

Chapitre 8 : Chirurgie des fractures

Fractures du radius distal

Roux JL¹.

¹ Institut Montpelliérain de la Main, jlroux07@free.fr

Les fractures du radius distal sont des lésions rencontrées de manière quotidienne dans les centres de traumatologie. Ces fractures sont généralement prises en charge par les chirurgiens de la main qui ont ces dernières années beaucoup fait évoluer leur traitement.

Pour les patients les plus âgés et ostéoporotiques les plaques à vis verrouillées ont transformé les suites opératoires en assurant une stabilité évitant les déplacements secondaires, et autorisant pour les fractures les plus simples, une reprise quasi immédiate des activités légères.

Pour les patients les plus jeunes l'arthroscopie autorise un contrôle articulaire de la réduction et le bilan des lésions associées.

Ces avancées ne doivent pas faire oublier les fondamentaux du traitement des fractures du radius distal.

L'analyse radiographique précise de la fracture est l'élément déterminant du traitement. La direction et l'importance du déplacement de l'épiphyse dans les trois plans de l'espace, l'atteinte articulaire radio-carpienne et/ou radio-ulnaire distale, la comminution métaphysaire, les lésions associées (ulna distal, carpe) doivent être évaluées précisément.

Ensuite il est capital de tenir compte du patient : âge, ostéoporose, demande fonctionnelle, état général.

L'indication dépendra enfin de l'habitude et de l'expérience du chirurgien.

Nous disposons aujourd'hui d'un large éventail thérapeutique, du traitement orthopédique au remplacement prothétique, les possibilités d'ostéosynthèse sont nombreuses : broches, plaques, fixateurs externes.

Les complications de ces fractures sont pour nous, dans la majorité des cas, liées à une atteinte ulno-carpienne et/ou radio-ulnaire

distale. Pour éviter ces complications notre expérience montre que parmi tous les paramètres de la restauration de l'anatomie, c'est la restauration de la longueur du radius qui est l'élément essentiel.

Résultats du traitement chirurgical des fractures des phalanges de la main : à propos de 30 cas

Djondo Amisi J¹, Omari N¹, Allali Y¹, Ghabri R¹, Sangare F¹, Nabih M¹, Zifa F¹, El Andaloussi Y¹, Haddoun AR¹, Bennouna D¹, Fadili M¹.

¹ Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, Aile IV, Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction. Les fractures des phalanges des doigts sont des lésions souvent négligées et considérés à tort comme bénignes par les patients, pourvoyeuses de raideur articulaire et de perte de fonction des doigts. Leur traitement varie du traitement orthopédique, moins agressif mais au résultat aléatoire, au traitement chirurgical permettant une restitution anatomique osseuse la plus parfaite possible avec un risque de séquelles. Les fractures instables doivent être fixées solidement.

Matériel et méthode. Notre travail est une étude rétrospective portant sur une série de 30 cas de fractures des phalanges des doigts colligés au service de traumatologie-orthopédie (Aile 4) du CHU Ibn Rochd de Casablanca de janvier 2007 à décembre 2014.

Résultats. L'âge moyen des patients a été de 30 ans. Les AT ont été la principale étiologie. Le diagnostic des fractures phalangiennes a été confirmé chez tous nos patients grâce à l'examen clinique et les radiographies standards. La réduction et l'ostéosynthèse constitue l'attitude de sûreté afin d'éviter tout déplacement secondaire. Une bonne rééducation, au bout de 4 à 6 semaines d'immobilisation ; détermine le pronostic fonctionnel de la main. Des excellents

bons et moyens et mauvais résultats ont été rapportés par nos patients.

Conclusion. Les fractures des phalanges sont fréquentes et souvent graves. Elles méritent beaucoup d'attention en urgence pour choisir le bon traitement. La prise en charge précoce, la stabilisation osseuse primitive ainsi que la réparation de tout en un seul temps constituent le seul garant d'un résultat fonctionnel satisfaisant.

Traitement des fractures ouvertes Gustilo III b du tiers distal de la jambe

Dembélé B¹, Coulibaly NF¹, Diao S¹, Sarr L¹, Diouf AB¹, Sané AD¹, Ndiaye A¹, Diémé C¹.

