

Arthroscopie de poignet Installation et voie d'abord

DIU Arthroscopie 2020

Saab Marc

Installation

- Patient : DD, bras 90° abduction
- Traction : Axiale permettant abord
 - 5 à 7 Kg
 - Doigts japonais II et III (IV) + câble + portique
 - Bras fixé sur TAB bloqué par U inversé et coude fléchi a 90°
 - Garrot positionné sous le U inversé
 - Autres installation possibles (main de Finochietto...)



L'arthroscopie



Mathoulin et al.



EMC

Matériel

- Colonne d'arthroscopie mode petite articulation
- irrigation arthropompe 35mmHg, ou poche de SSI 50 cm au dessus poignet, ou arthroscopie à sec
- Arthroscopie taille 2.7 mm (1.9mm / attention cassant), angle 30°
- Trocart **mousse : attention au cartilage !**
- Palpeur (adapté, pas de genou !)
- Shaver 2 à 3 mm / fraise 2,5-3,5 mm
- VapR petite taille
- Aiguilles IM (vertes) pour le repérage des voies d'abord et certaines sutures !
- Pincés mosquito droites et courbes

Principales voies d'abord

- Horizontales, 1 à 2 mm
- Utiliser Lame 15 pas 11 (section tendineuse !)
- Repérage au doigt, aiguille pour trouver direction (aucune résistance !), incision puis repousser éléments nobles avec pince mosquito : jusque la capsule, puis la franchir !
- VA nommées en fonction de leur position par rapport aux compartiments des extenseurs.

Voies d'abord

- Au début de l'apprentissage : 4 principales VA à connaître :
 - Voies radiocarpiennes
 - 3-4 : entre le 3^{ème} et le 4^{ème} compartiment des extenseurs
 - 6R ou U : radiale ou latérale au 6^{ème} compartiment des extenseurs
 - Voies médio-carpiennes
 - MCR : Radiale médio-carpienne : 1 cm distale à la voie 3-4. Elle est située entre Scaphoïde, lunatum et capitatum
 - MCU : Ulnaire médio carpienne : entre les 4 os médiaux du carpe (« fossette de crucifixion ») aisément palpée
- Grande parties des chirurgies réalisées par ces voies +++
 - Bilan et assistance au contrôle réductionnel fracturaire
 - Bilan et traitement des lésions ligamentaires aiguës et chroniques du poignet

Comment faire les voies d'abord ?

- 1^{ère} voie = la voie 3-4
- Clé de l'exploration radiocarpienne du poignet :
- Technique :
 - Palper le tubercule de Lister avec son pouce
 - Jusqu'à sentir distalement que l'on dépasse la berge postérieure du radius
 - Puis placer Aiguille IM librement, sans résistance !
 - Attention : la pente radiale ! Aiguille inclinée vers le bas !
 - Si résistance, incliner vers le bas (proximalement donc)
 - Si aiguille toute droite, est-ce la bonne voie d'abord ?
 - Voie optique de l'exploration radiocarpienne

Un peu d'icôno...

