

# Place de la chirurgie palliative pour la main paralytique

C. Chantelot et le groupe d'étude de la  
rééducation de la main

Service de chirurgie de la main et membre  
supérieur CHRU

Service de rééducation de Swynghedauw, Les  
Hautois, Les Peupliers

# Introduction:

- **Recul de la chirurgie palliative devant la microchirurgie**
- **Indications limitées:**  
paralysies anciennes (> 2 ans), patients âgées, séquelles de plexus brachial, lèpre ...
- **Techniques bien connues**



# Introduction:

- La prise en charge est multidisciplinaire
- Le bilan pré-opératoire est indispensable:  
testing musculaire, EMG
- Le transfert musculaire est la dernière solution thérapeutique
- Le patient doit être préparé aux transferts:  
renforcement des muscles à transférer

# Impératifs de la chirurgie palliative:

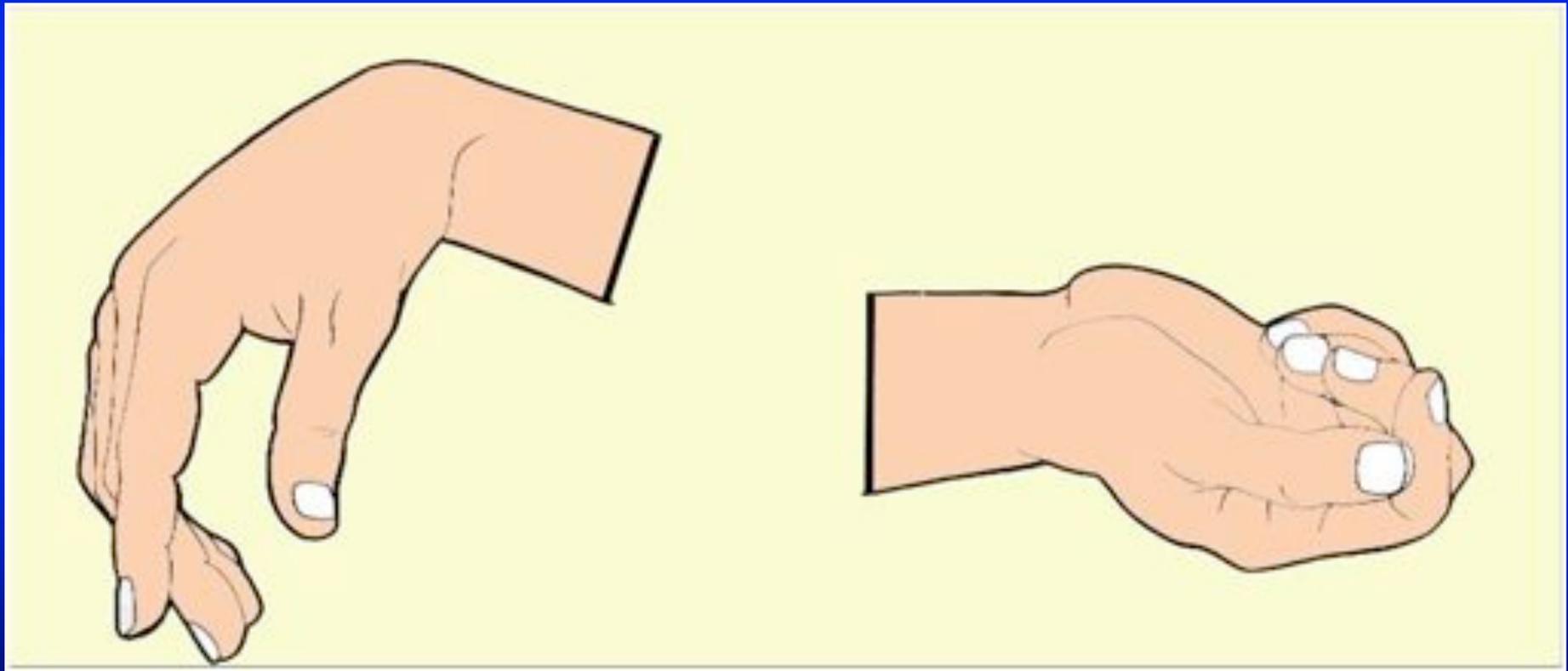
- Le patient doit être coopérant
- Il faut écouter la demande du patient
- On peut transférer qu'un muscle suffisamment fort (> 3+)
- Il faut respecter la fonctionnalité du patient: la pince, l'ouverture de la main, ...



