Technique d'amputation d'une phalange ou d'un doigt

Thierry Dubert

Principes généraux

- Réduire le préjudice fonctionnel
  - Pince fine
  - Force globale

- Réduire le préjudice esthétique
- Favoriser le port d'une prothèse

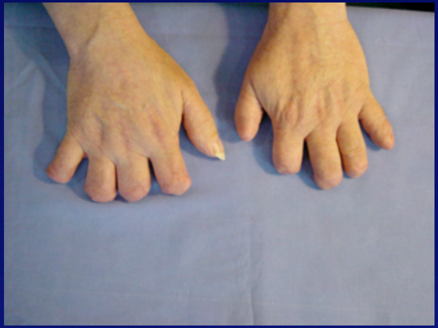
Plasticité cérébrale visible en 10 jours

Plan

- Les principes techniques
- Particularités en fonction du niveau
- Particularités en fonction du doigt
- Stratégie opératoire

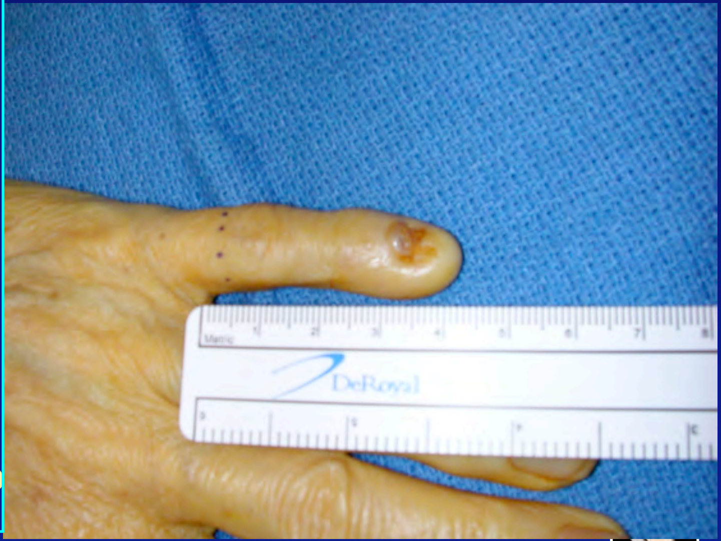
Stratégie d'amputation digitale pour tumeur :

- Un seul doigt



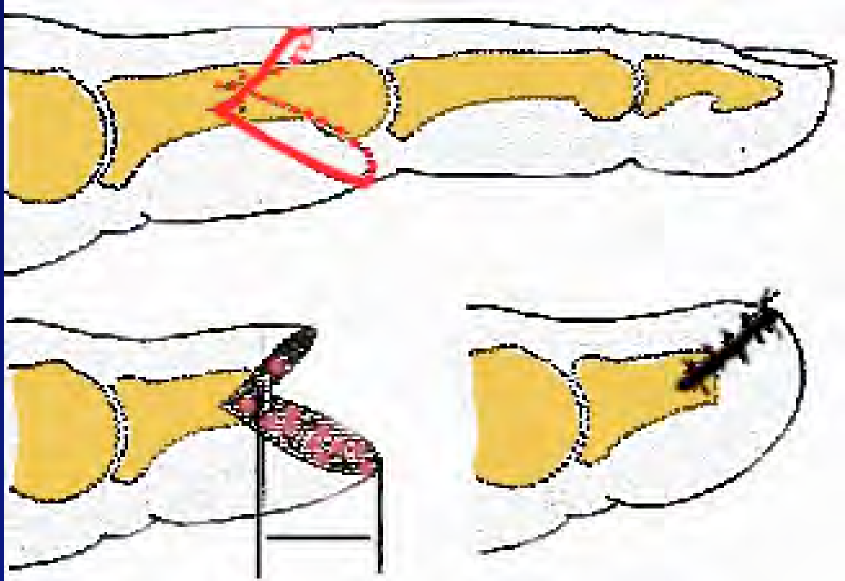
Quel niveau?

- Palliatif (métastases) ,
  ou
- Marge de sécurité 3 à 5 cm ?


Metric
DeRoyal

Dessin cutané

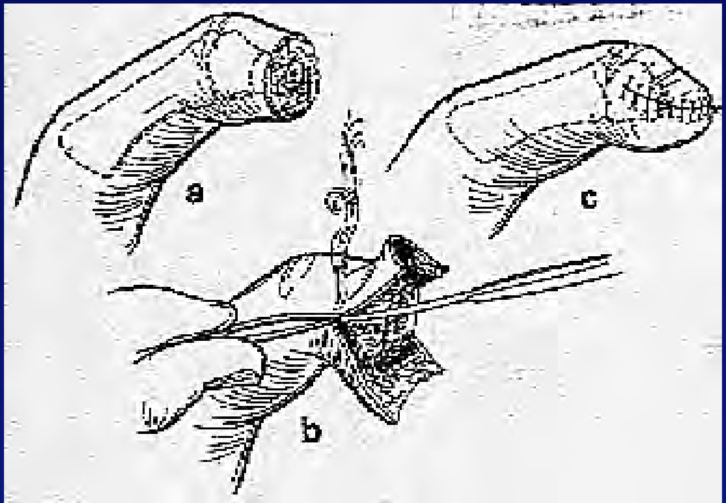
- Valve dorsale courte et ovalaire « unguéale »
- Valve palmaire plus longue (5 mm) « pulpaire »



Temps opératoires

- Ligature des 2 artères
- Sections nerveuses
  - Dissection sur 1,5 cm
  - Section proximale en zone saine
  - Couverture par des tissus sains
- Section du fléchisseur profond
  - Jamais de suture aux extenseurs

    Effet quadrige Neu 1985



Fermeture cutanée

- Sans tension
- Un seul plan
- Bon matelassage distal

Deux difficultés :

