

UN PÔLE D'EXCELLENCE DANS LA CHIRURGIE DE LA MAIN



La chirurgie de la main est une discipline chirurgicale de pointe au sein du réseau des Cliniques DomusVi Côte d'Azur.

Le traitement de ces traumatismes nécessite des compétences très particulières de la part des chirurgiens et notamment la maîtrise parfaite des techniques microchirurgicales.

Menu :

- [Les différents types d'accidents et maladies liés à la main](#)
- [Les consultations en pré opératoire](#)
- [L'opération](#)
- [Le plateau technique de l'Hôpital Privé Cannes Oxford à Cannes](#)

1) Les différents types d'accidents et les maladies liés à la main

a) Les différents accidents de la main

Les piqûres

Clou, épingle, épine, arête, barbelé, pointe de couteau, fils métalliques etc. peuvent entraîner un piqûre du doigt qui parfois peut passer inaperçue ou que l'on aura tendance à négliger.

Les piqûres peuvent entraîner très rapidement des infections profondes des doigts ou de la main (panaris, phlegmon, arthrite septique) ainsi que des inflammations aiguës ou chroniques très sévères notamment après des piqûres végétales (épine de rosier, ronce, épine noire) ou animales (débris d'huître, arête de poisson, épine d'oursin). Un petit corps étranger peut être inoculé dans le doigt à la suite d'une simple piqûre. Les risques sont une inflammation ou une infection et la présence d'un corps étranger, ceci pouvant entraîner des risques infectieux (panaris et phlegmon, rougeur et chaleur, gonflement).

1 - Désinfectez immédiatement la zone de la piqûre, garder une bonne hygiène des mains (lavez-les souvent à l'eau et au savon) et consulter votre médecin devant l'apparition d'une rougeur accompagnée localement d'une douleur et d'une chaleur.

2 - Soyez à jour dans vos vaccinations antitétaniques.

3 - Evitez les piqûres en portant des gants.

Les morsures

Les morsures surviennent fréquemment en voulant séparer 2 animaux qui se battent (chien ou chat) ou, pour les enfants, en s'approchant brutalement de l'animal ou en voulant jouer avec lui. Les plaies sont souvent multiples et d'aspect relativement minimes.

Le risque majeur est l'infection par les nombreux germes contenus dans la salive de l'animal. Une infection peut se développer en quelques heures et diffuser très rapidement en profondeur (phlegmon). Une morsure peut transmettre le tétanos ou le virus de l'hépatite C en cas de morsure humaine. La contamination par la rage dépend de la région géographique et du type d'animal (domestique, importé, sauvage).

1 - Lavez la plaie abondamment à l'eau du robinet et au savon pour la débarrasser des souillures et des microbes.

2 - Mettez un antiseptique sur la plaie et protégez-la par un pansement.

3 - Vérifiez l'état de votre vaccination antitétanique.

4 - Allez consulter en urgence un médecin pour une prise en charge chirurgicale afin de nettoyer et d'explorer la plaie

Les brûlures

Les brûlures thermiques sont les plus fréquentes : flamme, liquide chaud (eau, huile), objet chaud (plaque de four, fer à repasser, barbecue, radiateurs, porte de four...) ou gaz chaud (fumées, vapeurs). Les brûlures peuvent aussi être d'origine chimique par le contact d'un acide ou d'une base (soude), de gaz lacrymogène, de ciment... ou d'origine électrique (arc électrique de haut voltage). Les lésions de brûlures apparaissent à partir d'une température de 52°C.

On distingue 3 degrés de profondeur qui peuvent coexister sur une même brûlure.

► Degré 1. Brûlure superficielle : simple rougeur de la peau. La guérison se fait en une semaine sans séquelle.

- ▶ Degré 2. Décollement au niveau de la peau : ampoule (phlyctène). La guérison se fait en 2 à 3 semaines avec parfois une discrète cicatrice.
- ▶ Degré 3. Peau carbonnée blanche ou brunâtre et insensible. La zone de brûlure qui est calcinée est vouée à la nécrose. Le traitement est chirurgical et les séquelles sont inévitables.
 - 1 - Supprimez le contact de l'agent brûlant.
 - 2 - Mettez la zone brûlée sous un robinet d'eau froide pendant 10 minutes afin de la refroidir et de limiter sa profondeur.
 - 3 - Consultez immédiatement un médecin en cas de brûlure étendue (plus de 10% de la surface corporelle) ou devant une brûlure du 2^{ème} de degré de plus de 3 centimètres de diamètre. Les brûlures du 3^{ème} degré doivent toutes être prises en charge en urgence dans un service spécialisé.
 - 4 - Vérifiez que votre vaccination antitétanique est à jour.

