

# Informations

Non consolidation du scaphoïde

## QU'EST-CE C'EST ?

C'est l'une des techniques chirurgicales utilisée pour traiter une pseudarthrose (non consolidation du scaphoïde carpien). Celle-ci entraîne une douleur, éventuellement une raideur à la mobilisation du poignet entraînant une gêne fonctionnelle importante. L'opération consiste à greffer le foyer de non consolidation dans l'os scaphoïde par un fragment d'os prélevé soit sur le radius, soit sur la crête iliaque. On améliore et parfois supprime les douleurs en gardant une certaine mobilité. Ainsi on récupère une certaine stabilité afin de protéger autant que faire se peut le poignet d'une évolution arthrosique.

*En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une greffe du scaphoïde. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra le cas échéant, en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.*

## AVANT LE TRAITEMENT ?

Un bilan d'imagerie peut être demandé par votre chirurgien avec toujours une radiographie et parfois d'autres examens tel que scanner, IRM, arthroscanner, arthroscopie du poignet, mais le diagnostic en demeure clinique.

## QUEL TRAITEMENT ?

L'intervention chirurgicale est le plus souvent réalisée sous anesthésie locorégionale. Le chirurgien réalise une incision. L'os est abordé, le foyer est nettoyé, et greffé par de l'os prélevé soit au niveau de l'os radius, soit au niveau de la crête iliaque. Cela permet souvent une meilleure intégration. Une ostéosynthèse par broches (temporaires ou définitives), vis ou agrafe est souvent associée.

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<sup>r</sup> Christian LEONARDI

## COMMENT SE PASSE L'INTERVENTION ?

**À quoi s'attendre à l'hôpital** Le moment de votre chirurgie est arrivé ! Votre médecin vous aura informé du moment où vous devez arrêter de boire et de manger en vue de vous préparer pour l'opération. Si vous prenez des médicaments à prise quotidienne, demandez à votre médecin si vous devez quand même les prendre le matin de la chirurgie.

Bien que chaque hôpital ait sa propre manière de procéder, le processus de base, quant à lui, est commun à tous les hôpitaux. Un membre du personnel vous fournira des vêtements d'hôpital, un bracelet d'identification ainsi que des explications sur ce qui va se passer dans le bloc opératoire. Il se peut également que l'on vous pose des questions sur vos antécédents médicaux et que l'on vérifie votre température, votre pouls, votre respiration et votre tension artérielle.

Afin d'assurer votre tranquillité d'esprit et votre sécurité, sachez quelle articulation ou quel membre devra être opéré. Confirmez le avec le personnel infirmier et le chirurgien. Dans certains hôpitaux, le chirurgien appose ses initiales à l'endroit approprié sur le formulaire de consentement avant la chirurgie. Vérifiez si la chirurgie indiquée sur ce formulaire correspond à votre chirurgie.

Il se peut que l'on vous administre des liquides et des médicaments par tubulure intraveineuse pendant la chirurgie. Il se peut également que l'anesthésiste ne vienne vous voir que juste avant l'opération.

**Votre chirurgie** Une fois dans la salle d'opération, on vous préparera pour l'opération. On vous lavera et vous couvrira le corps de draps à l'exception de la région de la chirurgie. On vous administrera le type d'anesthésie dont on avait discuté avec vous au préalable et on procédera ensuite à la chirurgie.

La durée de l'intervention dépendra du type de chirurgie. Il se peut que l'on insère une sonde dans votre vessie afin d'en évacuer l'urine.

Après la chirurgie, on vous transportera vers la

salle de réveil ou l'unité de soins post-anesthésie pour vérifier votre tension artérielle, votre pouls et votre respiration. Un analgésique, médicament contre la douleur, vous sera administré par voie intraveineuse ou par injection. On vous demandera de faire des respirations profondes et peut-être des exercices pour assurer une bonne circulation sanguine. Vous subirez peut-être une radiographie.

On vous amènera à votre chambre environ deux heures après la chirurgie. À ce moment, l'infirmière vérifiera l'état de votre pansement, et il est possible que vous recommenciez à prendre vos médicaments. Un analgésique vous sera alors administré soit par injection, soit sous forme de comprimés. Vous pourrez peut-être prendre des boissons claires et manger léger si vous le souhaitez. Le chirurgien viendra vous voir ou votre famille pour discuter de l'opération.

**L'intervention** L'intervention chirurgicale est le plus souvent réalisée sous anesthésie loco-régionale.

Le chirurgien réalise une incision transversale ou longitudinale. Elle consiste en une ouverture de la poulie qui est à la base du frottement tendineux, avec soit élargissement soit résection de celle-ci. Une ténosynovectomie est souvent nécessaire pour enlever l'inflammation de la gaine du tendon. Un geste complémentaire sur la branche sensitive du nerf radial peut être proposé.