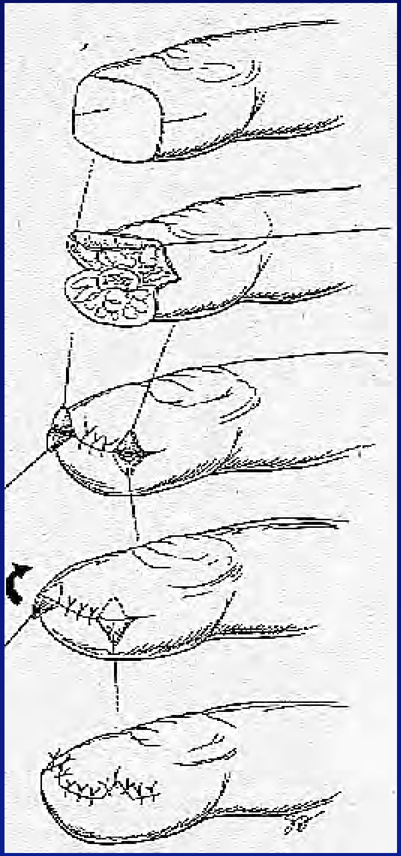
L'élargissement distal

La stabilité cutanée

Fermeture cutanée

Résection-indentation des oreilles

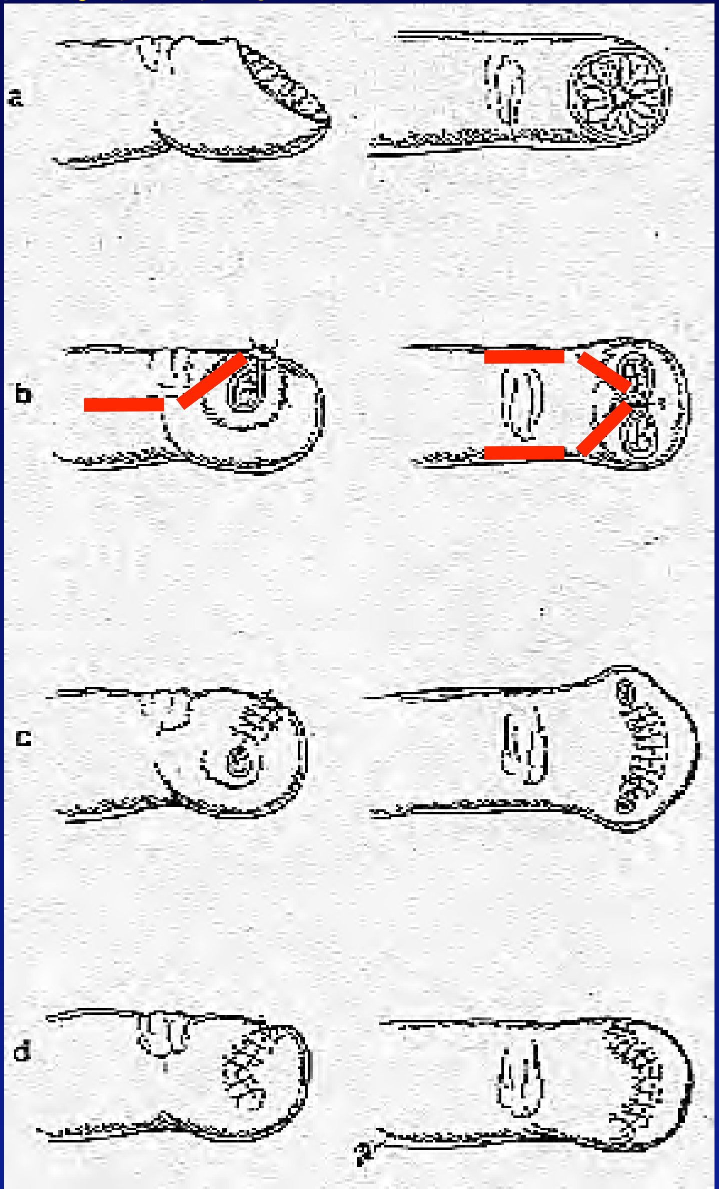
Buck-Gramcko



Fermeture cutanée

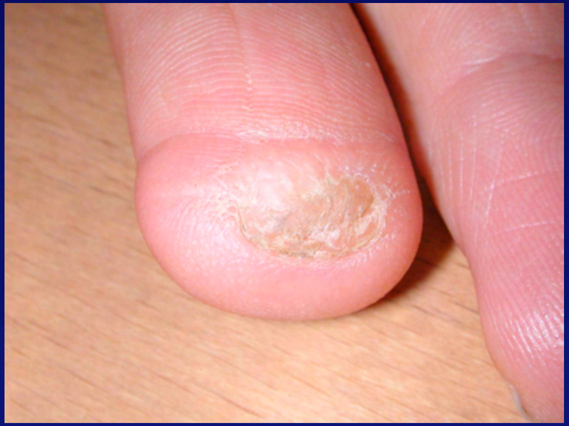
Plastie cutanée dorsale

Voche, Merle



Au niveau de P3

- Faut-il garder la base de P3?