Les amputations

Une amputation d'un doigt est la blessure la plus sévère. Un doigt amputé est voué à la nécrose spontanée irréversible en quelques heures. Une replantation ne peut donc être envisagée que dans la limite de ces quelques heures. La décision de la replantation va dépendre également du doigt concerné (le pouce est prioritaire), du nombre de doigts amputés, du niveau de l'amputation (plus le segment amputé est long, moins le résultat de la replantation est bon), de l'âge, la fonction, le côté dominant du patient ainsi que de l'état du ou des fragments amputés.

Le succès de la replantation dépend de nombreux facteurs. Les mauvais pronostics sont liés à un l'état vasculaire altéré ou au tabagisme du patient ainsi qu'au mécanisme de l'amputation qui peut associer un délabrement, un écrasement ou un arrachement du fragment. Un doigt replanté garde de toute façon des séquelles : raideur, douleur au froid, altération de sensibilité.

Adressez en urgence le blessé dans un service d'urgences main. Le ou les fragments amputés doivent être systématiquement rapportés même s'ils paraissent extrêmement délabrés. Au pire, ils pourront être partiellement utilisés par le chirurgien pour reconstruire d'autres doigts.

- 1 - Rassemblez tous les fragments amputés et les mettre dans une compresse ou un linge propre, puis dans un sac plastique étanche.
- 2 - Placez le sac plastique fermé sur un sac contenant de la glace et de l'eau, ils ne doivent en aucun cas être mis au contact direct de la glace.
- 3 - Enveloppez la main blessée dans un pansement légèrement compressif et surélevez le membre pour limiter ou arrêter le saignement. Les garrots à la racine du bras sont à proscrire formellement.

Les plaies minimes

Occasionné le souvent par une simple coupure (couteau, ciseau, verre, boîte de conserve, etc...) elle apparaît de façon trompeuse bénigne. En réalité, 2 millimètres de profondeur suffisent à sectionner totalement un nerf, un ou plusieurs tendons, une artère ou à ouvrir une articulation. Même s'il n'y a pas de douleur ou de saignement, la plaie peut néanmoins être grave. C'est pourquoi une plaie minime doit toujours être explorée chirurgicalement pour vérifier l'absence de telles lésions.

Une plaie minime négligée peut être responsable à long terme d'un handicap très sévère : raideur du doigt, perte de sensibilité, douleur, infection, cicatrice hypertrophique. Les risques sont l'infection, la douleur, la raideur et la perte de mobilité et de sensibilité.

- 1 - Désinfectez la plaie avec un produit non coloré.
- 2 - Faire un pansement légèrement compressif en cas de saignement.
- 3 - Consultez rapidement un médecin ou un chirurgien pour une exploration chirurgicale de votre plaie.

Les plaies sévères

Il y a toujours plusieurs lésions associées (tendons, nerfs, fractures ouvertes, etc...) avec parfois un délabrement ou une dilacération des tissus lésés occasionnés souvent par des machines ou des outils mécanisés (scie, toupie, tondeuse, rabot, taille haies, etc...). Un écrasement associé aggrave également les lésions et leurs séquelles. Même après réparation chirurgicale, la multiplicité des lésions et leur gravité entraîne quasi obligatoirement des séquelles plus ou moins importantes. C'est pourquoi toute plaie sévère de la main doit être confiée à un chirurgien spécialisé afin de les minimiser.

- 1 - Face à une plaie sévère, désinfectez la plaie ou enveloppez-la dans un linge propre.
- 2 - Faites un pansement légèrement compressif et surélevez le membre pour limiter le saignement.
- 3 - Contactez d'urgence un service spécialisé d'urgence mains pour votre prise en charge.

Les entorses et les fractures

La fracture peut être parcellaire ou complète et s'accompagner d'un déplacement. Elle est d'autant plus grave si elle est déplacée de façon importante ou si elle atteint une articulation. Pour se consolider correctement, une fracture doit le plus souvent être immobilisée pendant une période variant selon la gravité de quelques jours (fracture parcellaire) à 3 semaines voire pendant 3 mois (scaphoïde). On parle de fracture ouverte quand il y a une plaie au contact de la fracture. Le risque d'infection osseuse ou articulaire est alors très important.

Une luxation signifie que l'articulation est déboîtée. Il faut la remettre en place en urgence, sinon les cartilages s'abiment.

Une entorse signifie que les ligaments qui retiennent une articulation sont étirés, voire totalement rompus. La radiographie ne montre aucun déboitement ni fracture. L'entorse est grave si l'articulation est devenue instable. Les séquelles possibles sont la raideur, la douleur, des troubles de la consolidation.

- 1 - Un gonflement douloureux d'un doigt ou du poignet doit faire suspecter ces lésions qu'il ne faut jamais négliger. Immobilisez votre doigt par un bandage au besoin en le fixant au doigt voisin qui lui servira d'attelle.
- 2 - Consultez sans attendre votre médecin pour un contrôle radiographique. Certaines fractures ou entorses doivent être opérées rapidement.
- 3 - Réclamez l'avis d'un spécialiste pour bénéficier du traitement le plus adapté.

b) Les différentes maladies de la main

Il existe de nombreuses interventions chirurgicales de la main, allant même jusqu'à la greffe. Outre les opérations liées à des fractures, des brûlures et les désinfections de plaies, les chirurgiens pratiquent des interventions spécifiques sur certaines pathologies.

