroplasties digitales, les fractures de l'extrémité distale du radius, les pathologies ulnaires du poignet). Enfin j'ai pu assister au congrès de la société australienne de chirurgie de la main à Hobart (Tasmanie) et à la journée de la société victorienne de chirurgie de la main durant laquelle j'ai présenté 3 communications (résultats préliminaires d'une étude prospective sur les résultats fonctionnels de la trapézectomie suspension ; l'arthrodèse scapho-capitate dans la maladie de Kienböck à 5 ans de recul ; étude anatomique de faisabilité de la libération du nerf ulnaire au coude sous échographie).



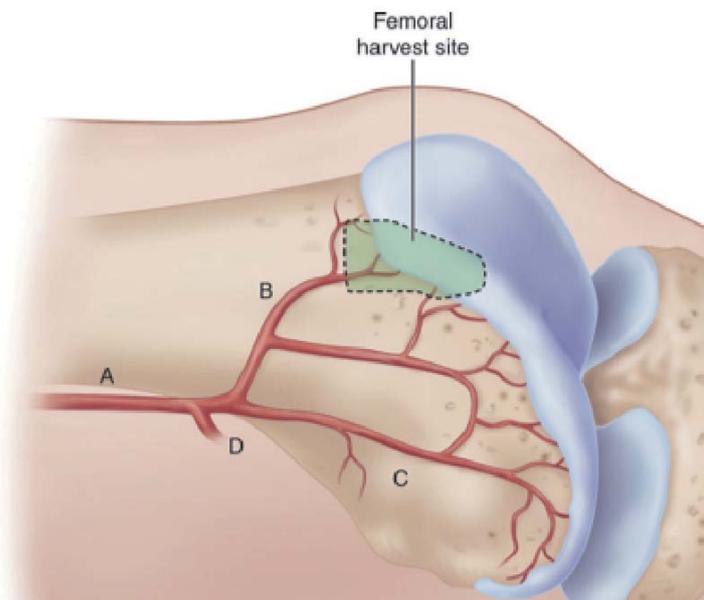


TRAVAUX EN COURS

J'ai débuté le travail de recherche prospectif sur les résultats fonctionnels durant la première année suivant une trapézectomie suspension et ai inclus plus de soixante patients dans l'étude. Le recueil de données est toujours en cours pour atteindre un objectif de 100 patients inclus avec un suivi prospectif sur 12 mois.

La rédaction d'un article portant sur une étude des résultats de l'arthrodèse scaphocapitate dans les stades avancés de maladie de Kienböck est cours. Cette étude fût l'opportunité pour moi de me confronter à l'exigence administrative de constitution d'un dossier éthique qui est un prérequis incontournable en Australie avant de débiter un quelconque projet de recherche. Le dossier d'application de plus de 50 pages couvre tous les domaines de l'étude : fondement scientifique, critères d'inclusion et d'exclusion, justification de l'usage de la radiographie et évaluation du risque d'irradiation, financement, consentement du patient...

Enfin j'ai également réévalué, en consultation à plus de 10 ans, 4 patients ayant eu un membre supérieur replanté dans la suite d'une macro-amputation. Ce travail fait également l'objet d'un papier en cours de rédaction.



*Greffon vascularisé de condyle fémoral interne
Pour reconstruction du pôle proximal du scaphoïde
(Photo de Dr S.Tham,VHSA)*

COMPÉTENCES CHIRURGICALES ACQUISES

D'un point de vue de l'amélioration et de l'acquisition de techniques chirurgicales j'ai eu l'opportunité d'assister à de nombreuses interventions intéressantes. La libération des syndromes du canal carpien par voie endoscopique se fait selon la technique de Chow. Les interventions bilatérales sont fréquentes. L'arthroscopie de poignet à but diagnostique et thérapeutique est largement pratiquée notamment pour la pathologie du TFCC. J'ai également pu assister à la mise en place de prothèses radio-ulnaires distales type Scheker.

En ce qui concerne la pathologie dégénérative de l'IPP j'ai assisté à la fois à plusieurs types d'arthroplasties (pyrocarbone, silicone, métal-PE) mais aussi à des reconstructions avec un auto-greffon de hémi-hamatum.

Cependant ce qui a été le plus novateur pour moi et qui constitue une technique que je souhaiterais pratiquer est l'utilisation de greffon vascularisé osseux ou ostéo-cartilagineux de condyle interne fémoral pour le traitement des cas difficiles de pseudarthrose.