Doigtiers japonais

Voie MCR

Voie MCU

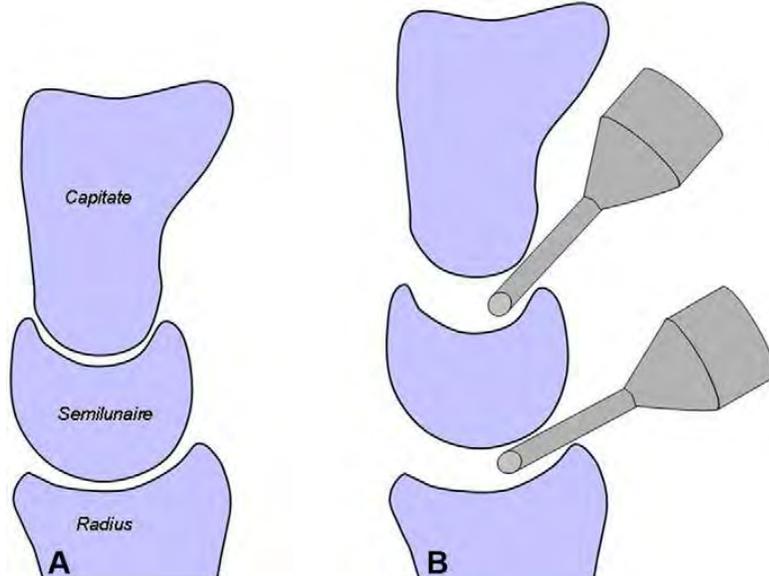
Voie 6R, radiale
à l'EUC dessiné
ici

Voie 3-4 , avec repère
osseux (= Lister) et
aiguille verte en place

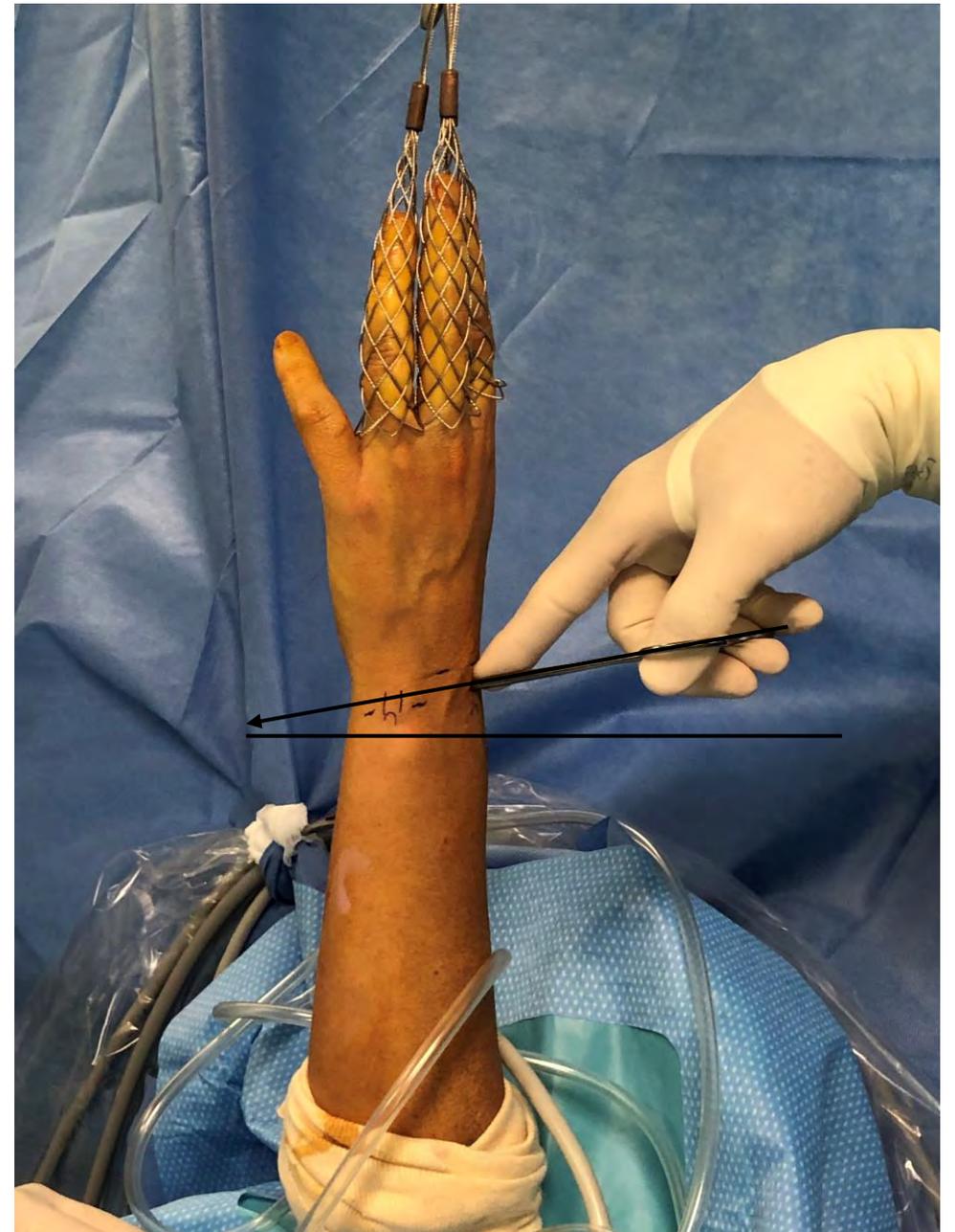


Un peu d'icono

- VA repérée, incision 2 mm
- Puis passage de la pince mosquito jusqu'à capsule que l'on franchit (sensation aisément perçue) : attention encore une fois à la pente radiale !
- Puis passage trocart mousse puis arthroscopie



Atzei et al.