Les problèmes du Canal Carpien

Le nerf médian pénètre dans la main par un canal situé au niveau du poignet. Ce canal, constitué d'une gouttière osseuse, est fermé en avant par un puissant ligament. Les tendons fléchisseurs et le nerf médian s'engagent dans ce conduit. Le syndrome du canal carpien est la compression de ce nerf, le plus souvent par le ligament.

Les troubles ressentis se caractérisent par des engourdissements (paresthésies) des 3 premiers doigts (pouce, index, médus) et du bord externe du 4^{ème}, des sensations de fourmillements, de brûlures, volontiers plus fréquentes la nuit ou au réveil. S'y ajoutent des douleurs de la main qui souvent remontent vers l'avant bras, le coude, voire l'épaule. Quand la maladie évolue, apparaissent une certaine maladresse, une perte de la sensibilité, voire un déficit de mobilité du pouce avec une fonte musculaire (amyotrophie).

Un électromyogramme est le plus souvent pratiqué (enregistrement du courant électrique véhiculé par le nerf). Il précise l'importance de l'atteinte nerveuse et le lieu de la compression ainsi que l'éventuelle association d'une atteinte du nerf cubital (4^{ème} et 5^{ème} doigts).

La chirurgie est proposée lorsque l'atteinte est déjà marquée à l'électromyogramme où lorsque le traitement médical est inefficace (1 ou 2 infiltrations, rarement attelle nocturne prolongée). L'opération consiste à ouvrir le canal carpien en sectionnant le ligament antérieur, soit en ouvrant la paume de la main, soit sous endoscopie (1 ou 2 petites incisions). L'intervention se déroule le plus souvent sous anesthésie loco-régionale, parfois associée à une sédation.

La sortie est habituellement prévue quelques heures après l'intervention (mode ambulatoire), mais une hospitalisation est toujours possible, décidée a priori du fait de l'état du patient ou de sa situation familiale ou géographique, ou bien en post-opératoire si une circonstance particulière le nécessite.

La cicatrisation s'obtient en une quinzaine de jours, quelques pansements sont nécessaires, chaque chirurgien propose son propre planning de soins. Le travail de rééducation est personnel. Il est possible qu'une prescription de quelques séances de kinésithérapie soit nécessaire. Le patient peut se laver les mains après une semaine.

Le kyste Synovial

Il s'agit d'une grosseur qui s'est développée au niveau du poignet ou à la base de l'un des doigts.

Cette masse est tendue, plus ou moins mobile et parfois douloureuse à l'appui ou dans certains mouvements. Elle peut être volumineuse ou discrète, voire seulement visible avec des examens spécialisés.

Quoi qu'il en soit cette grosseur est liée au développement, dans la membrane qui tapisse l'articulation du poignet ou les tendons fléchisseurs au niveau des doigts, d'une tuméfaction remplie de liquide synovial produit par la membrane en question.

Ces tuméfactions sont appelées kystes arthrosynoviaux (tuméfaction à contenu liquidien venant de la synoviale du poignet) ou kystes ténosynoviaux (synoviale de la gaine des tendons).

Ces tuméfactions sont parfaitement bénignes sans autre gravité que la gêne qu'elles occasionnent dans les mouvements (au poignet) ou dans la saisie des objets (au niveau des doigts). Des douleurs sont possibles au poignet.

Un traitement n'est pas toujours nécessaire.

Il est rare qu'on propose d'écraser le kyste car ce geste est douloureux et souvent peu efficace.

On peut avoir recours à une ponction (évacuation à l'aiguille du kyste) suivie d'une injection (de corticoïdes en général) mais les récurrences sont très fréquentes.

Le traitement chirurgical des tuméfactions est justifié dès lors qu'elles deviennent gênantes esthétiquement ou fonctionnellement. Le traitement consiste à ôter en totalité la tuméfaction et sa base d'implantation. Ceci est le meilleur garant du moindre risque de récurrence. Mais ceci implique, au niveau du poignet, une brèche articulaire qui comme toute plaie va cicatriser en se rétractant et peut donc occasionner une raideur contre laquelle il faudra parfois lutter par de la rééducation.

Le kyste mucoïde des doigts

Il s'agit de petites tuméfactions toujours bénignes siégeant autour de la dernière articulation des doigts (celle qui est près de l'ongle). Elles sont parfois remplies d'un liquide clair. D'origines articulaires, ces tumeurs accompagnent les articulations arthrosiques ou qui vont le devenir. Elles envahissent la peau qui les recouvre et peuvent se rompre spontanément (fistulisation) et alors s'infecter entraînant une infection de l'articulation et parfois de l'os (ostéoarthrite). Lorsqu'elles compriment la matrice de l'ongle elles peuvent entraîner une déformation qui ne disparaîtra pas toujours après le traitement.

