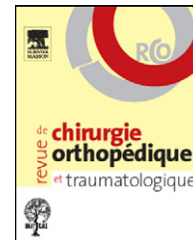




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE L'OUEST. RÉUNION DE LA BAULE, JUIN 2011. NOTE DE TECHNIQUE

Technique simplifiée de reconstruction du scaphoïde par le greffon vascularisé radial de Zaidemberg[☆]

Simplified scaphoid reconstruction technique with Zaidemberg's vascularized radial graft

Y. Saint Cast^{a,*}, B. Césari^a, G. Dagregorio^b, M. Le Bourg^c, A. Gazarian^d,
G. Raimbeau^a, P.-A. Fouque^a, F. Rabarin^a, J. Jeudy^a, F. Mallard^a

^a Centre de la Main, village Santé Angers Loire, 47, rue de la Foucaudière, 49800 Trelaze, France

^b Service de chirurgie orthopédique, hôpital Jacques Cœur, CHU de La Milètrie, rue de la Milètrie, 86000 Poitiers, France

^c Centre de la Main, CHP de Saint-Grégoire, CS 56816, 6, rue de la Boutière, 35760 Saint-Grégoire, France

^d Clinique du Parc, 155, boulevard Stalingrad, 69006 Lyon, France

MOTS CLÉS

Pseudarthrose
scaphoïde ;
Grefe

Résumé Nous utilisons depuis plus de dix ans une technique simplifiée de reconstruction des pseudarthroses du scaphoïde par le greffon décrit en 1991 par Zaidemberg et al. [1]. Le principe est d'incruster dans le foyer de pseudarthrose un greffon osseux prélevé sur la styloïde radiale et pédiculé en îlot sur l'artère du processus styloïde radial. Nos modifications techniques visent à simplifier le prélèvement du greffon, sa manipulation et l'ostéosynthèse. Nous réservons cette technique aux pseudarthroses avec dévascularisation polaire proximale, pseudarthroses itératives après greffe et ostéosynthèse, pseudarthroses anciennes avec ostéophytose dorso-radiale et fractures sur maladie de Preiser.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

Bases anatomiques

Trente poignets (18 droits, 12 gauches) ont été disséqués après injection intra-artérielle de latex coloré. L'étude des

30 poignets injectés a montré la constance de l'artère du processus styloïde radial (APSR), alors que son origine, son trajet et sa longueur étaient soumis à certaines variations [2] réparties en quatre types :

- type 1 (sept cas) : l'APSR naît de l'artère radiale, en avant des tendons *abductor pollicis longus* (APL) et *extensor pollicis brevis* (EPB), décrit une longue boucle d'avant en arrière pour aborder l'extrémité distale du radius entre les deux premiers compartiments des extenseurs (Fig. 1) ;

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2012.04.007](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2012.04.007).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : saintcast@centredelamain.fr (Y. Saint Cast).

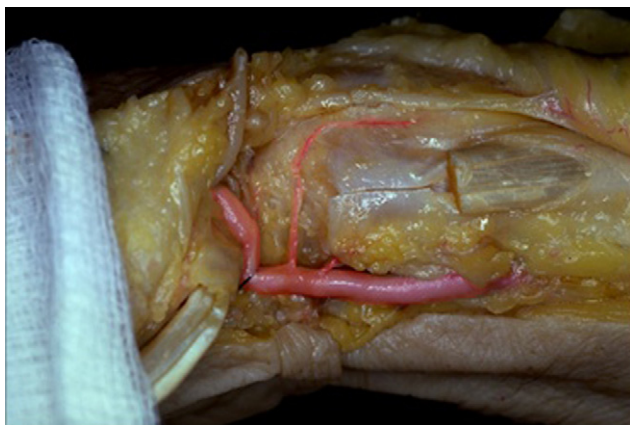


Figure 1 Type 1.

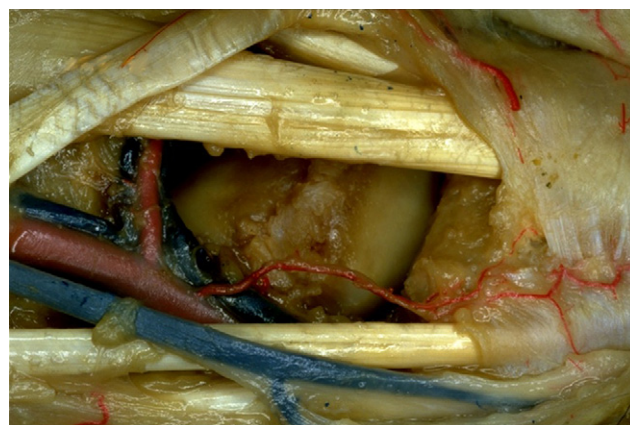


Figure 3 Type 3.

