

Informations

Ablation de matériel

M....., le/..../.....

Fiche conçue pour fournir un support, et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.

_____ D^r Christian LEONARDI

Qu'est-ce que c'est ?

Vous avez été opéré au niveau du membre inférieur, et vous êtes porteur de matériel chirurgical. La consolidation ou la cicatrisation est désormais acquise (en général après plusieurs mois ou une année).

Ce matériel représente un corps étranger pouvant provoquer une gêne ou des douleurs. L'évolution spontanée dans ce cas est la persistance de ces symptômes. Il est alors possible de réaliser une chirurgie pour l'enlever. C'est l'ablation de matériel.

En accord avec votre chirurgien, et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une ablation de matériel. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. En fonction des découvertes per opératoires ou d'une difficulté rencontrée, votre chirurgien peut être amené à procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

Avant le traitement

Une radiographie est souvent réalisée confirmant la bonne cicatrisation ou consolidation. Elle confirme également quel matériel est bien en place et peut être enlevé.

Quel traitement ?

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale (rachianesthésie ou bloc plexique). Un garrot peut être mis en place afin de faciliter le geste. La chirurgie est réalisée après aseptie stricte du membre opéré.

La cicatrice existante est reprise partiellement ou en totalité selon le type de matériel dont vous êtes porteur. Il peut être parfois nécessaire de l'agrandir. Le matériel est abordé chirurgicalement, puis retiré en totalité. Il est toutefois possible qu'une partie du matériel ne soit pas retirable pour diverses raisons

(matériel cassé, bloqué ou recouvert par des tissus ou de l'os...). Il est alors laissé en place car le risque de l'enlever en totalité devient supérieur au bénéfice attendu.

La coagulation est réalisée, la plaie est ensuite lavée puis suturée. Un drainage peut être mis en place en cas de saignement ou de risque d'hématome mais n'est pas systématique. La peau est ensuite refermée avec du fil ou des agrafes.

Après l'intervention

Une radiographie de contrôle peut être réalisée après l'intervention. La durée de l'hospitalisation est précisée par le chirurgien et peut varier selon le matériel à enlever (très fréquemment en ambulatoire).

Des soins de pansement seront à réaliser à domicile pendant toute la période de cicatrisation, les fils ou agrafes seront enlevés dans un délai précisé par le chirurgien (en général 10 à 15 jours).

Un arrêt de travail de quelques jours sera prescrit et dépend également du geste réalisé. La reprise des activités vous sera précisée par votre chirurgien.

Les résultats attendus

La cicatrisation cutanée est obtenue après 15 jours et la cicatrisation profonde après plusieurs semaines. La douleur, ou la gêne causée par le matériel, disparaît en générale après 45 jours.

La reprise des activités ou du sport est autorisée après ce délai. La reprise du travail est autorisée par votre chirurgien après un délai de quelques semaines en fonction du travail réalisé et du matériel enlevé.

Malgré l'ablation du matériel, il peut néanmoins persister des douleurs liées à la cicatrice ou à la fibrose des tissus qui s'améliorent avec le temps.

Quelles sont les complications ?

Les complications sont heureusement rares, mais il faut avoir conscience des risques, aussi minimes soient-ils. En effet, la survenue d'une complication rallonge souvent la récupération, compromet souvent le résultat attendu. Un traitement complémentaire, spécifique est souvent nécessaire. Si la plupart des complications guérissent avec des séquelles mineures, certaines peuvent laisser un handicap lourd, très important.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté. Voici celles qui sont le plus couramment rencontrées et pour lesquelles nous réalisons une prévention active (cette liste n'est pas exhaustive) :

Quels sont les principaux inconvénients et risques précoces éventuels de l'intervention ?

l'hématome ou épanchement ou collection de sang dans les tissus situés autour de la zone opératoire. Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » du membre opéré. Il peut être excessif et nécessiter une ponction, voire une intervention pour l'évacuer. Ce risque est prévenu par une coagulation vasculaire soignée pendant l'intervention, dans certains cas, par la mise en place de drains lors de la fermeture de la plaie opératoire (pour aspirer et évacuer le sang). Cette complication est rare. À l'inverse, l'ecchymose (coloration bleue de la peau). Une hémorragie pendant l'opération qui nécessiterait un grand nombre de transfusions et une intervention vasculaire est exceptionnelle.

Une perte sanguine (anémie) Vous pouvez perdre une quantité importante de sang selon le type de chirurgie que vous subissez. Une perte de sang peut entraîner une diminution de votre taux d'hémoglobine, laquelle est appelée « anémie ». Si ce taux est trop bas, il se peut que vous vous sentiez étourdi et faible, à bout de souffle, très fatigué ou que vous ayez la nausée ou un mal de tête. Vous aurez peut-être besoin d'une transfusion sanguine.