Le traitement est variable :

Pour les petits kystes récents, sans déformation de l'ongle, une simple surveillance est possible. Les ponctions peuvent fragiliser la peau et faire courir un risque d'infection.

Les kystes volumineux, fistulisés, ou accompagnés d'une déformation de l'ongle peuvent être traités chirurgicalement. L'intervention consiste à enlever le kyste et la peau qui le recouvre, puis à couvrir la perte de substance par une greffe de peau prélevée sur la main ou l'avant bras, ou par de la peau du doigt qui est décollée et tournée au dessus du kyste (lambeau). On enlève souvent les saillies osseuses et c'est parfois le seul geste si l'arthrose est modérée.

En cas d'arthrose majeure et douloureuse accompagnant un kyste, un blocage de l'articulation (arthrodèse) peut être nécessaire car l'excision isolée du kyste ne suffit pas à éliminer des douleurs. Ce blocage a peu de conséquences fonctionnelles quand il est indiqué pour des articulations déjà détruites. Le ramassage des petits objets (épingles) est la principale difficulté rencontrée après une arthrodèse.

La chirurgie est en règle générale en ambulatoire (dans la journée), sous anesthésie locale ou loco-régionale. Des complications sont toujours possibles.

L'algodystrophie

L'algodystrophie est une complication non exceptionnelle, voire fréquente dans certaines pathologies comme les fractures du poignet (20% des cas environ quelque soit le traitement utilisé).

Il s'agit d'une sorte d'inflammation déclenchée par un traumatisme parfois minime ou une intervention chirurgicale même mineure.

Les signes de cette affection sont marqués par des douleurs souvent importantes (apparemment disproportionnées), des raideurs articulaires, un gonflement de la main et des doigts, des sensations de chaud et/ou de froid, une diminution de force.

Quelquefois ces signes sont limités à une partie de la main, d'autres fois l'épaule peut également être atteinte.

Des examens sont rarement nécessaires pour confirmer ce diagnostic.

On peut notamment observer une décalcification localisée des os de la main aux radiographies.

Son diagnostic une fois affirmé, les traitements varient en fonction des douleurs et de la gêne dans les mouvements.

Le traitement permet de faire diminuer progressivement les signes cliniques mais l'évolution reste capricieuse pendant plusieurs mois voire un ou deux ans et les séquelles à terme ne peuvent pas toujours être évitées malgré un traitement bien conduit.

La compression du nerf cubital au coude

Les nerfs périphériques, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, peuvent être comprimés sur leur trajet lorsqu'ils passent dans les canaux ostéo-fibreux. Il faut distinguer, en ce qui concerne le nerf cubital au coude, les cas où le canal ostéo-fibreux situé en dedans de l'articulation joue le rôle essentiel avec des compressions possibles à plusieurs niveaux et des cas secondaires à des causes bien précises, par exemple à une inflammation du tissu synovial qui tapisse l'articulation du coude ou à des séquelles de fracture. Dans les cas secondaires à une cause bien précise, il faut à la fois libérer le nerf et dans certains cas traiter la cause de la compression. Dans les cas où le canal ostéo-fibreux joue le rôle essentiel, la compression peut siéger à plusieurs niveaux : juste en dessous du coude (lorsque le nerf s'engage sous une arche musculaire et tendineuse), au coude en arrière de la saillie osseuse interne (épitrochlée), soit au dessus du coude (aponévrose interne du bras).

Il peut s'agir de troubles uniquement subjectifs correspondant à une irritation du territoire sensitif du nerf à la main au niveau des 4^{èmes} et 5^{èmes} doigts. Un examen électrophysiologique (enregistrement du courant électrique véhiculé par le nerf) confirmera le site de compression du nerf cubital au coude. Il existe des troubles objectifs sensitifs (moins bonne perception de la sensation au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} doigts), et moteurs avec d'abord une diminution de la force de serrage puis progressivement une fonte des petits muscles de la main (amyotrophie).

Le traitement de la compression du nerf cubital au niveau du coude est dans un grand nombre de cas chirurgical mais on peut parfois proposer une immobilisation du coude par une attelle nocturne dans les formes débutantes. L'intervention chirurgicale pour libérer le nerf et le décompresser se fait le plus souvent sous anesthésie loco-régionale du membre supérieur sans hospitalisation (ambulatoire). Dans un premier temps, on va ouvrir l'arcade sous laquelle passe le nerf. Si la compression siège bien à cet endroit et que lors des mouvements de flexion extension du coude le nerf reste bien stable dans sa gouttière, ce simple geste suffit à faire disparaître les troubles. Si la zone de compression n'apparaît pas évidente, ou si le nerf est instable dans sa gouttière (lors des mouvements du coude, il passe sur la saillie interne du coude ce qui l'irrite) un geste supplémentaire est nécessaire. On peut soit diminuer l'épaisseur de cette saillie osseuse (épitrochléectomie), soit sortir le nerf de sa gouttière et le passer en avant de l'épitrochlée.