# Impératifs de la chirurgie palliative:

- **Respect de l'effet ténodése:**
  - Flexion du poignet → extension des doigts
  - Extension du poignet → flexion des doigts
- **Transferts musculaires**
  - Transfert d'un fléchisseur du poignet pour réanimer l'extension des doigts
  - Transfert d'un extenseur du poignet pour réanimer la flexion des doigts

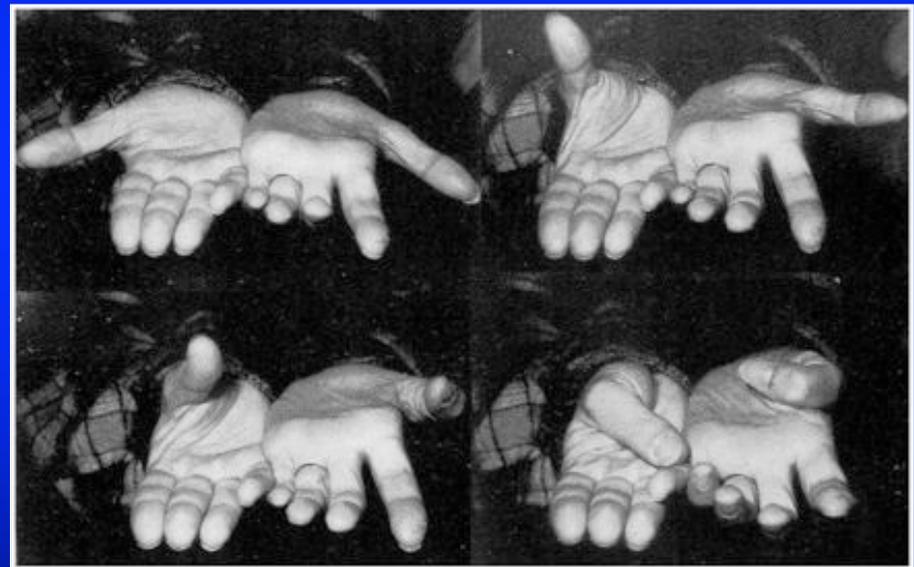
# L'effet ténodésé:



# Paralysie basse du N. Médian:

- **Médian:**

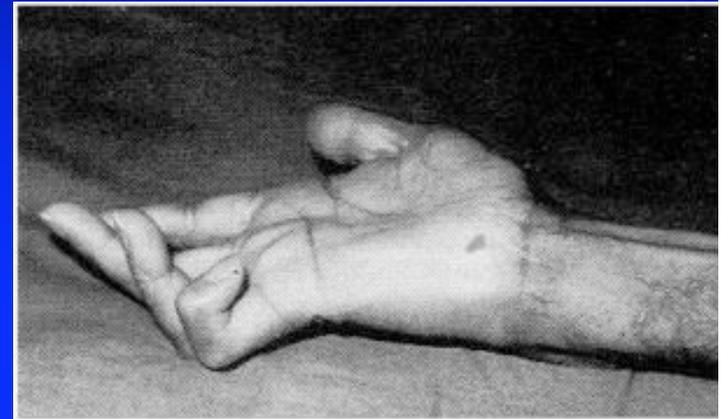
- Atteinte du muscle Court abducteur
- Atteinte du muscle Opposant
- Atteinte du muscle Court fléchisseur