**La voie de la guérison.** Après la chirurgie, la priorité est votre confort, votre guérison et votre rétablissement. La réduction de la douleur au minimum et la prévention des complications sont des éléments essentiels pour y parvenir.

#### **Réduire la douleur.**

- Réduire la douleur le plus possible est un élément important pour votre guérison. Si votre corps est stressé en raison de la douleur, votre guérison peut être plus longue. Chaque personne est unique quand il est question de méthodes de soulagement de la douleur les plus efficaces. Il peut donc être nécessaire d'essayer différents médicaments et différentes doses pour trouver le traitement qui vous convient le mieux.
- Il existe plusieurs façons de soulager la douleur après la chirurgie. Les médicaments peuvent être administrés par injection, dans le cadre de l'anesthésie péridurale et/ou d'un blocage nerveux effectué par l'anesthésiste, ou simplement sous forme de comprimés pendant votre rétablissement. L'anesthésiste vous expliquera la ou les méthodes qui seront utilisées pendant votre rétablissement.

- Il est important que vous parliez de votre douleur aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent bien comprendre son type. Une façon courante de mesurer la douleur est de l'évaluer selon une échelle de zéro à dix, où zéro équivaut à aucune douleur et dix, à la pire douleur possible et imaginable. Des mots comme « douleur continue », « sensation de brûlure », « sensation de cuisson » et « douleur pulsatile (ou battante) » sont utiles pour décrire la douleur. En la décrivant ainsi, vous aiderez votre équipe soignante à mieux comprendre la nature de votre douleur et à choisir le meilleur traitement.

**Soins de la plaie opératoire, des points de suture.** Votre infirmière ou votre médecin vous donnera les directives sur la façon de prendre soin de votre plaie opératoire et de vos points de suture. Informez-vous auprès de l'infirmière ou du médecin si vous ne comprenez pas comment changer vos pansements. Prenez soin de la plaie et des points de suture avec précaution et suivez toutes les directives afin d'assurer une guérison adéquate et de réduire au minimum la taille de la cicatrice. Évitez de vous exposer à l'eau ou à l'humidité pendant les premières 24 heures. Ensuite, suivez les recommandations pour changer votre pansement. Si vous n'avez pas de pansement sur votre incision, vous pouvez commencer à la laver très délicatement avec de l'eau et du savon. Il est recommandé de la nettoyer deux fois par jour pour prévenir l'accumulation de débris. La présence de débris peut entraîner l'élargissement de la cicatrice, rendre le retrait des points de suture légèrement plus douloureux et plus difficile ou augmenter le risque d'infection. Il est important de faire enlever vos points de suture le jour désigné par le chirurgien.

Voici les signes d'une infection ou d'autres complications :

- Rougeur qui s'étend au-delà du pourtour de la plaie
- Température dépassant 38 degré
- Coloration ou écoulement inhabituel, y compris pus
- Sensibilité au toucher ou enflure inhabituelles (Vous ressentirez la plus vive sensibilité au toucher le deuxième jour, mais elle devrait s'estomper par la suite)

Si vous présentez un ou plusieurs de ces symptômes, communiquez avec votre médecin immédiatement. Si votre médecin ne peut vous recevoir la journée même, présentez-vous à l'urgence de l'hôpital le plus près afin d'être examiné et traité.

**Après l'intervention chirurgicale.**

- Vous devriez pouvoir manger et boire tout ce que vous pouvez tolérer.
- Vous pourriez recommencer à prendre vos médicaments habituels et des médicaments pour maîtriser la douleur.
- Il se peut que l'on retire le cathéter, s'il y a lieu, et que l'on vous demande de vous lever et d'utiliser les toilettes.
- Un traitement anti-douleur est systématiquement instauré.
- Dès la levée de l'anesthésie le blocage ou ressaut a disparu. Recommandations post-opératoires : mobiliser activement le doigt opéré. Cette mobilisation doit être progressive entreprise le jour même de l'opération pour récupérer au plus tôt toute la flexion et surtout toute l'extension de son doigt. Si l'on hésite à rendre complètement son doigt, il y a un risque d'enraidissement secondaire rapide de l'articulation. Si tel est le cas il est alors nécessaire de porter en post-opératoire une orthèse qui contribuera à redresser le doigt pour éviter l'ankylose articulaire.