La rhizarthrose

Elle correspond à l'arthrose de la base du pouce, destruction progressive des cartilages de l'articulation entre le trapèze et le premier métacarpien. Cette arthrose peut également toucher d'autres articulations autour du trapèze. Elle est très fréquente, touchant surtout la femme, et débute le plus souvent vers l'âge de 50 ans.

Elle peut être très bien tolérée malgré l'importance des signes radiologiques et des déformations du pouce, ou devenir très gênante dans la vie quotidienne entraînant des douleurs, une limitation de la mobilité de la base du pouce et une diminution de la force de serrage de la main.

Le traitement, dans un premier temps, est médical faisant appel aux traitements antalgiques et anti-inflammatoires, aux médicaments anti-arthrosiques, parfois à des infiltrations de l'articulation et, surtout, à la mise en place d'une attelle de repos (orthèse). Cette orthèse est plus souvent portée la nuit de façon temporaire ou définitive.

La chirurgie n'est envisagée qu'après échec du traitement médical.

La section de tendons surnuméraires à la base du pouce ne traite pas l'arthrose et n'influence pas son évolution. Elle peut avoir un effet bénéfique sur la douleur dans les formes encore débutantes.

Certains proposent, dans les formes plus évoluées, la mise en place d'une prothèse en plastique ou d'une prothèse articulée en métal.

D'autres préfèrent enlever le trapèze et stabiliser le pouce avec un tendon de voisinage.

Dans certains cas particuliers on peut proposer de bloquer l'articulation (arthrodèse).

Souvent réalisées sous anesthésie loco-régionale, elles peuvent être pratiquées à l'occasion d'une hospitalisation de courte durée (ambulatoire) ou de quelques jours car ces interventions sont souvent douloureuses. Toutes ces interventions nécessitent une immobilisation plus ou moins longue (3 à 6 semaines) La récupération est souvent longue (2 à 3 mois).

La maladie de Quervain

Il s'agit d'une inflammation de la gaine entourant les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce (ténosynovite) qui cheminent tous deux dans le même tunnel fibreux, au bord externe du poignet, au contact du radius.

L'irritation débute souvent à l'occasion d'un changement d'activité, d'un choc ou d'une utilisation inhabituelle.

Elle s'entretient ensuite d'elle-même par les frottements des tendons qui deviennent nodulaires et augmentent de volume dans leur gaine qui est inextensible.

Le nodule douloureux, visible et palpable, est formé par l'épaississement des fibres du tunnel et du tissu qui recouvre les tendons.

Les infiltrations locales de cortisone, les anti-inflammatoires et les attelles d'immobilisation (orthèses) ont souvent un effet favorable mais parfois passager.

En cas de persistance des douleurs et d'aggravation de la gêne fonctionnelle, il est raisonnable d'opérer.

L'intervention chirurgicale est faite le plus souvent en ambulatoire sous anesthésie loco-régionale.

L'opération consiste, par une petite incision, à ouvrir la gaine qui forme un véritable tunnel.

L'agrandir permet de réduire les frottements entre les tendons et la gaine, source de douleurs.

Les tendons retrouvent ensuite spontanément leur calibre normal.

Il s'agit d'une chirurgie simple dont les résultats sont habituellement bons.

La maladie de Dupuytren

La maladie de Dupuytren est une maladie d'origine inconnue qui touche des tissus (les aponévroses) dont le rôle est de protéger les muscles, les nerfs et les vaisseaux. Pour des raisons mal connues, ces tissus deviennent épais, se pelotonnent d'abord en boule (les nodules), ce qui entraîne des plis dans la paume ou les doigts. Au fur et à mesure que la maladie évolue, ces tissus se rétractent entraînant la formation de « cordes » dans la main (les brides) qui limitent les possibilités d'extension des doigts, alors que la fermeture de la main reste possible car les tendons sont sains. Au maximum les doigts sont enfermés dans la paume. Cette maladie touche préférentiellement les quatrième et cinquième doigts, mais peut atteindre toute la main et les doigts. Elle est habituellement indolore.

Les seuls traitements dépendent de la gravité de la maladie et du patient.

Les traitements possibles restent donc la section ou l'ablation des tissus malades. Parce que l'origine est inconnue, le traitement chirurgical ne peut, à lui seul, empêcher l'extension de la maladie à d'autres doigts, voire la récurrence sur les doigts opérés. Pour toutes ces raisons, il est rare de devoir traiter les formes débutantes. Par contre il ne faut pas trop attendre car dans les formes sévères le traitement est plus difficile et plus risqué. Les résultats sont moins bons et le risque de récurrence plus élevée. L'atteinte préférentielle du 5^{ème} doigt, ou des articulations des doigts est également responsable de moins bons résultats. Schématiquement, on conseille un traitement lorsque le patient ne peut plus poser sa main à plat sur une table en appuyant avec l'autre main.