L'os obtenu est de qualité et le pédicule de bonne longueur et de bon calibre (1.5 à 2 mm). De même il est possible de prélever un greffon composite os- cartilage au dépend du bord externe du condyle interne. Celui-ci se prête particulièrement bien à la reconstruction du pôle proximal du scaphoïde dans les situations de nécrose. Pour les cas difficiles de chirurgie itérative pour pseudarthrose du scaphoïde ou pour un cas de pseudarthrose d'ulna après replantation d'avant-bras (amputation par fendeuse à bûche) la consolidation était toujours acquise.

C ONCLUSION

Ce fut une expérience très enrichissante scientifiquement, chirurgicalement mais surtout humainement. Je remercie tout particulièrement la Société Française de Chirurgie de la Main de m'avoir attribué une bourse de ce soutien pour aider à financer cette aventure. Je ne saurais que trop conseiller à mes collègues de profiter de telles opportunités si elles se présentent.



Victorian Hand Surgery Associates H					
DAVID GILL	NZ	1996	ALAN HUSSEY	IRE	2007
PETER SCOUGALL	AUS	1996-97	PHILIPPA RUST	UK	2008
SLOBODAN DJURICKOVIC	CAN	1999	CHUAH CHEE KHENG	MLY	2009
IAN McNAB	UK	1999	ANGUS KEOGH	AUS	2010
DAVID McCOMBE	AUS	2000	ROBERT POULTER	UK	2010
ADRIAN RICHARDS	UK	2001	NORA NUGENT	IRE	2011
ALASTAIR GRAHAM	UK	2002	TIMOTHY HALSEY	UK	2012
JONATHAN JONES	UK	2002	LISA DICKSON	CAN	2013
ANDREW WATTS	UK	2003	MICHAEL WAGELS	AUS	2013-14
ALEX O'BEIRNE	AUS	2003	NEELA JANAKIRAMANAN	AUS	2014
IAN GRANT	UK	2004	SYLVIE COLLON	FRA	2015
ROLAND PRATT	UK	2004	CHRISTOPHER POWELL	UK	2015
MICHAEL EDWARDS	AUS	2005			
KIM POH ONG	MLY	2005			
PETER MALONEY	AUS	2006			
AMANDA FORTIN	CAN	2006			
ANMAR AL-SHAWI	UK	2007			

Liste des fellows de chirurgien de la main



LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN



Un syndrome précoce du canal carpien est un signe pathognomonique de **mucopolysaccharidoses (MPS)**⁽¹⁾

MPS

Les MPS sont un groupe de maladies de surcharge lysosomale, dues à un **déficit enzymatique**.

Ce sont des **maladies génétiques graves, progressives et invalidantes**.

La plus fréquente des MPS est la MPS I⁽²⁾.

Un syndrome du canal carpien est observé chez près de 50% des MPS I, II et VI (absent chez les MPS IV)⁽¹⁾

Le diagnostic de certitude des MPS est simple.

Ces MPS disposent de **traitements spécifiques**.

PROFIL

• Patient jeune

L'étiologie du syndrome du canal carpien chez l'enfant est une MPS dans plus de 50 % des cas⁽³⁾

Atteinte survenant avant l'âge de 40 ans pour les patients atteints de la forme atténuée de MPS I⁽⁴⁾

• Atteintes bilatérales dans la majorité des cas⁽¹⁾

Importance d'un ENMG du nerf médian controlatéral.

• Petite taille

Néanmoins, dans la forme atténuée de MPS I, la taille est normale ou légèrement inférieure à la normale⁽⁵⁾.

DIAGNOSTIC

- Orientation diagnostique par dosage quantitatif et qualitatif des glycosaminoglycanes (GAG) urinaires.
- Confirmation diagnostique par mesure de l'activité enzymatique leucocytaire déficitaire spécifique de la MPS recherchée.

Liste des laboratoires réalisant ces dosages sur le site www.cetf.net



CONTACTS

Noms et coordonnées de médecins référents (liste non exhaustive) :

Pr Obert : lobert@chu-besancon.fr

Dr Roux : jlroux07@free.fr

1- Journeau *et al.* Atteintes osseuses des mucopolysaccharidoses. Archives de Pédiatrie. 2014;21:S4-S13

2- D'après les cahiers d'Orphanet : Prévalence des maladies rares : Données bibliographiques. Numéro 1, Mars 2016

3- Van Meir et De Smet. Carpal tunnel syndrome in children. J Pediatr Orthop B 2005;14:42-5

4- Thomas *et al.* Childhood onset of Scheie syndrome, the attenuated form of mucopolysaccharidosis I. J Inher Metab Dis. 2010;33:421-7

5-La mucopolysaccharidose de type I - Encyclopédie Orphanet Grand Public www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/MucopolysaccharidoseType1-FRfrPub132v01.pdf