# Paralysie basse du N. Ulnaire:

- **Ulnaire:**

- Atteinte du muscle Abducteur du V
- Atteinte des muscles Hypothénariens
- Atteinte des muscles Lombricaux du IV et V
- Atteinte du muscle Court fléchisseur du pouce
- Atteinte des muscles Interosseux



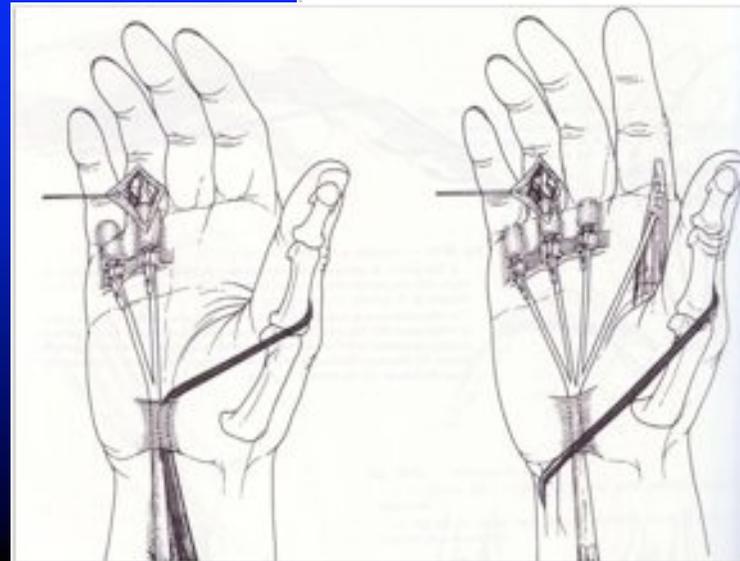
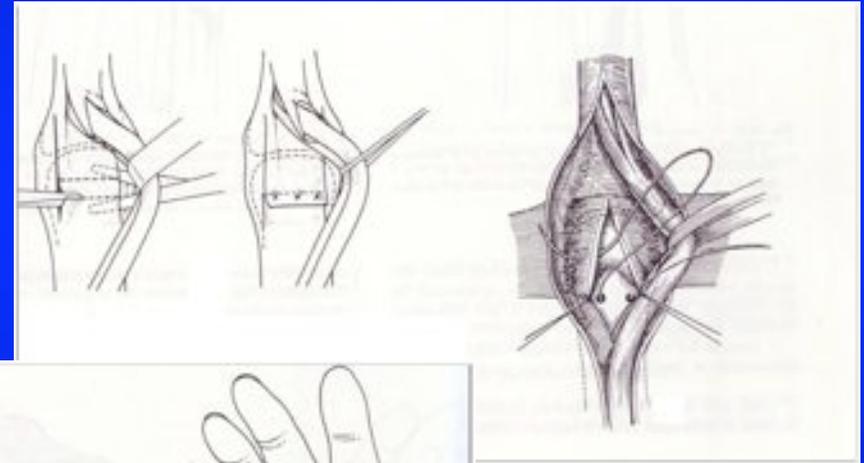
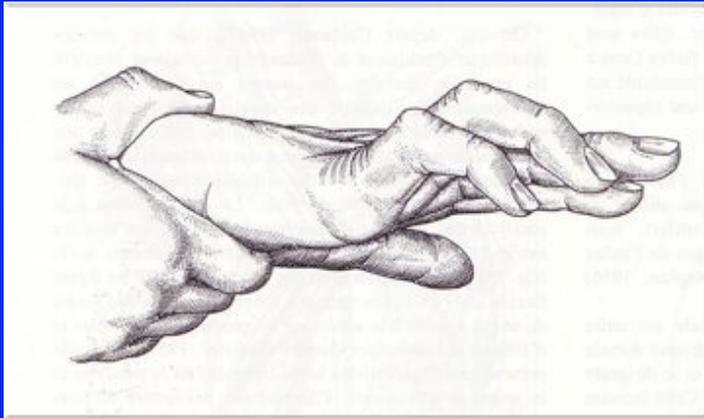
# Réanimation Médian:

- Réanimation de l'opposition: 3 possibilités
  - Fléchisseur superficiel du IV \*\*\*
  - Extenseur propre du II
  - Abducteur du V → chez l'enfant



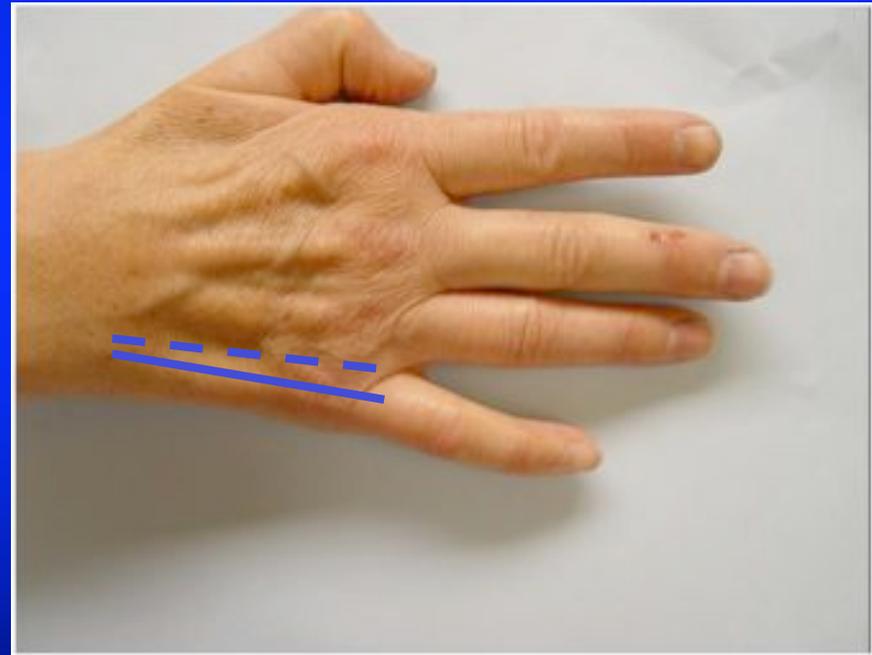
# Réanimation Ulnaire:

- **Griffe cubitale → intervention de Lasso**



# Réanimation Ulnaire:

- Wartenberg → transfert de l'extenseur propre de index
- Froment → stabilisation de la MP
  - Capsulodése
  - Stabilisation
  - Arthrodèse



# Réanimation Médio-ulnaire:

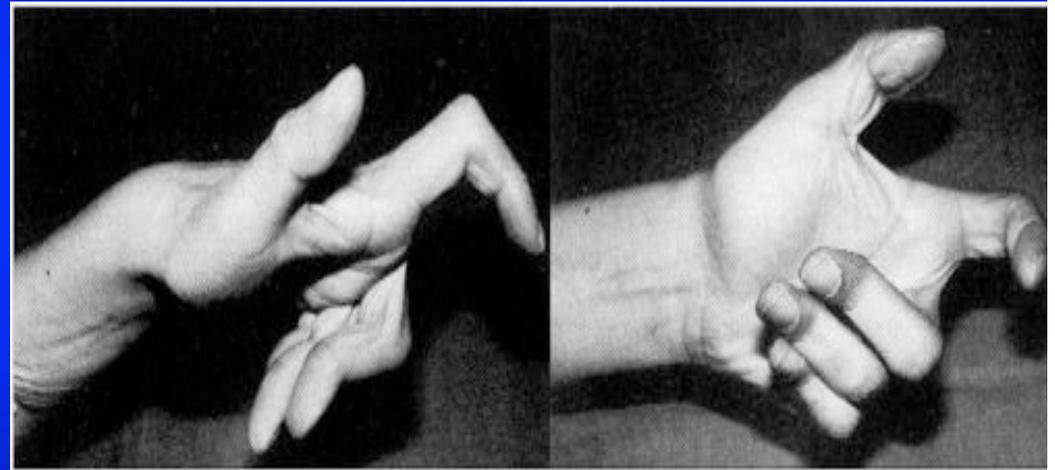
- Réanimation de l'opposition par la FS du IV (stabilisation de la MP du pouce)
- Correction de la griffe (Lasso)
- Correction du Wartenberg transfert de l'extenseur propre de index