Leurs complications sont liées à la fragilité de la peau (qui est épaissie mais fragilisée par la maladie et parfois le tabac), et à la proximité de la maladie de Dupuytren avec les nerfs et les vaisseaux. Une main gonflée, douloureuse, avec transpiration puis raideur est préoccupante (algodystrophie). L'évolution est trainante, sur plusieurs mois ou années. Des séquelles sont possibles. Enfin, de nombreux patients se font traiter tardivement et leurs articulations des doigts sont enraidies et il est parfois impossible au chirurgien de pouvoir étendre le doigt des patients.

On sépare les traitements en trois grands groupes.

La section simple des brides avec une pointe de bistouri ou avec le biseau d'une aiguille. Elle est surtout indiquée lorsque la bride est superficielle, sous la peau et ne peut donc être proposée à tous les patients.

L'ablation des brides ; c'est un geste chirurgical qui dure entre 30 minutes et 2 heures selon l'étendue de la maladie. Habituellement seul le bras du patient est endormi et l'hospitalisation n'est pas systématique. Les incisions mettent environ trois semaines pour être bien cicatrisées et seront épaisses pendant plusieurs mois. Dans certains cas, le chirurgien peut laisser ouverte une partie de la cicatrice pour éviter des complications comme les hématomes ou la souffrance de la peau.

L'ablation des brides et de la peau avec remplacement cutané (par une greffe de peau ou un lambeau) : c'est une technique plus ambitieuse et plus longue. Les récurrences sont rares sous les greffes de peau, mais les séquelles esthétiques sont plus importantes. On réserve plutôt cette technique aux sujets qui ont des formes graves, ou qui ont eu une récurrence après traitement chirurgical. La cicatrisation est plus longue à obtenir sinon les complications sont les mêmes que pour l'ablation des brides simples.

Les tendinites de la main et du poignet

Les tendinites sont des inflammations aiguës ou chroniques touchant les tendons et souvent, également, leurs insertions osseuses (apophysite), leurs gaines synoviales (ténosynovite) ou leurs bourses séreuses (bursite). Les tendinites ont souvent une origine traumatique liée, soit fréquemment à des microtraumatismes entraînés par des gestes répétitifs effectués au cours d'activités professionnelles, dans la vie courante ou lors de la pratique de certains sports, soit à des conflits entre le tendon et des aspérités osseuses arthrosiques ou d'origine traumatique.

Typiquement, les tendinites entraînent une douleur lors de la mise en tension des tendons, une douleur à la pression du relief tendineux, parfois un gonflement local douloureux et une douleur à l'insertion osseuse du tendon. A un stade ultime de l'évolution, une rupture spontanée du tendon peut survenir.

Le traitement chirurgical n'est indiqué qu'en cas d'échec du traitement médical (anti-inflammatoire, immobilisation, rééducation). Il s'effectue le plus souvent sous anesthésie locale ou loco-régionale. L'hospitalisation n'est pas systématique (chirurgie ambulatoire). L'incision cutanée est centrée sur le tendon atteint. Certains tendons possèdent une coulisse épaisse qu'il peut être nécessaire d'ouvrir pour accéder à la zone tendineuse malade. L'intervention peut comporter selon les cas :

- Une libération des adhérences autour du tendon liées à l'inflammation chronique.
- Une ablation de la gaine tendineuse (ténosynovectomie).
- Un peignage tendineux.
- Une excision des zones de destruction tendineuse (nécrose).
- Une excision des aspérités osseuses.
- Une reconstruction de la coulisse tendineuse.

Le doigt à ressaut

Le doigt à ressaut est une cause fréquente de douleurs des doigts. Dans sa forme typique il est responsable d'un phénomène de blocage intermittent du tendon fléchisseur dans sa gaine (poulie). Il peut également se traduire par des douleurs isolées, ou un blocage complet du doigt en flexion ou en extension.

Les causes possibles des doigts à ressaut sont variées.

Le plus souvent il est dû à une inflammation de la gaine synoviale qui entoure le tendon fléchisseur. Cette inflammation peut créer un véritable nodule à l'intérieur du tendon qui va progressivement constituer un obstacle mécanique à la mobilisation du doigt. Ce nodule peut être perçu à la paume en regard du pli de flexion palmaire distal.

L'origine en est parfois rhumatismale.

Il existe des formes où l'inflammation tendineuse est liée à des gestes mécaniques répétitifs.

Un doigt à ressaut peut apparaître après la cure chirurgicale d'un syndrome du canal carpien sans toutefois en constituer une complication.