¹ Service d'Orthopédie Traumatologie CHU le DANTEC Dakar Sénégal

Objectifs. Déterminer les modalités thérapeutiques et préciser l'évolution du traitement des fractures ouvertes stade IIIB de Gustilo du tiers distal de la jambe.

Introduction. Ces fractures, graves et complexes posent beaucoup de difficultés thérapeutiques.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective de janvier 2008 à mai 2013. Douze hommes et une femme, âgés en moyenne de 38 ans (extrêmes : 17 et 68 ans) ont été traités pour une fracture ouverte de la jambe stade IIIB de Gustilo. La perte de substance exposant le tibia était contemporaine du traumatisme dans 7 cas et secondaire à une chute d'escarres dans 6 cas. La fracture était isolée (n=10), bilatérale (n=1 de type II) et associée à une fracture fermée du fémur (n=2). L'évaluation des résultats du traitement était basée sur le délai et la qualité de la cicatrisation et de la consolidation.

Résultats. Une antibiothérapie et une sérovaccination antitétanique ont été instituées pour tous les patients. Le délai de la prise en charge chirurgicale était en moyenne de 7h10 mn (extrêmes 3h45 et 25 heures) et consistait en un parage, une réduction de la fracture suivie de l'ostéosynthèse par un fixateur externe au niveau de la jambe (n=14). La couverture de la perte substance cutanée par un lambeau a été réalisée

dans un délai de 16 jours en moyenne (extrêmes 10 et 33 jours).

La cicatrisation était obtenue pour tous les patients au bout de 52 jours en moyenne (extrêmes 28 jours et 5 mois) malgré 3 cas de nécrose de lambeau et 2 cas d'ostéite chronique. La consolidation était effective chez 10 patients dans un délai moyen de 8, 3 mois (extrêmes 6 et 9 mois). On retrouvait 3 cas de cal vicieux et 3 cas de pseudarthrose. Une cure de cette dernière a été réalisée chez 2 patients avec une consolidation à 9 et 11 mois.

Conclusion. Le traitement des fractures ouvertes stade IIIB de Gustilo par l'antibiothérapie, le parage, l'ostéosynthèse et la couverture cutanée nous a permis d'obtenir la consolidation osseuse chez 10 patients d'emblée et secondairement chez 12 sur un effectif de 13.

Mots clé : fracture ouverte, 1/3 distal jambe, lambeau, parage

Fracture élévation du crane simulant une craniectomie

Koutaba E¹, Boukassa L¹, Kinata-Bambino S¹, Ekouélé Mbaki HB², Ngakosso OB², Boutsoko P³, Maboungou C³.

¹ Service chirurgie pédiatrique CHU Brazzaville

² Service chirurgie polyvalente CHU Brazzaville

³ Service de chirurgie Hôpital central des armées de Brazzaville

Les auteurs rapportent un cas inhabituel de fracture élévation du crâne. Il a été observé chez un patient de 15 ans qui a été reçu pour traumatisme crânio-encéphalique avec coma d'emblée suite à un accident de la voie publique. L'examen clinique avait permis de retrouver une large plaie crânio-encéphalique frontale avec avulsion de l'os en regard, un coma, un déficit héli-corporel droit et un état de choc.

Le mécanisme de survenue, la prise en charge lésionnelle à court, moyen et long terme sont discutés. L'intérêt de cette observation est triple : sa rareté, les étapes de sa prise en charge et sa bonne évolution.

Mots clés : Traumatisme crânien, Fracture élévation, Craniectomie post traumatique.

Le doigt "banque" : Conception et réalisation
Moutet F¹, Corcella D¹, Forli A¹, Chedal-Bornu B¹, Bouyer M¹.