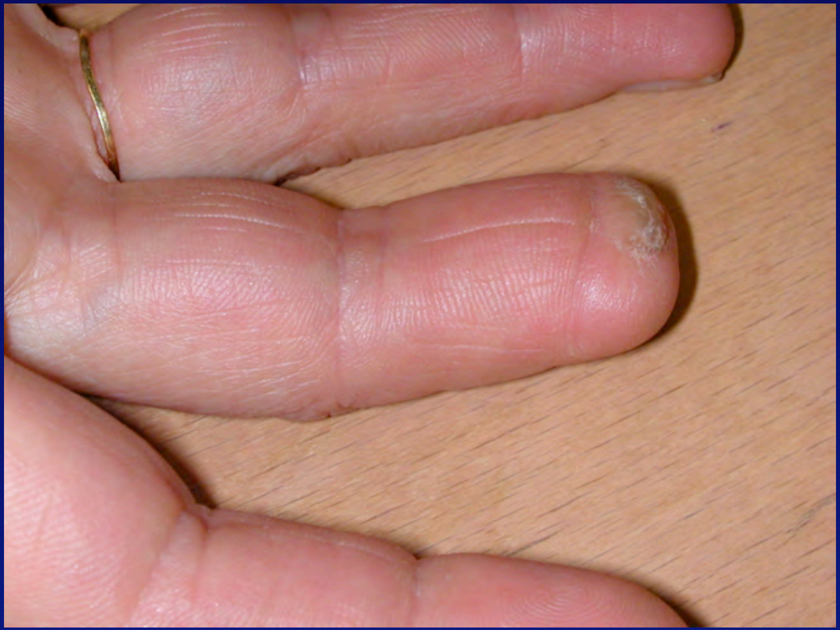


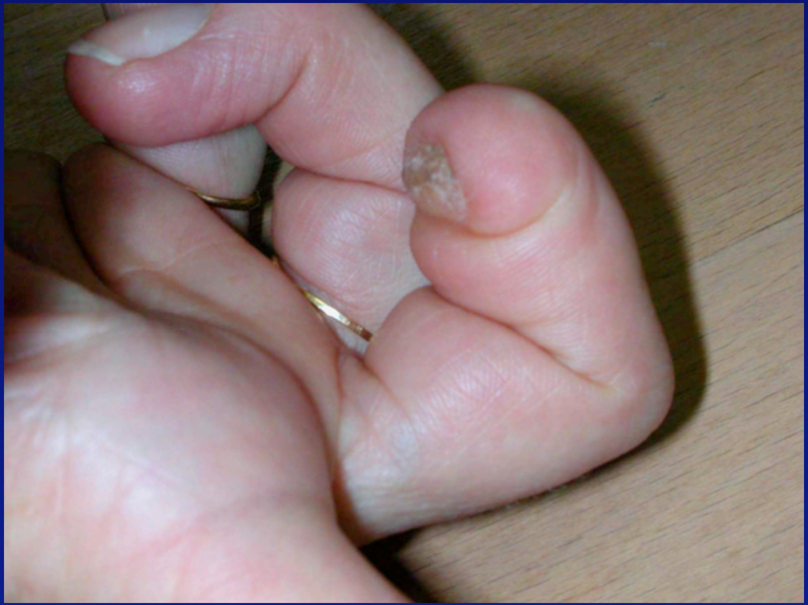
  - Risque de résidu unguéal
  - Supprimer un moignon de < 5 mm

    (Douleurs articulaires)

Gross & Watson

Faut-il garder la base de P3?





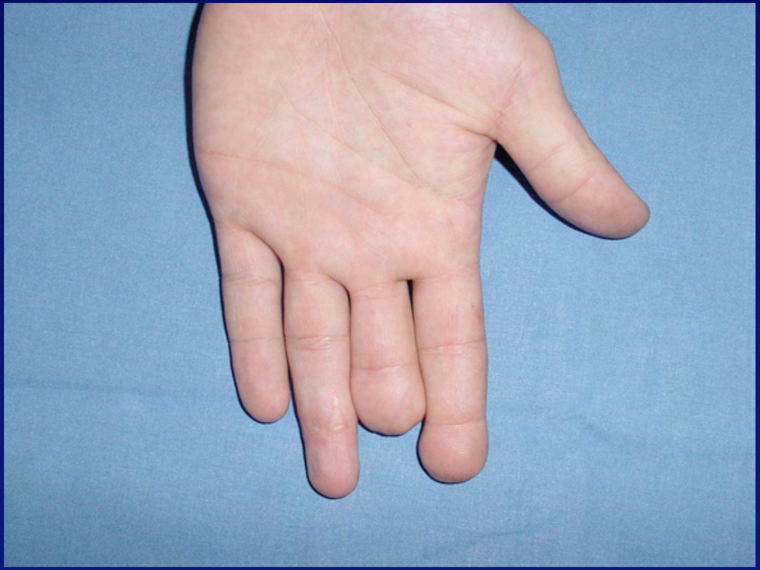
Longueur
Force

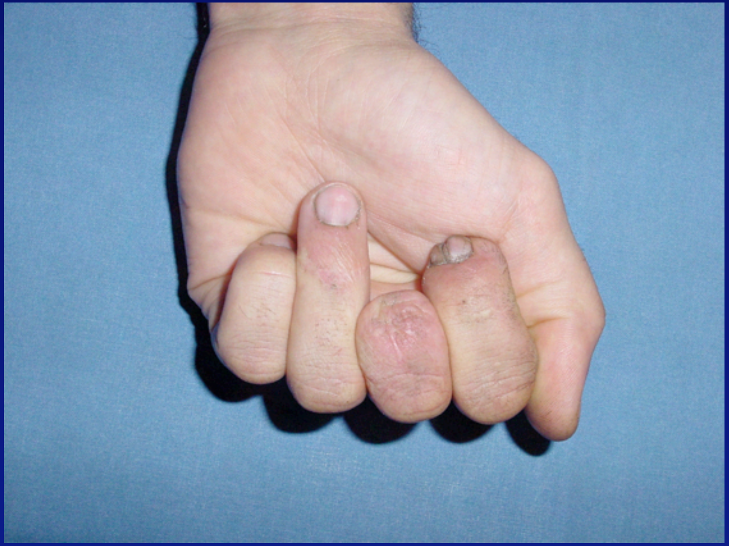
Au niveau de P2 (doigts longs)

- En aval de l'insertion distale du FCS
  - Conserver le maximum de longueur

- En amont de l'insertion distale du FCS
  - Pas de flexion active IPP

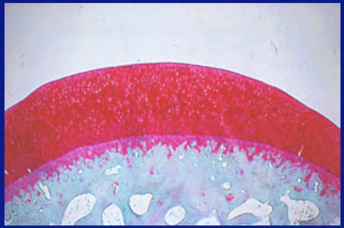
Au niveau de P2 (doigts longs)