Le traitement peut être au début et dans un premier temps médical. Il consiste en la réalisation d'une infiltration de corticoïdes en regard du nodule dont l'efficacité est rapide mais souvent temporaire. Les infiltrations peuvent être répétées mais non multipliées car la cortisone peut à la longue fragiliser le tendon et entraîner une rupture secondaire. Les infiltrations doivent dans tous les cas être de réalisation technique rigoureuse. Le doigt ou la main peuvent être douloureux pendant 48 heures après une infiltration.

Le traitement chirurgical peut être proposé en première ou seconde intention. L'opération est le plus souvent réalisée sous anesthésie loco-régionale voire locale, en ambulatoire. Elle consiste par une incision minime de quelques centimètres, à proximité de la flexion palmaire, à ouvrir partiellement la gaine (poulie) du tendon fléchisseur. Il s'agit d'un geste rapide, non douloureux. Il est habituellement radical et définitif.

2) Les consultations en préopératoire

Les différents examens permettent d'aborder :

- La faisabilité : puis-je être opéré ?
- L'orientation : quel est le procédé le plus adapté ?
- La technologie : quel équipement est indispensable à l'opération et aux examens préopératoires ?
- Les informations : toutes les informations nécessaires ont-elles été dispensées ?
- La transparence : les bénéfices, résultats aléas me sont-ils clairement expliqués ?
- L'assistance : dans le cadre d'une prise en charge postopératoire, comment cela se déroule ?
- Le budget : quels sont les coûts ?

La sélection des interventions et des patients est primordiale. Elle est préparée dans un premier temps par le chirurgien et elle sera confirmée dans un deuxième temps par l'anesthésiste-réanimateur lors de la consultation pré-anesthésique rendue obligatoire (elle doit avoir lieu plusieurs jours avant l'intervention sauf cas d'urgence).

Cette dernière comportera un interrogatoire, un examen clinique, la prescription éventuelle d'exams préopératoires et la remise d'un document d'information et de recommandation.

Au terme de cet entretien, une technique anesthésique sera proposée et expliquée succinctement au patient ainsi qu'à sa famille et leur assentiment est indispensable.

Enfin, seront fixés :

- la durée du jeûne préopératoire
- le choix de la pré-médication (fonction du degré d'anxiété du patient, d'une notion allergique...)
- l'attitude à adopter si un traitement est suivi par le patient
- des considérations plus " prosaïques " : comme des règles d'hygiène élémentaires, des conseils pour la tenue vestimentaire, une solution de transport...

La visite pré anesthésique aura lieu le matin de l'intervention dans la structure ambulatoire et aura pour but de vérifier que toutes les consignes énumérées plus avant ont été assimilées et respectées.

Chaque Clinique dispose d'espace dédié à la chirurgie de la main avec tous les matériels nécessaires pour étudier les problématiques de chaque patient. Ces évaluations conduites par les chirurgiens permettent de donner les conseils les plus avisés et les plus pointus quant à la pathologie du patient et la conduite à tenir.

3) L'opération

a) Les salles d'opération

Dans chaque clinique médico-chirurgicale, des salles d'opération sont disponibles pour les interventions liées à la main et des blocs spécifiques dédiés également, avec salle de réveil et salle d'induction.

b) Les mesures de sécurité

- Les protocoles d'hygiène sont très stricts
- Les circuits de ventilation répondent aux normes les plus pointues
- La traçabilité de la stérilisation
- Le bloc n'est accessible qu'au personnel opérant

c) L'environnement anesthésique

Le plateau technique de la Clinique Victor Hugo comprend un bloc opératoire avec une salle de surveillance post-interventionnelle ainsi que des boxes de repos pour le court séjour du patient avant le retour à son domicile. Chaque box est équipé d'un fauteuil de relaxation ou d'un lit. Les fluides (oxygène et vide) sont présents dans chaque box. Un dispositif d'alerte est à la portée du patient afin de lui permettre d'appeler en cas de besoin. Une infirmière se déplace en permanence pour contrôler l'état clinique des opérés.

La réalisation de l'anesthésie loco-régionale se déroule en salle de réveil. Un oxymètre de pouls permet la surveillance du patient pendant la réalisation de l'anesthésie et le transport au bloc opératoire.

La salle d'opération dispose d'un respirateur d'anesthésie, d'un défibrillateur et d'un monitoring complet (saturomètre, capnomètre, tracé électrographique...). Ceci de façon à ce que le patient bénéficie de la même surveillance et du même monitoring per-opératoire que pour une anesthésie générale.

Technique d'anesthésie loco-régionale. Dans notre unité les anesthésies se répartissent de la façon suivante :

- anesthésie par bloc plexique : **60%**
- anesthésie par bloc tronculaire : **35%**
- autres anesthésies loco-régionales : **5%**

Notre équipe utilise pour la réalisation des ALR un neuro-stimulateur qui permet de localiser de façon très sélective les structures nerveuses sans arriver au contact direct des nerfs, ce qui diminue le risque de liaison nerveuse et limite l'inconfort du patient.

L'ensemble du matériel est à usage unique.