# Paralysie haute du N. Médian:

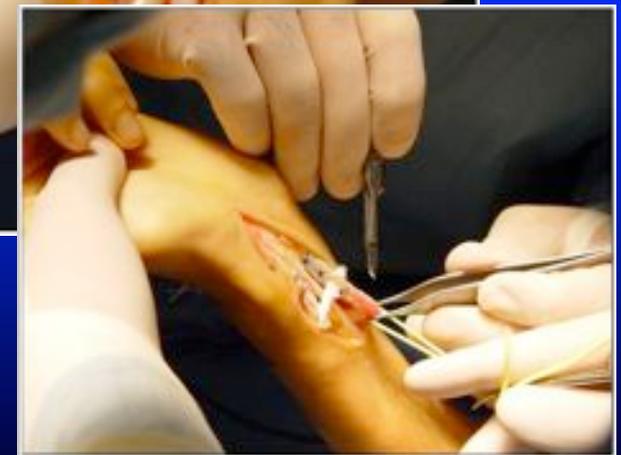
- **Médian:**

- Atteinte des muscles intrinsèques
- Atteinte du Long Fléchisseur du I
- Atteinte des muscles FS du II, III, IV, V
- Atteinte des muscles FP du II / III
- Atteinte des muscles PL et FRC



# Réanimation du Médian:

- **Intrinsèques :**  
opposition →  
extenseur propre du  
II
- **Extrinsèques:**
  - Flexion du pouce →  
arthrodèse IP ou  
CERC sur LF du pouce
  - Flexion du II →  
ténodèse du FP du II  
et III sur IV et V



# Paralysie haute du N. Ulnaire:

- **Prise en charge identique pour la paralysie basse**
- **Les FP du IV et V ne sont pas réanimés car présence du FS du IV et V**