¹ Chirurgie de la Main et des Brûlés, CHU de Grenoble, SOS Main Grenoble, France

Lors de la gestion des traumatismes complexes de la main un principe d'économie de tissu permet des reconstructions plus fonctionnelles et plus satisfaisantes, c'est celui du principe du "doigt banque". Il s'agit ici de ne pas jeter mais de redistribuer au mieux des possibilités ce que l'accident laisse de tissus "utilisables". C'est en quelque sorte l'art d'accommoder les restes ! Quelques règles simples sont utiles à connaître. Il faut - Penser bénéfice-risque (reconstruction vs amputation) - Penser fonction (pince, opposition, grip et grasp) - Hiérarchiser les rayons (Pouce → V → III-IV → II)

Toujours on gardera à l'esprit qu'une amputation est un geste de chirurgie réparatrice. Le moignon doit être eutrophique et fonctionnel (longueur et sensibilité).

L'utilisation du doigt banque est parfois une simple translocation (pollicisation d'un index), parfois une réimplantation hétérotopique (ce que réalise aussi un transfert d'orteil). Certains de ces gestes ne nécessitent pas de recours à la microchirurgie (ceux où les paquets vasculonerveux sont utilisables directement), d'autres ne peuvent s'en passer (réimplantations de toute nature). Enfin les fragments non "reposables" ou non réimplantables peuvent fournir des éléments de greffe de toutes natures (os, peau, tendons, nerfs, vaisseaux).

D'un point de vue pratique on se souviendra que l'absence de microscope n'exclue pas l'utilisation d'un grossissement optique plus rudimentaire mais bien utile. Une paire de lunettes de +2 ou 3 dioptries, peu coûteuse et disponible facilement permet déjà la réalisation de beaucoup de chose en sécurité.

Si très majoritairement ce type de geste se réalise en urgence, la réalisation secondaire des gestes de reconstruction ou d'amélioration fonctionnelle restent possibles sur le même principe.

Prise en charge des pertes de substance (PDS) des parties molles en situation précaire

Djè Bi Djè Assi V¹, Kossoko H¹, Allah CK¹, Yéo S¹, Koffi E¹, Dietlin GC¹.

¹ Service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie de la main et Brûlologie au CHU de Treichville, 01 BP V 3 Abidjan 01, Côte-d'Ivoire

Introduction. En chirurgie plastique il existe un grand arsenal de techniques pour la couverture des PDS des parties molles. Malheureusement la précarité de nos moyens de travail et le retard de consultation nous ont amené à adopter certains protocoles que nous vous présentons.

Patients et méthode. Une étude rétrospective a été réalisée chez 72 patients entre janvier 2015 et juin 2017 présentant une PDS des parties molles des membres et de la tête. Les PDS étaient d'origine traumatique (n=70), infectieuse (n=1) ou tumorale (n=1).

Résultats. Quarante-huit hommes et 22 femmes d'un âge moyen de 29,6 ans avec des extrêmes de 1 an 3 mois et 73 ans ont été pris en charge. Le délai moyen de consultation était de 19,8 jours. Plusieurs méthodes ont été utilisées : la cicatrisation dirigée dans 28 cas (29,5%) avec une détersion au miel dans 5 cas, à l'acide acétique à 2% dans 8 cas, au Dakin dans 8 cas ou trempage quotidien dans l'eau de javel diluée dans 7 cas ; la greffe de peau mince dans 30 cas (31,6%) et des lambeaux qui étaient cutanés dans 15 cas (15,8%), fascio-cutanés dans 17 cas (17,9%) ou musculaires dans 5 cas (5,2%). Dans 5 cas les lambeaux étaient prélevés en cross-leg et dans 2 cas au hasard après une autonomisation de 21 jours. L'évolution a été marquée par un lâchage des sutures dans 5 cas, un sepsis dans 8 cas, une nécrose dans 6 cas ayant nécessité 3 reprises chez 4 patients et 2 amputations.

Discussion. Les indications en chirurgie plastique doivent tenir compte du retard dans la prise en charge, des gestes effectués antérieurement par des chirurgiens non plasticiens, des moyens financiers du patient, et du plateau technique qui reste encore précaire dans notre pays.

Conclusion. Les notions des techniques de base de couverture des PDS des parties molles et l'importance d'une prise en charge précoce doivent être connues par tout chirurgien non

plasticien dans nos pays en voie de développement.

Mots clés : Pertes de substance, parties molles, chirurgie plastique, précarité