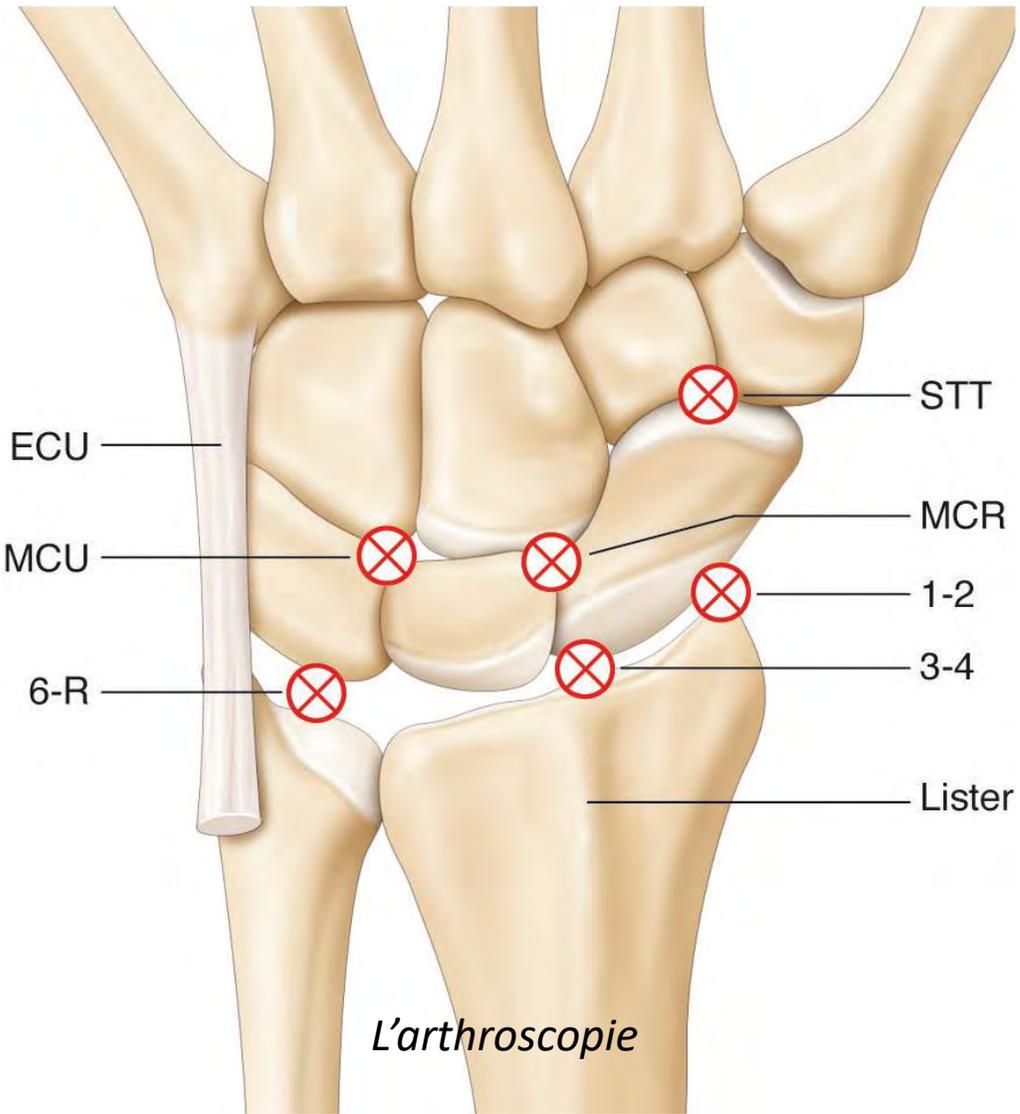
Voie RC : 6R-6U

- En dehors (6R) ou en dedans (6U) du tendon ECU : attention risque branche sensitive nerf ulnaire
- Deux techniques :
 - Soit ECU bien palpé , il n'y a qu'à insérer aiguille à l'endroit voulu, repérer sous contrôle Ao sa position, inciser et disciser avec pince mosquito
 - Soit par transillumination du scope placé en 3-4, orienté médialement, insérer aiguille à l'endroit voulu, repérer sous contrôle Ao sa position, inciser et disciser avec pince mosquito
- → Voie instrumentale de l'exploration radiocarpienne (passage du palpeur)