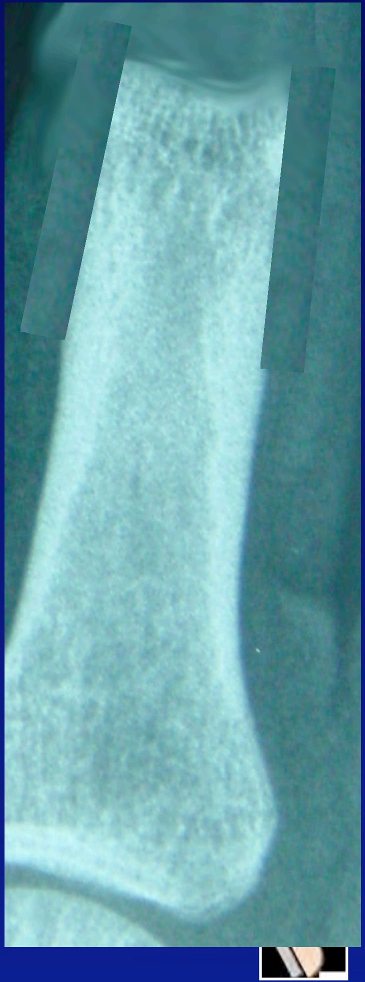




Au niveau IPP

- Régularisation osseuse latérale
- Excision distale du cartilage ?
  - Pour :
    - Sensibilité à l'infection
    - Instabilité cutanée
  - Contre :
    - Moins d'hématomes
    - Moins d'infections
    - Pas de spicule osseux distal

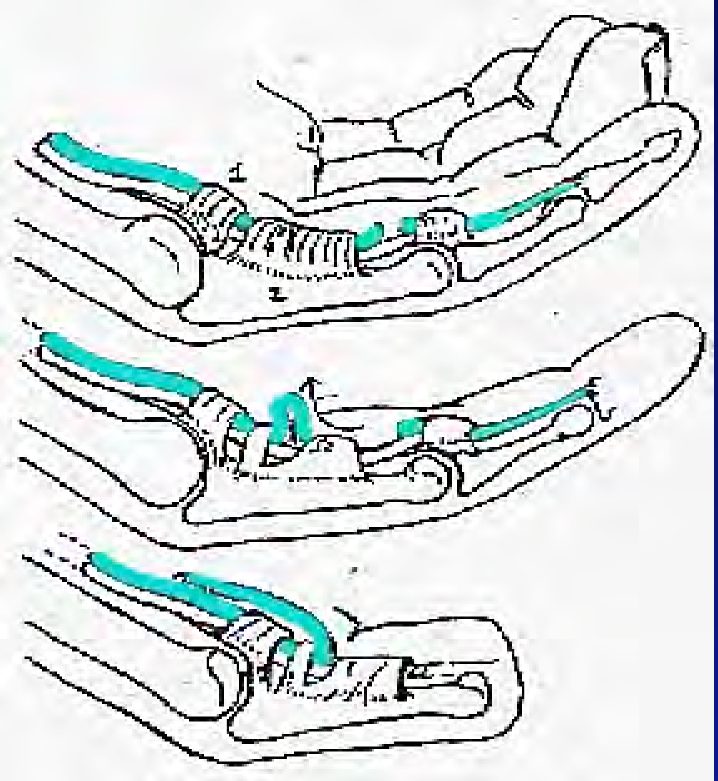




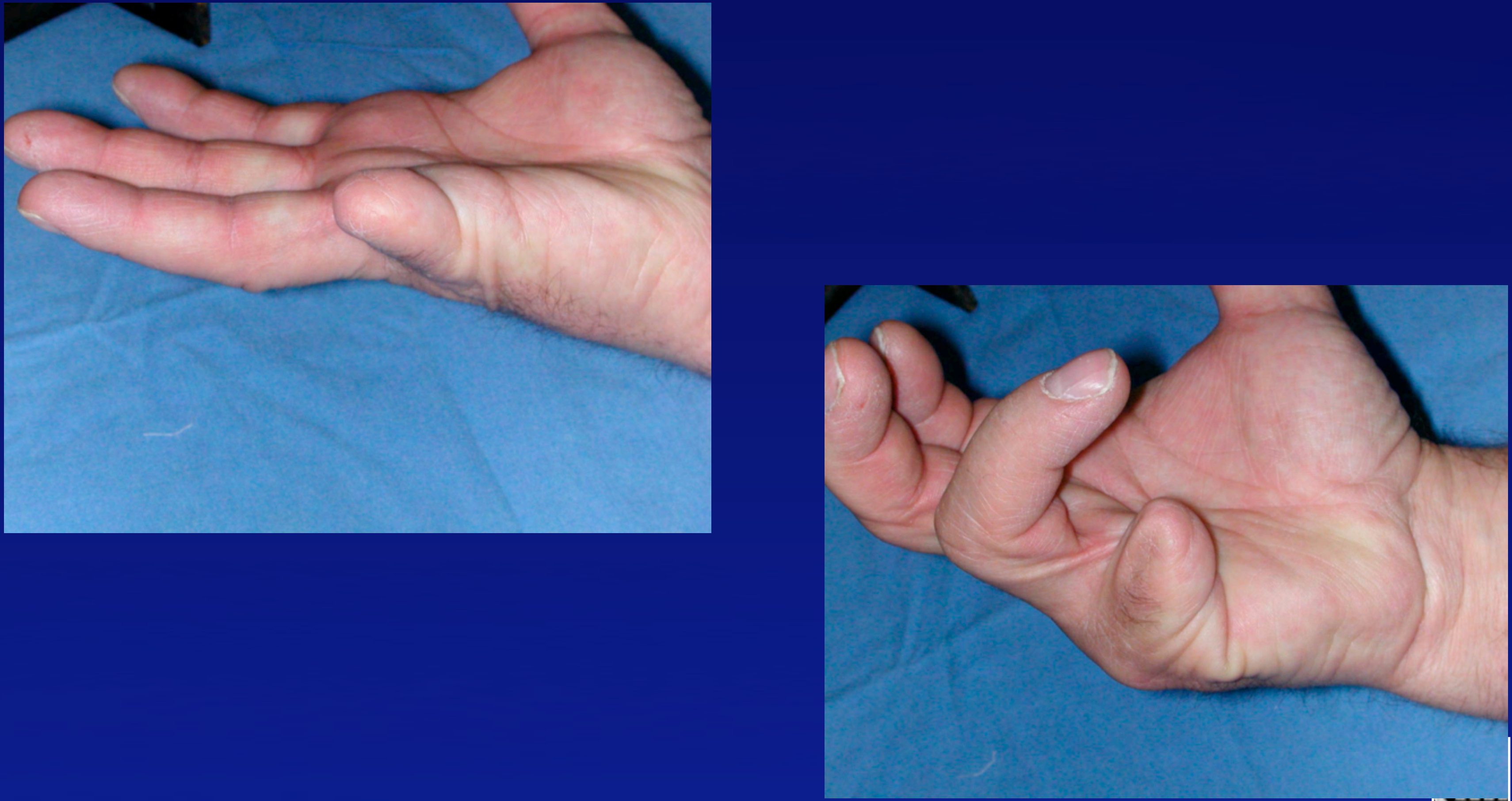
Au niveau de P1 (doigts longs)