**Préparer le retour à la maison.** La durée de votre séjour à l'hôpital dépendra de votre état de santé général. Vous sortez le jour même. Avant de quitter l'hôpital :

- on vous avisera des soins.
- On vous informera des restrictions qui s'appliquent entre autres à l'exercice, au bain, à l'alimentation, etc...
- Vous recevrez une ordonnance pour tous les médicaments dont vous aurez besoin.
- La planification de votre sortie de l'hôpital sera revue avec vous. Dans la plupart des cas, vous devrez trouver quelqu'un pour vous ramener à la maison.

Le reste de votre rétablissement et de votre réadaptation commence une fois que vous êtes à la maison. Ce sera un travail difficile, mais faire de l'activité aidera votre organisme à guérir et contribuera à vous faire sentir mieux, ce qui entraînera une plus grande mobilité, une réduction de la douleur et une plus grande liberté de faire les choses que vous aimez.

## À QUOI DEVEZ-VOUS VOUS ATTENDRE ?

L'opération est ambulatoire ou peut justifier une hospitalisation. La mobilisation des doigts est rapide. La surveillance ultérieure des pansements, la couverture anti douleurs ainsi que les rendez-vous de contrôle vous seront indiqués au cas par cas

par votre chirurgien. Le port d'une immobilisation en post opératoire est souvent réalisé par votre chirurgien. Celle-ci est en générale laissée pendant 3 mois. Une rééducation est parfois nécessaire.

Il est assez courant de continuer à ressentir de la douleur autour de la zone opératoire.

La mobilisation du pouce peut-être difficile pendant quelques jours.

Une autorééducation immédiate ou secondaire est souvent indiquée, la durée de celle-ci est très variable. Elle a pour but la récupération progressive de l'amplitude articulaire des doigts, du jeu des tendons, de la force musculaire. Cette autorééducation est très habituellement suffisante

Un œdème de la main opérée est habituel. C'est pourquoi il vous est recommandé de garder la main surélevée. Pendant les premiers jours qui suivent l'intervention, il est déconseillé de laisser pendre sa main au bout du bras. Il est au contraire recommandé de placer la main au dessus du niveau du cœur (soit sur un oreiller lorsqu'on est allongé, soit sur l'épaule opposée lorsqu'on est assis ou debout). D'autre part, et afin d'éviter un engourdissement, il est recommandé une ou deux fois par heure de lever la main très haut au-dessus de la tête, et de faire bouger les doigts en les ouvrant et en les fermant. Malgré leur simplicité, ces petits moyens sont très efficaces pour éviter un œdème et des douleurs pulsatiles.

**La conduite automobile** peut être reprise après quelques jours selon les cas. A ce sujet, il faut attirer l'attention du patient sur le fait que si un accident survient, sa compagnie d'assurance peut lui faire des difficultés lorsque son adversaire a signalé sur le constat l'existence d'un pansement à la main. La reprise de la conduite automobile et de l'activité professionnelle dépendront de votre récupération.

Plusieurs semaines peuvent s'écouler avant que vous n'obteniez les résultats escomptés, donc ne vous découragez pas. Vous connaîtrez une amélioration progressive après la chirurgie, l'activité peut augmenter à mesure que la force musculaire continue à s'améliorer.

**Visites de suivi** Votre chirurgien vous demandera de revenir pour des visites de suivi. Les échéanciers des consultations peuvent être différents puisque chaque personne guérit différemment.

Pour faire le suivi de votre rétablissement, consignez vos progrès. Le fait de noter par écrit la façon dont vous vous sentez, ce que vous êtes capable de faire vous facilite, ainsi qu'à ceux qui vous aident, la prise en charge de votre rétablissement. Cochez ou notez quotidiennement les chan-

gements pendant les quatre semaines qui suivent la chirurgie. Cette méthode vous aidera à évaluer vos progrès et à reconnaître la présence d'une situation inattendue. Vous pouvez également faire part de ces renseignements à votre chirurgien lors du suivi, ou si vous présentez une complication.

## LES RÉSULTATS ATTENDUS

La greffe vascularisée du scaphoïde est un geste chirurgical bien codifié. Il est efficace sur les douleurs, et permet souvent la récupération d'une certaine mobilité et de la force du poignet. L'amélioration de la douleur est bonne. Mais cette opération est parfois insuffisante, nécessitant une autre intervention. L'évolution vers l'arthrose ne peut être exclue.

## COMPLICATIONS

***Tout acte opératoire comporte des risques et la présence de maladies associées peut majorer ces risques. La liste suivante 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.***

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

**Les risques liés à l'anesthésie** générale ou régionale vous seront expliqués par le médecin anesthésiste lors de votre consultation.

