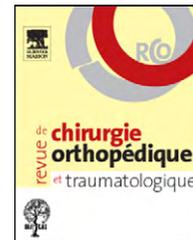




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



MÉMOIRE ORIGINAL

Ostéosynthèse des fractures du col du cinquième métacarpien : plaque vissée ou brochage ?[☆]

Fifth metacarpal neck fracture fixation: Locking plate versus K-wire?

S. Facca, R. Ramdhian, A. Pelissier, M. Diaconu, P. Liverneaux*

SOS Main, centre de chirurgie orthopédique et de la main, hôpitaux universitaires de Strasbourg,
10, avenue Achille-Baumann, 67403 Illkirch cedex, France

Acceptation définitive le : 20 avril 2010

MOTS CLÉS

Fracture ;
Cinquième
métacarpien ;
Broche ;
Plaque verrouillée

Résumé

Introduction. – Les fractures du col du cinquième métacarpien peuvent laisser des séquelles. Le traitement chirurgical est indiqué lorsque la bascule en flexion de la tête est supérieure à 45° et/ou en présence d'un trouble rotatoire. Parmi les techniques chirurgicales, les miniplaques non verrouillées sont celles qui présentent le plus d'inconvénients. L'apparition récente de miniplaques verrouillées pourrait remettre en question la supériorité des broches.

Hypothèse. – Le but de ce travail est d'étudier le résultat des miniplaques verrouillées en le comparant à celui du brochage centromédullaire.

Matériel et méthodes. – Notre série comportait 38 fractures du col du cinquième métacarpien : 18 opérées par miniplaque verrouillée (groupe I), 20 par brochage centromédullaire (groupe II). Les résultats ont été analysés selon des critères subjectifs et objectifs (douleur, DASH, force, mobilité, durée d'arrêt de travail, radiographie).

Résultats. – Il n'y avait aucune différence significative pour : douleur, DASH, force, durée d'arrêt de travail, bascule de la tête au dernier recul. Il existait une différence significative sur la mobilité active en faveur des broches, avec une flexion moyenne de la métacarpophalangienne de 59% par rapport au côté sain dans le groupe I et 98% dans le groupe II, et une extension moyenne de 89% dans le groupe I et 99% dans le groupe II. Dans le groupe I, nous déplorons six complications (trois raideurs, un nécrose de tête, deux retards de consolidation). Dans le groupe II, nous déplorons sept complications (trois migrations de broche, trois lésions neurologiques, un gêne esthétique).

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2010.02.009](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2010.02.009).

[☆] 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.

Adresses e-mail : philippe.liverneaux@chru-strasbourg.fr, p.liverneaux@wanadoo.fr (P. Liverneaux).

Discussion. – Les miniplaques verrouillées avec mobilisation immédiate entraînent paradoxalement une moins bonne mobilité au dernier recul que les brochages centromédullaires suivis d'une immobilisation de six semaines. Ainsi, le surcoût des miniplaques verrouillées ne justifie pas leur emploi. L'embrochage centromédullaire reste la technique de référence dans le traitement des fractures déplacées du col du cinquième métacarpien.

Niveau de preuve. – Niveau II. Étude comparative prospective continue.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Les fractures du col du cinquième métacarpien, ou fracture du « boxeur » [1], représentent près de la moitié des fractures de la main [2]. Elles surviennent chez des patients jeunes et actifs [3], et peuvent laisser des séquelles esthétiques (bosse disgracieuse) et surtout fonctionnelles (défaut d'extension de la métacarpophalangienne).

Le traitement de ces fractures est habituellement orthopédique [4,5] si les trois critères suivants sont respectés : bascule en flexion de la tête inférieure à 30° [1,6] ; absence de trouble de rotation [7] ; raccourcissement de la tête du métacarpien de moins de 3 mm [6].

Dans le cas contraire, le traitement chirurgical est indiqué.

Plusieurs techniques chirurgicales ont été décrites : brochage intermétacarpien [8], brochage centromédullaire [9], miniplaque vissée [10]. Aucune d'entre elles n'a fait la preuve de sa supériorité. Toutefois, les plaques semblent présenter plus d'inconvénients que les broches, notamment en raison du risque d'adhérences articulaires et tendineuses. Les raisons invoquées sont la nécessité d'une part d'une voie d'abord extensive avec un risque de lésion de la branche cutanée dorsale du nerf ulnaire, et d'autre part, d'une immobilisation postopératoire complémentaire par insuffisance de la stabilité de la fixation [11].

L'apparition récente de miniplaques verrouillées pourrait remettre en question le dogme de l'immobilisation postopératoire des fractures du cinquième métacarpien. En effet, la stabilité de l'ostéosynthèse obtenue par ces dispositifs verrouillés dans d'autres localisations du squelette autorise une mobilisation postopératoire immédiate. Les conséquences de l'ostéosynthèse par miniplaques verrouillées des fractures du col du cinquième métacarpien pourraient être une récupération fonctionnelle plus précoce, une inutilité de l'ablation du matériel, et une diminution de la durée de l'arrêt de travail.

Le but de ce travail était donc d'étudier le résultat des miniplaques verrouillées dans le traitement chirurgical des fractures déplacées du col du cinquième métacarpien en le comparant à celui du brochage centromédullaire.

Matériel

Nous avons mené l'étude prospective comparative continue de 38 fractures fermées du col du cinquième métacarpien de janvier 2007 à décembre 2008. Nous avons exclu de cette étude les fractures récidivantes, ouvertes et/ou multiples des métacarpiens, et les patients victimes de polytraumatismes.

Seules les fractures fermées, isolées et déplacées du col du cinquième métacarpien ont été incluses dans notre série. L'indication opératoire était retenue lorsqu'il existait une bascule de la tête du métacarpien de plus de 45° et/ou un trouble de rotation du fragment distal dévoilé par la mise en flexion des doigts longs. Les dix-huit premiers patients ont été opérés par miniplaque verrouillée (groupe I). Les 20 patients suivants ont été opérés par brochage centromédullaire (groupe II).

Méthodes

Méthodes chirurgicales

Tous les patients ont été opérés en chirurgie ambulatoire sous anesthésie locorégionale et garrot pneumatique par quatre opérateurs seniors.

Dans le groupe I, une voie d'abord dorsale longitudinale a été réalisée en regard de l'axe du cinquième métacarpien (Fig. 1). Après avoir récliné la branche cutanée dorsale du nerf ulnaire et l'appareil extenseur du cinquième rayon, le périoste a été incisé pour aborder le foyer de fracture. Après mise en place des vis dans le fragment distal du métacarpien, la réduction de la fracture a été réalisée en utilisant la miniplaque comme levier (Fig. 2). Les vis proximales ont ensuite été mises en place pour stabiliser l'ostéosynthèse du métacarpien (Fig. 3). Les miniplaques en titane (Aptus Hand® Médartis™) étaient fixées avec des vis verrouillées de diamètre 2 mm. La même forme de miniplaque en T distal



Figure 1 Voie d'abord dorsale pour fracture du cinquième métacarpien traitée par miniplaque verrouillée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4092056>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4092056>

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