Les infections Ce sont les complications graves après une chirurgie. L'infection profonde est rare. Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient, pouvant laisser des séquelles importantes, et nécessitant un traitement long et fastidieux. La clé réside donc dans la prévention.

Un certain nombre de situations « à risque » ont été identifiées, justifiant alors un dépistage ciblé. On peut citer, sans être bien sûr exhaustif : les anté-

cédents d'infection ; le diabète insulinorequérant ; l'hémodialyse ; les situations d'immunosuppression pathologique ou iatrogène ; l'éthylisme chronique, la toxicomanie ; les lésions cutanées chroniques ; les sinusites récidivantes ; un séjour récent en service de réanimation ; une hospitalisation prolongée, même en service de soins standard ; une hospitalisation récente en service de long ou moyen séjour ; le port d'une sonde urinaire à demeure ; l'utilisation récente d'antibiotiques à large spectre ; le diabète et le tabagisme. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Peut-on réduire le risque d'infection ? La préparation pré-opératoire du patient est une étape probablement primordiale, car les infections postopératoires sont le plus souvent d'origine endogène, et principalement cutanée et muqueuse. La flore résidente du patient peut être introduite dans l'organisme lors de toute effraction cutanée, et notamment d'une incision chirurgicale. Cette flore ne peut jamais être supprimée totalement, et toutes les mesures de prévention ne peuvent que diminuer le nombre de bactéries présentes. Un état d'hygiène irréprochable du patient lorsqu'il entre dans le bloc opératoire est souhaitable. Pendant l'intervention, toutes les précautions seront prises pour limiter le risque infectieux. L'intervention se déroule selon un protocole précis, formalisé et connu de tous les intervenants et des contrôles de qualité sont fréquemment réalisés. Il faut souligner l'importance de la qualité de la décontamination de la salle d'opération décontaminé, des règles de préparation des instruments, des vêtements stériles et à usage unique, du comportement du personnel, de l'asepsie des mains ... Votre peau sera de nouveau désinfectée selon un protocole précis et vous pouvez recevoir également des antibiotiques pendant l'intervention selon le protocole du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

Le diagnostic de l'infection peut-être difficile. Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de l'infection. Il existe toutefois des éléments qui doivent mettre la puce à l'oreille (fistule cutanée, troubles de cicatrisation, syndrome douloureux anormal dans sa durée et dans son intensité, fièvre, signes locaux habituels de l'inflammation : rougeur, chaleur, gonflement, douleurs ...). Il n'existe pas non plus de tableau biologique spécifique (élévation de la vitesse de sédimentation et de la CRP). Les radiographies standards peuvent être intéressantes. Il est possible de réaliser une échographie, un scanner ou même une IRM : ces examens n'ont d'intérêt que pour rechercher une collection profonde et en réaliser la ponction. L'imagerie nucléaire est

régulièrement évoquée, mais son apport diagnostique est souvent décevant. Au total, ce sont les prélèvements au niveau du site, avec analyse bactériologique qui restent l'étalon-or de la démarche diagnostique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée à la documentation bactériologique. La durée du traitement est souvent prolongée, adaptée au cas par cas. Il faut y associer une réintervention pour nettoyer la zone opérée. Cela nécessite un caractère complet de l'excision, préalable à la guérison, et provoque souvent des sacrifices tant osseux que périphériques importants, même si cela doit compliquer les suites ou le geste de reconstruction. Quand elle est détectée rapidement, un simple lavage de la zone opératoire et une mise sous antibiotiques peuvent être suffisants. Elle peut survenir même très longtemps après la chirurgie et peut provenir d'une infection à distance, comme une infection dentaire ou urinaire. Il faudra donc surveiller attentivement, traiter les infections toute votre vie et prendre bien soin de votre peau en évitant toute plaie qui constituerait une porte d'entrée pour les bactéries.

Une fracture osseuse : complication due à une fragilité osseuse, elle peut rendre nécessaire une ostéosynthèse complémentaire. Cela peut retarder l'appui de plusieurs semaines. En cas de fracture involontaire ou non on peut observer parfois une consolidation longue, voire la non-consolidation.

Les ennuis cicatriciels : désunions de la cicatrice, nécroses (mort de la peau). Cela peut nécessiter une nouvelle intervention pour exciser la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau, un lambeau cutané (plastie cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation. Elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

La paralysie nerveuse et les troubles sensitifs. Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les nerfs situés près de la zone opératoire qui peuvent souffrir lors des manipulations pour l'ablation du matériel ou plus rarement à une section partielle ou totale. Cela se traduit souvent par des anomalies de la sensibilité, des sensations de fourmillement, de brûlure, de frôlement désagréable ...

Habituellement, la symptomatologie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois. Les lésions permanentes sont rares et une nouvelle intervention de chirurgie nerveuse ou de transferts palliatifs pourra être proposée.