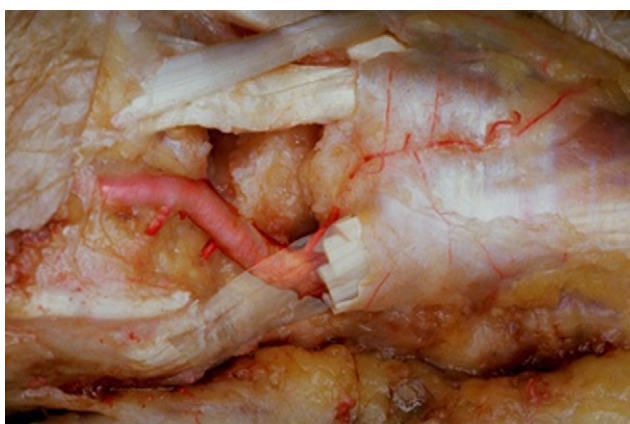


Figure 2 Type 2.

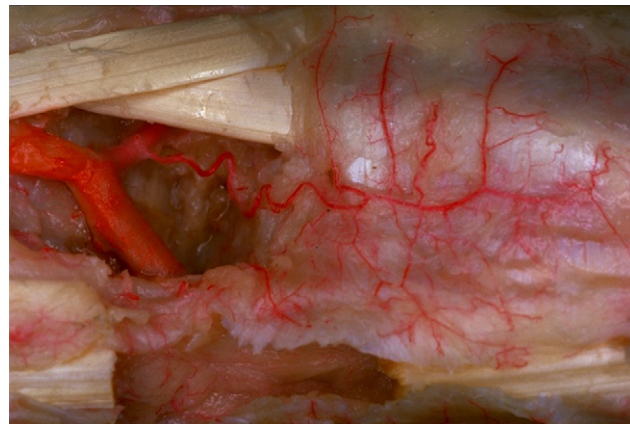


Figure 4 Type 4.

- type 2 (12 cas) : l'APSR naît de l'artère radiale, sous les tendons APL et EPB (Fig. 2). Le trajet est beaucoup plus court que dans le type 1.
Dans les types 1 et 2, l'APSR peut passer un peu à distance de la styloïde ou à son contact.
- type 3 (six cas) : l'APSR naît de l'artère radiale, en arrière des tendons APL et EPB, avec un trajet direct, ascendant (Fig. 3) ;
- type 4 (cinq cas) : l'APSR naît d'une branche artérielle collatérale dorsale de l'artère radiale, et, monte vers l'extrémité distale du radius entre les deux premiers compartiments des extenseurs (Fig. 4).

La longueur de l'APSR est de 14 à 23 millimètres. Son trajet est flexueux en position neutre et en extension du poignet. Cette réserve de longueur disparaît en flexion du poignet. Son calibre est de 0,3 à 0,8 millimètres à son origine, et, de 0,2 à 0,4 millimètres en abordant l'extrémité distale du radius.

Dans sa portion périostée, le trajet de l'artère est ascendant sur un axe proche de la bissectrice de l'angle formé par les deux premiers compartiments des extenseurs. L'APSR donne une arborescence harmonieuse avec des branches étalées en espalier sur le périoste et le ligament rétinaculaire avec également des collatérales superficielles à destinée neuro-cutanée. De fines artérioles sont donc

tendues entre l'APSR, en profondeur, au contact du périoste et les branches terminales du nerf radial en superficie.

Pour compléter l'étude, deux diaphanisations selon la technique de Spatelholz ont montré que les premières collatérales à destinée osseuses naissent cinq à huit millimètres au-dessus de la marge distale du radius ce qui permet de reporter d'autant le prélèvement du greffon.

Technique chirurgicale

L'intervention est faite sous anesthésie locorégionale (bloc axillaire avec échoguidage), garrot brachial après exsanguination partielle.

Cinq étapes principales se dégagent du protocole opératoire :

- abord et repérage de l'artère du greffon : la voie d'abord est dorso-radiale, longitudinale, rectiligne, longue de six à sept centimètres, centrée sur l'interligne radiocarpien. Le nerf radial et ses branches doivent être disséqués prudemment, car l'artère du processus styloïde radiale a de fines collatérales qui sont tendues entre le périoste et la superficie. Ces petits vaisseaux perforants, à destinée neuro-cutanée, doivent être coagulés à la pince bipolaire. L'abord permet l'exposition immédiate de l'APSR entre les deux premiers compartiments des extenseurs (Fig. 5) ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091032>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091032>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)