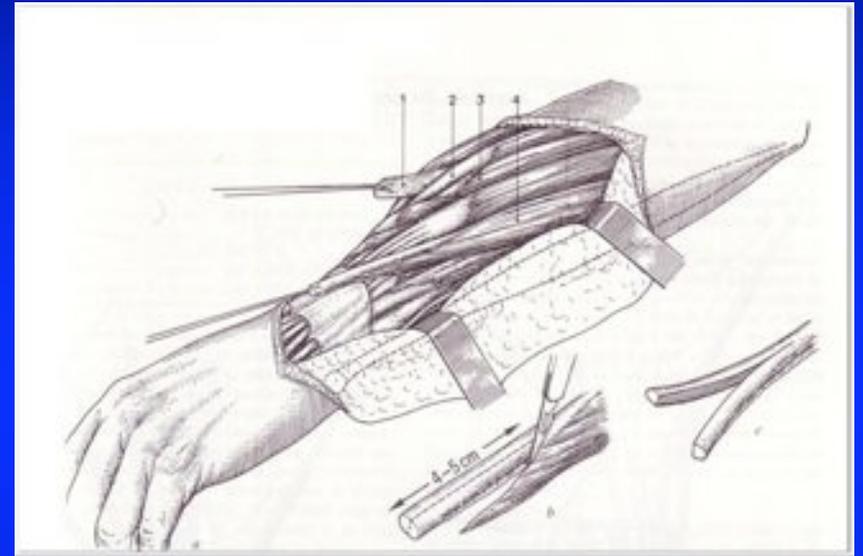
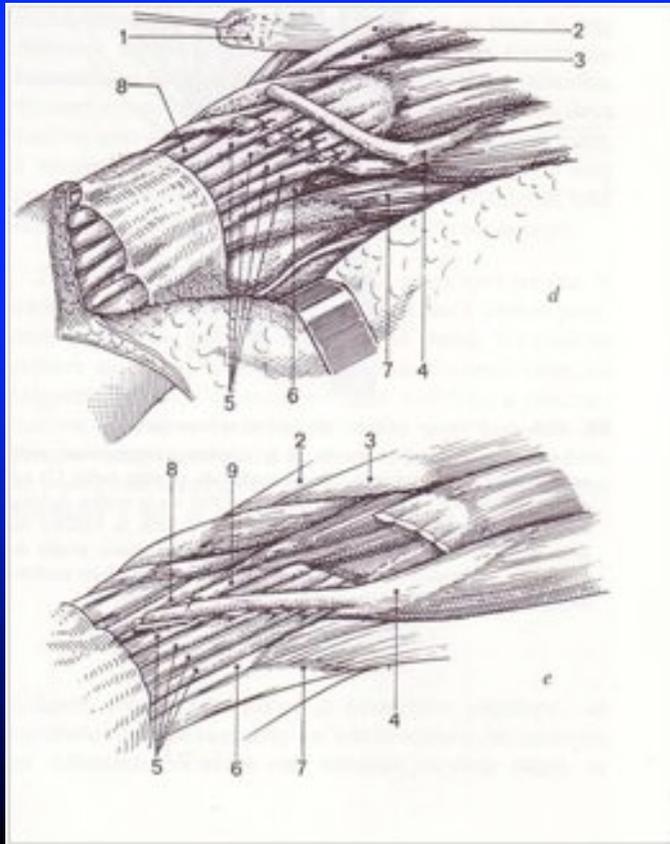
# Paralysie haute du N. Radial:

- **Radial:**

- Atteinte releveurs du poignet: CERC et LERC
- Atteinte releveurs du pouce
- Atteinte releveurs des doigts

# Réanimation du Radial:

Transfert du RP sur CERC et LERC pour réanimer l'extension du poignet



Transfert du FUC sur les extenseur des doigts

Transfert du PL sur le LE d pouce

# Paralysie haute du N. Médio-ulnaire:

- **Reste** : CERC, LERC, Ext. Doigts, Ext. pouce
- **Buts**: réanimation de la pince et opposition, correction griffe
- **Réanimation**:
  - Arthrodeèse du poignet
  - Transfert CERC et LERC sur LF du pouce et FP du II
  - Transfert Ext. Propre du II pour réanimer l'opposition
  - Correction de la griffe: Lasso par simple ténodèse

# Paralysie haute du N. Médio-radiale:

- **Reste** : FUC, FP du IV et V
- **Buts**: réanimation de la pince et opposition, stabiliser le poignet et l'ouverture des doigts
- **Réanimation**:
  - Arthrodèse du poignet
  - Ténodèse des FP
  - Transfert du FP du V sur le I
  - EUC sur extenseur des doigts

# Paralysie haute du N. Ulnoradiale:

- **Reste** : FRC, PL, F du I, FP du II et III
- **Buts**: réanimation l'extension du poignet et des doigts, correction de la paralysie distale du nerf Ulnaire
- **Réanimation**:
  - Arthrodèse du poignet
  - Transfert FRC sur Ext. des doigts
  - Transfert PL sur LE du pouce
  - Correction de la griffe cubitale

# Suites post-opératoires:

- Hospitalisation: 3 à 4 jours
- Immobilisation 3 semaines
- 6 à 8 semaines pour une arthrodeèse avec possibilité de mobilisation des doigts
- Transfert aux centres de rééducation à la troisième semaine