

Aléas et mirages du traitement percutané des lésions du poignet et de la main

Yves JACOB

Résumé

Syndrome du canal carpien, doigt à ressaut, ténosynovite sténosante de De Quervain et maladie de Dupuytren représentent les pathologies les plus courantes en chirurgie de la main.

Elles ne posent guère de problème au chirurgien de la main pour autant elles n'échappent pas à des complications sources de procédures judiciaires.

La mise en avant de techniques percutanées pour ces pathologies nous interrogent sur le bénéfice et l'éventuelle fiabilité et sécurité qu'elles apportent.

Nous proposons une étude critique de ces techniques en regard de notre expérience en chirurgie de la main et notre activité d'expert national. Nous avons de plus l'opportunité de pouvoir nous référer à des travaux effectués à partir des bases de données du principal assureur des chirurgiens de la main.

La chirurgie du canal carpien représente la première cause de procédures en chirurgie de la main.

Les principaux griefs étant :

Un déficit neurologique (section partielle ou totale du nerf médian-atteinte du rameau cutané palmaire ou du rameau thénarien)

Un syndrome régional douloureux chronique ou un mauvais résultat de la chirurgie.

La comparaison entre la technique dite conventionnelle et les chirurgies percutanées ne montre pas d'efficacité supplémentaire pour ces dernières en ce qui concerne la disparition des paresthésies, la reprise du travail. La récupération de la force étant davantage dépendante de la rapidité d'utilisation de la main en post opératoire que de la technique.

Par contre les chirurgies percutanées laissent apparaître un risque accru de complications nerveuses. Celles-ci augmentent avec la diminution de la taille de la cicatrice et favorisent les récidives.

L'augmentation du risque est également opérateur dépendant. Le risque étant significativement diminué lorsque l'intervention est pratiquée par un chirurgien formé à la chirurgie de la main.

Le doigt à ressaut n'échappe pas aux procédures.

Elles sont liées à une libération inadaptée de la poulie, un flexum résiduel mal géré, l'atteinte d'un nerf collatéral.

L'abord chirurgical minore ces risques et la gestion adaptée des suites minimise les conséquences.

La chirurgie de la ténosynovite sténosante de De Quervain peut exposer à une libération insuffisante ou excessive de la première coulisse et la méconnaissance d'une atteinte d'une coulisse secondaire. La principale cause de « désagrément » concerne l'atteinte des branches sensitives terminales du nerf radial dont la distribution au contact direct des tendons extenseurs du pouce est aléatoire. Une chirurgie aveugle majore ce risque.

La chirurgie de la maladie de Dupuytren a connu de nombreuses évolutions techniques depuis les premières fasciotomies et aponévrectomie isolées réalisées en 1788 et 1831.

La technique percutanée à l'aiguille en est une adaptation.

Les variations anatomiques entraînées par les brides et leurs relations étroites avec les pédicules vasculo-nerveux déviés par la maladie offrent un risque de blessure de ces éléments et imposent la prudence au chirurgien lors de sa dissection.

La connaissance de ces zones à haut risque réduit les indications de la chirurgie percutanée à l'aiguille. Celles-ci devraient au mieux se limiter à une corde palmaire axée isolée si possible réservées au sujet âgé du fait du risque de récurrence.