La nécessité de réussir toute anesthésie loco-régionale nous a conduit à n'utiliser que quelques techniques parfaitement maîtrisées. De même, nous avons écarté, compte tenu de la chirurgie pratiquée, certaines techniques jugées trop dangereuses (anesthésie locale intraveineuse par exemple).

Principales techniques employées

Blocs plexiques :

- bloc du plexus brachial par voie interscalénique pour la chirurgie de l'épaule
- bloc infraclaviculaire, axillaire et/ou du canal huméral pour la chirurgie allant du coude à la main.

Blocs tronculaires (concernant aussi bien les nerfs médian radial et ulnaire) :

- au niveau du coude
- au niveau du poignet

Pour la chirurgie de courte durée au niveau de la main.

Quelques anesthésies intra-thécales de la gaine des fléchisseurs pour une chirurgie brève au niveau des doigts.

Les drogues anesthésiques

Ce sont des substances qui, placées à concentration appropriée au contact d'une structure nerveuse ou musculaire, bloquent de façon temporaire et réversible la propagation de la conduction nerveuse.

Un large éventail de produits est disponible. L'anesthésiste peut ainsi choisir la solution adéquate en fonction de la durée prévisible du geste opératoire et de la technique envisagée. L'arsenal thérapeutique actuel permet de choisir entre plusieurs substances telles que : Lidocaïne, Carbocaïne, Mèpivacaïne, Ropivacaïne...

Ces drogues sont administrées soit seules soit en association. L'addition d'un adjuvant - l'Adénaline ou la Clonidine - lorsqu'il n'est pas contre indiqué par l'état clinique du patient ou le type de chirurgie, permet de prolonger l'effet des anesthésiques locaux.

Intervention chirurgicale

Le patient est emmené en salle d'opération par le brancardier qui le déplace à l'aide d'un fauteuil roulant. Le dossier médical accompagne l'opéré afin de vérifier que les consignes pré-opératoires ont été respectées et afin de permettre d'y inscrire les prescriptions post-opératoires. La surveillance du patient est assurée par le monitoring décrit plus haut. Même si l'anesthésie " fonctionne " normalement, l'anxiété du patient et/ou l'inconfort de la table d'opération peuvent nécessiter une sédation de complément. Celle-ci consiste habituellement en l'injection d'une faible dose de benzodiazépine en se méfiant toujours du risque de sédation trop poussé.

Passage en salle de surveillance post-interventionnelle

La durée de surveillance est variable ; elle est fonction du type d'anesthésie, de la durée de l'intervention, de la douleur éventuelle et de la rapidité de récupération du patient.

Quand une douleur est présente, il faut très vite la soulager car plus on tardera plus les doses nécessaires pour calmer le sujet seront importantes et une douleur vive peut engendrer nausées et vomissement.

Le sujet regagne la salle de repos s'il répond positivement à un certain nombre de paramètres cliniques réunis sous la forme de scores dont le plus répandu est celui d'Aldrete mesurant la motricité, la respiration, la saturation en O₂, la pression artérielle et l'état de conscience.

Plateau Technique - Hôpital Privé Cannes Oxford



On y retrouve ainsi des spécialistes pour l'ensemble des opérations touchant la main, avec un service d'urgence pour la main (SOS Mains).

Notre service d'urgence de la main, répondant à des critères et à un cahier des charges très précis, est un centre affilié à la Fédération Européenne des Services d'Urgence de la Main (F.E.S.U.M).

Au sein de notre centre spécialisé, les chirurgiens sont de garde à tour de rôle, 7j/7 et 24h/24, afin de recevoir tous les types d'urgences de la main, de la plaie superficielle à l'amputation complète des doigts ou de la main.

Nous pouvons donc traiter les urgences à tout moment grâce à une astreinte opérationnelle (anesthésiste, infirmières etc.), et à un plateau technique spécialisé (microchirurgie, microscope opératoire etc.). Le traitement de ces traumatismes nécessite des compétences très particulières de la part des chirurgiens et notamment la maîtrise parfaite des techniques microchirurgicales.

De nombreux outils sont mis à disposition des praticiens au sein de ce pôle de qualité, avec en appui un centre d'imagerie médicale de pointe.

Palmarès de l'Hôpital Privé Cannes Oxford au niveau de la Chirurgie du Canal Carpien :

- Nouvel observateur – Novembre 2009
- Le Point – Janvier 2010

L'Hôpital Privé Cannes Oxford confirme ainsi son statut de pôle d'excellence dans le domaine de la chirurgie de la main.

PLATEAU TECHNIQUE SPECIALISE ET DIVERSIFIE

45 postes en hospitalisation de jour

1 salle d'urgence

2 blocs dédiés à la chirurgie de la main

3 blocs chirurgicaux

1 salle de réveil

1 salle d'induction

[Retour à la présentation de l'Hôpital Privé Cannes Oxford sur le site www.domusvi.com](http://www.domusvi.com)