- Garder le maximum de longueur
- Flexion MP partiellement conservée

Renforcée par un Lasso
autour de P2
(Saffar)



Au niveau de P1 (doigts longs)



Complications

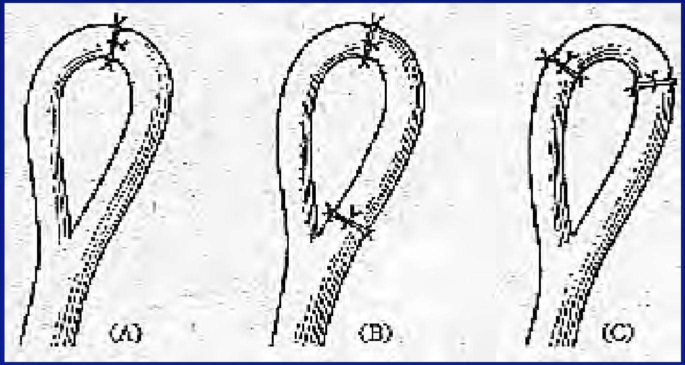
- Névromes douloureux
- Doigt fantôme?

Chu 2000

- Effet lombrical plus
- Effet quadrige

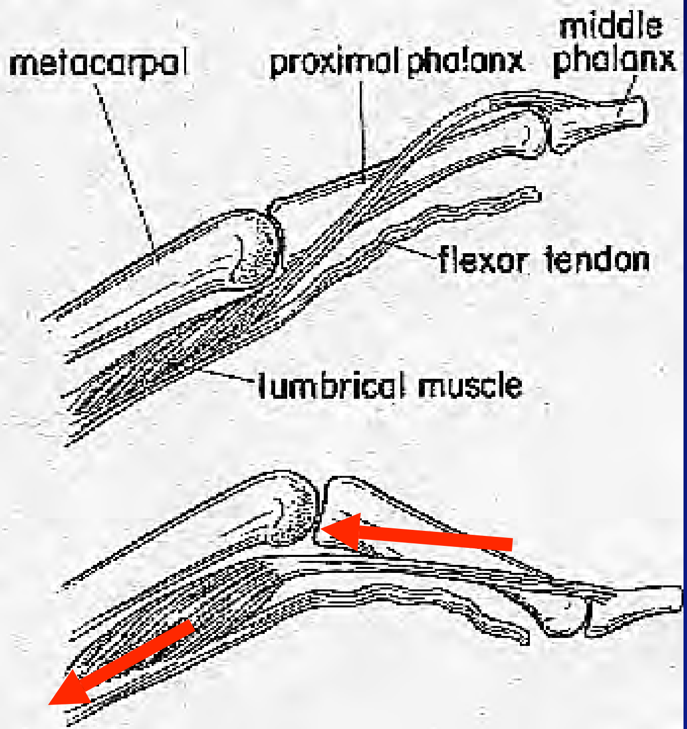
Prévention des névromes douloureux

- Enfouissement
  - dorsal au dos de P1
  - distal
  - intra-osseux
    - Tunnel oblique
    - canal médullaire
- Auto-sutures distales



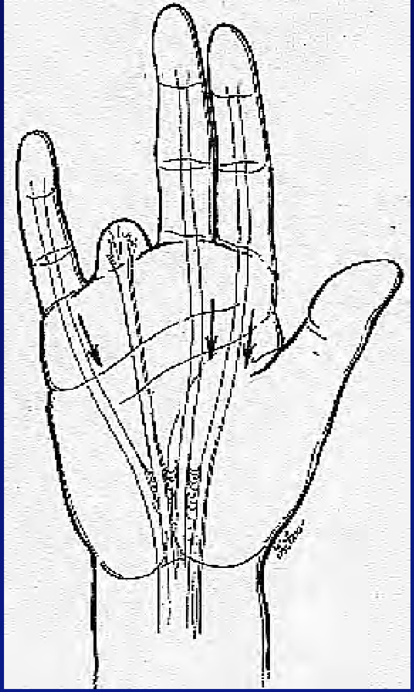
Effet lombrical +

- Extension IPP en flexion MP
  - Pas de prévention systématique
  - Section du lombrical secondaire si besoin