Une blessure accidentelle des tendons. Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les tendons situés près de la zone opératoire lors de

l'intervention. Il peut y avoir très exceptionnellement des ruptures secondaires, à distance de la l'intervention.

Un œdème. Il se peut que le membre opéré soit enflé pendant les premières semaines qui suivent la chirurgie. Pour limiter l'œdème, élevez le membre opéré dans la mesure du possible. Si le membre opéré est votre jambe ou votre pied, évitez de vous asseoir pendant de longues périodes de temps et bougez vos pieds et vos chevilles pour que le sang continue de circuler. L'œdème va persister quelques mois après l'intervention.

Les complications veineuses. La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. La phlébite peut survenir en dépit du traitement anticoagulant. Un fragment du caillot peut parfois se détacher et migrer vers les poumons : c'est l'embolie pulmonaire, ce qui entraînerait de graves risques pour votre santé. Les risques de thrombose sont devenus rares grâce aux exercices pour stimuler le retour veineux dans les jambes (bougez fréquemment. Toutes les heures, bougez vos pieds. Contractez et relâchez les muscles de vos jambes et de vos fessiers), au lever précoce, au traitement anticoagulant (qui fluidifie le sang) dès la veille de l'intervention et au port des bas de contention.

Vous avez plus de chances de présenter des caillots sanguins si vous avez des problèmes cardiaques ou de circulation sanguine, êtes inactif, avez un excédent de poids ou d'autres problèmes de santé comme le diabète. Avertissez votre chirurgien avant l'opération si vous avez déjà présenté un caillot sanguin dans le passé.

Prenez les anticoagulants selon les recommandations de votre chirurgien. Les anticoagulants sont utilisés pour prévenir la formation de caillots sanguins à la suite d'une opération importante de la jambe. C'est le chirurgien qui décidera du nombre de jours de votre traitement, en fonction du risque que vous présentez. La présentation des anticoagulants varie, sous forme de comprimés ou de solution injectable. Certains d'entre eux exigent une surveillance hématologique afin de s'assurer qu'ils n'interagissent pas avec des aliments ou d'autres médicaments et que la dose est appropriée, tandis que d'autres ne requièrent pas cette surveillance.

Les complications générales

☞ **Les complications cardiovasculaires** les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle

peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie.

- ☞ *Un délire postopératoire.* Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale (troubles de la mémoire, confusion, hallucinations, troubles du comportement...). Il disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire.
- ☞ *Une rétention urinaire.* L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.
- ☞ *Des nausées.* Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.
- ☞ *Des réactions allergiques.* Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en le médecin immédiatement.

Quels sont les principaux inconvénients et risques tardifs éventuels de l'intervention ?

Une fracture osseuse. L'os ou les tissus restent fragiles pendant plusieurs semaines après l'ablation de matériel, il faudra être prudent et attendre l'accord de votre chirurgien pour la reprise des activités sportives. Une fracture itérative sur les trous de vis peut exceptionnellement se produire, ce qui justifie la prudence durant quelques semaines. Cela peut nécessiter une ré-intervention, une immobilisation.

L'infection tardive survient soit par voie sanguine à partir d'un foyer infectieux (peau, urines, bronches, vésicule, sinus, etc.) soit du fait d'une contamination opératoire passée inaperçue, évoluant à bas bruit. Elle est exceptionnelle.

L'algoneurodystrophie ou algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris, responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à une raideur de l'articulation, et des articulations du voisinage.

Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur.

Des douleurs en regard ou au voisinage de la zone opératoire peuvent persister. Certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors qu'il n'y a pas d'explication mécanique, infectieuse, ou autre aux douleurs et que tout est satisfaisant sur les radiographies. Dans de rares cas, aucune cause évidente n'est décelée.

Risques liés au tabagisme Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection, d'anomalie de consolidation osseuse et de nécrose cutanée. Ce sur-risque disparaît lorsque le tabac est arrêté complètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période.

Court-on un risque assurez-vous vital ? Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

Votre intervention est une intervention de confort. Si l'équipe médicale vous la propose, c'est que le bénéfice attendu est incomparablement supérieur aux risques encourus. **RASSUREZ-VOUS !** Votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler à votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

Quelques questions que vous devez vous poser ou demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ?

Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?

Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?

Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives

et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

Me recommandez-vous un second avis ?

EN RÉSUMÉ

L'ablation de matériel au niveau du membre inférieur est un geste chirurgical fréquent en traumatologie-orthopédie. C'est un geste le plus souvent simple et rapide. La récupération après chirurgie est également souvent plus rapide que lors de la chirurgie première. L'amélioration est significative après un délai de quelques semaines. Dans certains cas, le geste peut être plus lourd (matériel cassé ou ablation de matériel sur plusieurs sites) ou porteur de complications. Il ne s'agit donc pas d'un geste anodin et la balance bénéfice risque doit être tout particulièrement discutée avec votre chirurgien.

Date et signature du patient (e) :