Voies médiocarpiennes

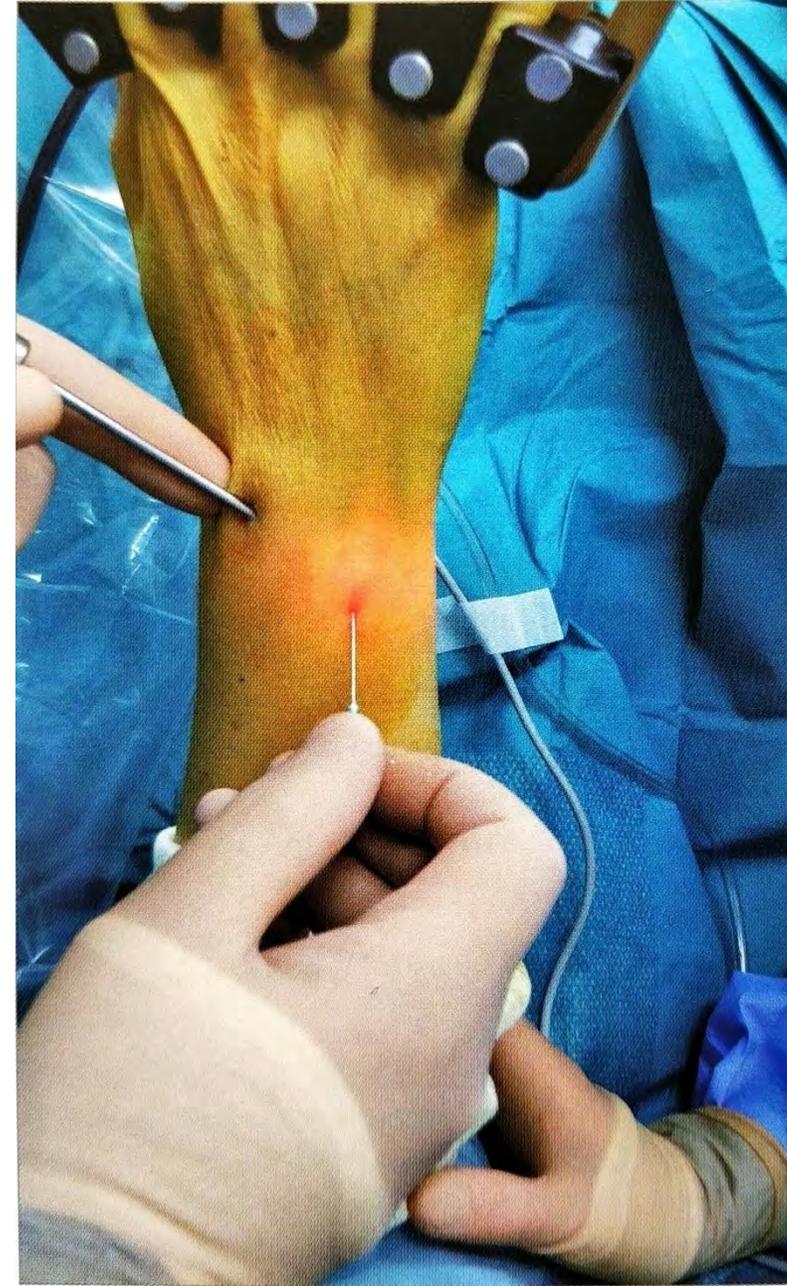
- Voie MCU :
 - Voie optique de la MC
 - Située au croisement entre L / T et H / C
 - Palpé au pouce de la « fossette de crucifixion »
 - Permet d'orienter optique vers ligament SL
- Voie MCR :
 - Environ 1 cm distal à la voie 3-4
 - Peut être repérée par transillumination avec arthroscope en MCU, orienté latéralement
 - Se situe entre S / L / C
 - Pile en face du ligament SL = testing du ligament scapho-lunaire !
 - Voie instrumentale de l'explo médiocarpienne

Au total



+ 1 Voie RUD

- Environ 0,5-1 cm proximale à la voie 6R
- Repérée par transillumination avec arthroscope en 3-4 RC à l'aide d'une aiguille
- Permet la suture des lésions périphériques du TFCC



Morbidité @ poignet

- Faible:
 - Leclercq C, Mathoulin C, Members of EWAS.
 - **5.98%** :
 - Echec : 1.16%
 - Lésions nerveuses : 1.17%
 - Lésion cartilage / SRDC 0.50%
 - Ahsan ZS et Al. revue littérature :
 - **4.7%**

Complications

- Structures à risque :
 - Shyamalan G et al.
 - Voie 6U-6R-MCU : branche dorsale nerf ulnaire
 - Voie 1-2, 3-4 : branche sensitive nerf radial
 - Voie 3-4, 4-5 : nerf interosseux postérieur
 - Lésion partielles tendineuses