metacarpal
proximal phalanx
middle phalanx
flexor tendon
lumbrical muscle

Adhérences du moignon de FCP

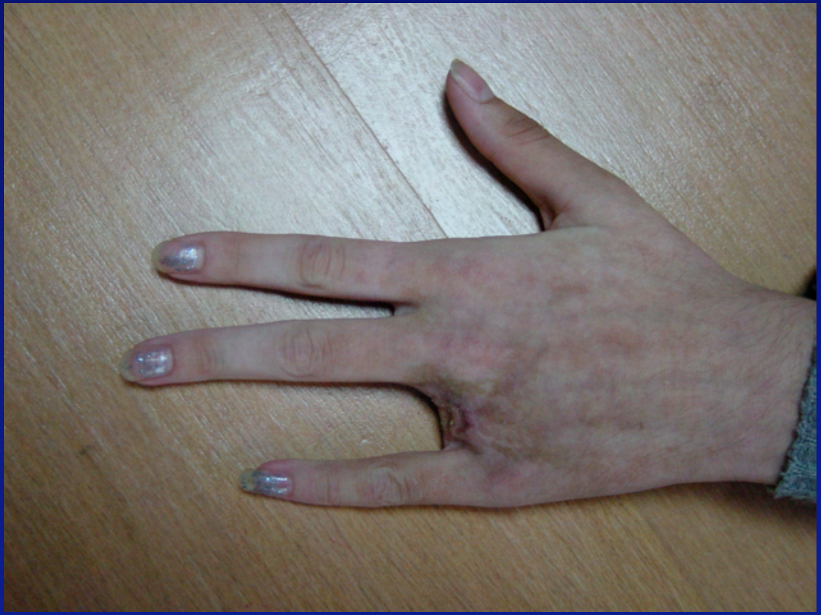
- Limitation de l'enroulement des doigts voisins
- Douleurs et crampes au poignet et à l'avant-bras
- Perte de force globale, surtout en flexion MP

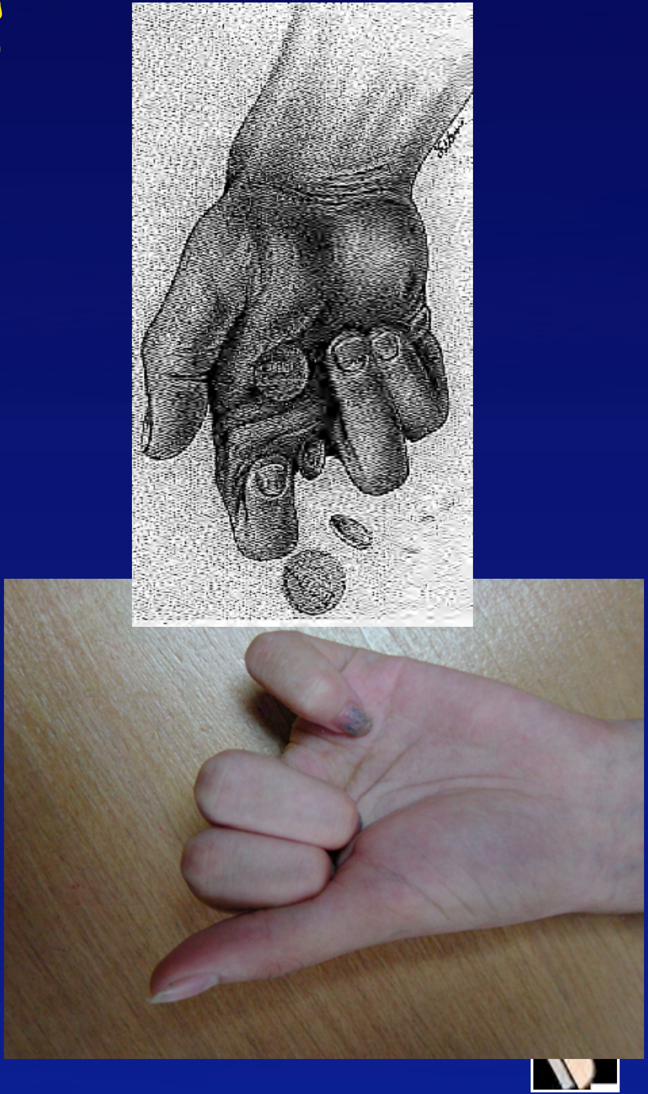


Traitement par ténolyse du moignon de FCP

Particularités suivant les rayons

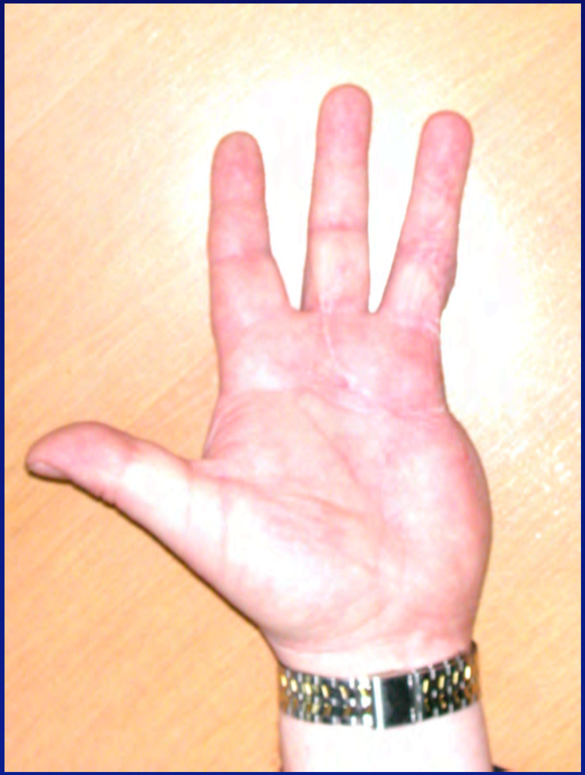
- Rayons centraux :
  main incontinente





Particularités suivant les rayons

- Rayons extrêmes : perte de force

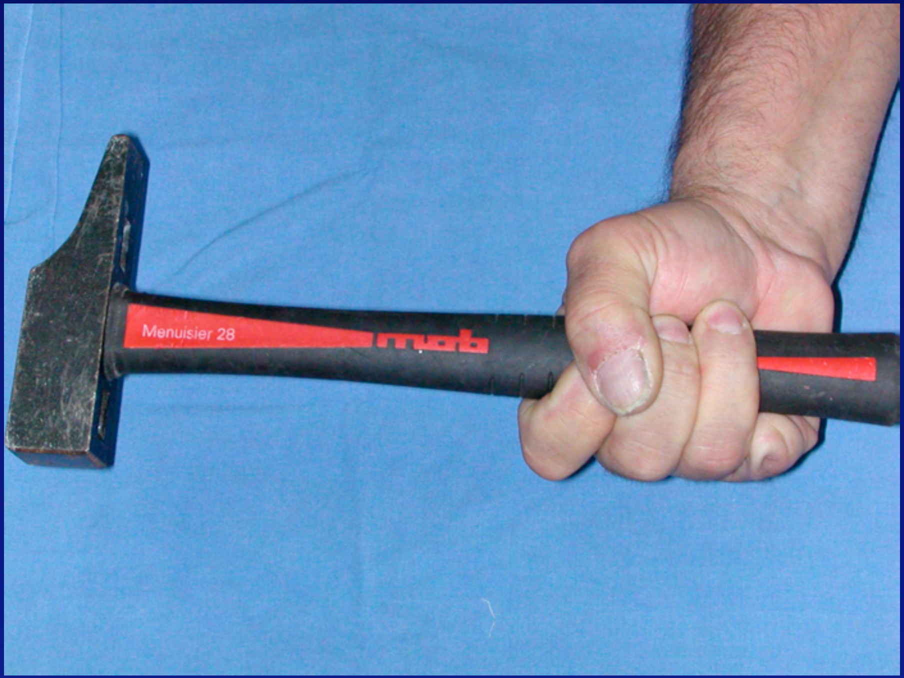


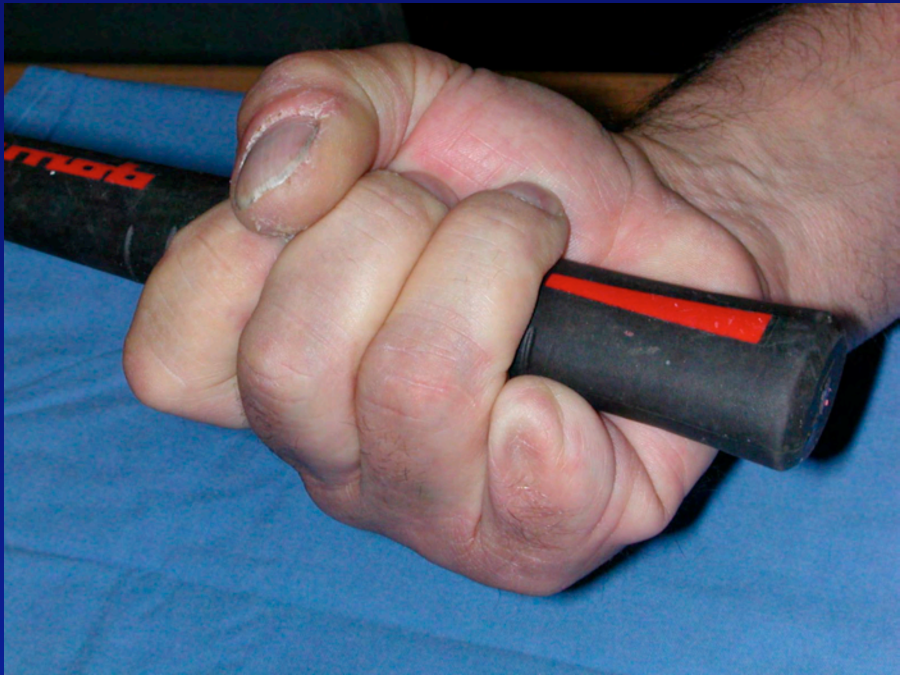
BASELINE
KGS.
POUNDS

Particularités suivant les rayons

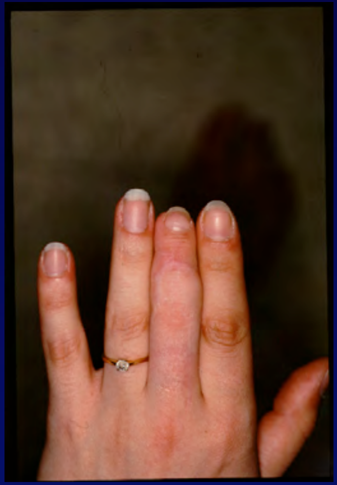
Rayons extrêmes : perte de force

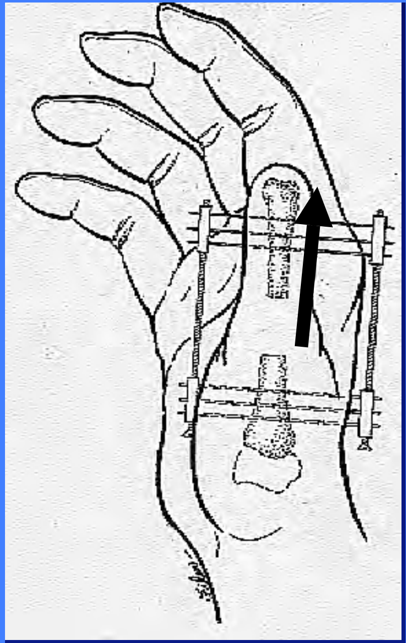
→ Garder le maximum de longueur


Menuisier 28
mob

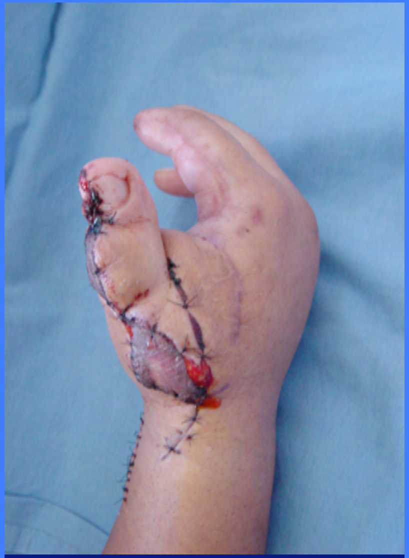


Amputation du pouce : reconstruction souvent indispensable

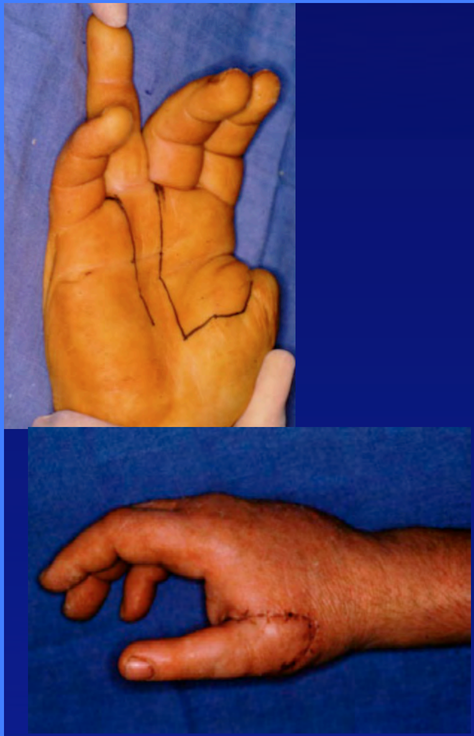




Allongement

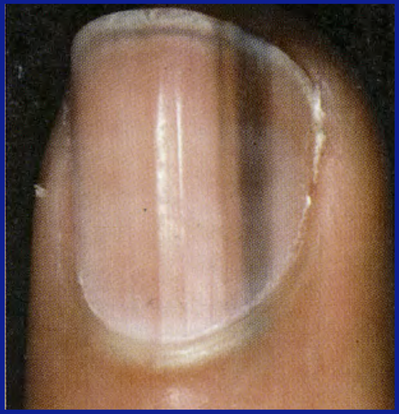


Transfert d'orteil



Pollicisation

Stratégies particulières



- Mélanomes du membre supérieur
  (1000 nouveaux cas par an en France)

  L'Amputation trans IPP est suffisante

  Park 1992, Heaton 1994

Mais le geste opératoire s'inscrit dans une stratégie multi-disciplinaire

Gestes associés à l'amputation

- Perfusion locale

Baas 1989, Muchmore 1990

- Curage lymphatique

Risque d'envahissement ganglionnaire

  - Breslow < 0,76 mm : quasi nul
  - 0,76 < Breslow < 1,5 mm : 5%
  - 1,5 < Breslow < 2,5 mm : 24%
  - Breslow > 4 mm : 36%

Joseph 1998

Détection du ganglion sentinelle dans les stades N0 M0

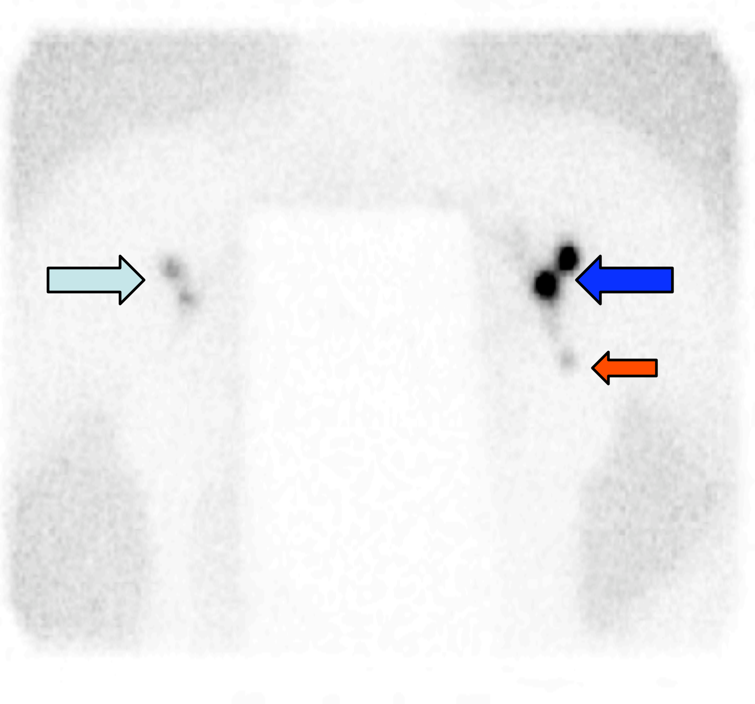
- Doit être effectué en peropératoire
  - 4 à 8 points d'injection autour de la tumeur
- Détection scintigraphique et/ou bleu patent
  (20 à 30 mn radio-sonde portable)

Alex 1993

Albertini 1996

Gennari 2000

- Etude histologique du ganglion identifié

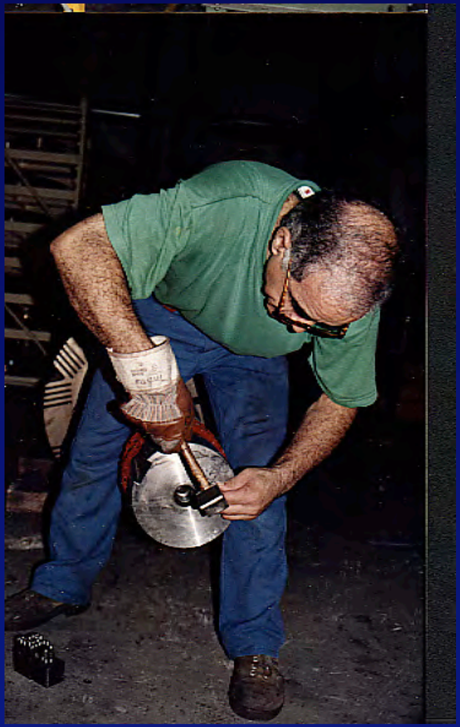


- **Visualisation de 4 ganglions sentinelles axillaires D et G (⇨ ⇦).**
- **Ganglion de second ordre axillaire D (⇦)**

R. Genin

Après l'amputation

- Rééducation
- Désensibilisation
- Reprise des activités



Fisher GT, Boswick 1983