**l'hématome** ou épanchement de sang dans les tissus situés autour de la zone opératoire. Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » de la main opérée. Il peut être excessif et nécessiter une ponction, voire une intervention pour l'évacuer. Ce risque est prévenu par une coagulation vasculaire soigneuse 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).

**Le risque infectieux** est une complication exceptionnelle mais grave. Ce risque infectieux est un peu plus important si vous avez des facteurs de risques particuliers. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection. Vous courez plus de risque de contracter une infection si votre système immunitaire est affaibli.

Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient. La clé réside donc dans la prévention. L'infection peut commencer dans le site opératoire pendant la chirurgie, à l'hôpital ou lorsqu'une bactérie provient d'une autre partie de votre organisme. Une infection peut survenir tardivement. Voici comment prévenir l'infection :

- Mettez-vous en forme en mangeant sainement.
- Prenez les antibiotiques que vous recevrez après la chirurgie, si ils vous sont prescrits.
- Lavez-vous souvent les mains.
- Suivez attentivement les directives pour prendre soin de la plaie.
- Évitez les personnes qui ont un rhume ou une infection.
- Cessez de fumer avant votre chirurgie.
- Consultez votre médecin si vous soupçonnez ou si vous voyez des signes d'infection (fièvre, rougeur ou enflure d'une plaie, écoulement provenant d'une plaie, augmentation de la douleur pendant l'activité et au repos dans la région de la plaie..., hématome).
- Il est illusoire de vouloir prescrire systématiquement des antibiotiques pour essayer de prévenir une infection après une intervention chirurgicale. Les antibiotiques peuvent en outre être dangereux car ils sélectionnent des microbes qui leur résistent et qui sont alors difficiles à traiter, surtout en milieu hospitalier. En matière de chirurgie, les antibiotiques ne doivent donc être utilisés que dans certains cas rares, et selon des règles très précises.

Cela impose le plus souvent une ré-intervention (pour nettoyer la zone opératoire) et la prise prolongée d'antibiotiques.

Après une infection, les cicatrices peuvent être larges et inesthétiques. Le doigt peut être raide et perdre sa mobilité. On peut observer des lésions tendineuses (adhérences, ruptures...).

**Les ennus cicatriciels** : les cicatrices sont exposées aux désunions de la cicatrice, nécroses (mort de la peau). Cela peut nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau, un lambeau cutané (plastique 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.

D'autres troubles de la cicatrisation peuvent apparaître : cicatrices larges, hypertrophiques, ou chéloïdes. Chacune peut nécessiter un traitement propre.

**Les troubles sensitifs.** Il s'agit d'une complication rare, qui touche les nerfs situés près de la zone opératoire qui peuvent souffrir lors des manipulations 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 ... La branche profonde du nerf radial est actuellement exposée. Par contre, une sensation moindre sur le dos du pouce peut survenir pendant une période transitoire.

Habituellement, la symptomatologie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois. Les lésions permanentes sont rares et peuvent nécessiter un traitement spécialisé, une nouvelle intervention.

**Une blessure accidentelle des tendons.** Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les tendons situés près de la zone opératoire. Il peut y avoir très exceptionnellement des ruptures secondaires, à distance de l'intervention. Elle peut justifier une immobilisation ou un geste chirurgical complémentaire.

**Un œdème.** Il se peut que la main opérée soit enflée pendant les premières semaines qui suivent la chirurgie. Pour aider à réduire l'enflure, élevez le membre opéré dans la mesure du possible. L'œdème, d'importance très variable et imprévisible, est quasi-constants. Il disparaît spontanément et complètement en quelques semaines. Rien ne peut prévenir son apparition, ni accélérer sa disparition.

### Les complications générales

- ☞ **Les complications cardiovasculaires.** Les deux complications cardiaques postopératoires 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. Assurez-vous de parler de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.
- ☞ **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. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire 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. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.

- ☞ **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. Les réactions à la pénicilline, aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. 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 ?

**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.

**La récidence** La tendinopathie peut rarement récidiver. Si cela est le cas, cela pourrait justifier une nouvelle intervention.

**Des douleurs peuvent persister** La cicatrice peut rester gonflée et sensible pendant plusieurs semaines avec douleur à l'appui.

Dans de rares cas, certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors qu'il n'y a pas d'explication, aucune cause évidente décelée, et que tout est satisfaisant sur les radiographies. La surveillance régulière par le chirurgien est alors nécessaire.

**La raideur** Une raideur temporaire peut être observée et peut justifier une rééducation complé-

mentaire, le port d'attelle. Une diminution séquel-  
laire de la mobilité des doigts est plus rare, fonction  
de l'état du tendon, de l'ancienneté de l'atteinte  
et d'autres facteurs imprévisibles.

**Risques liés au tabagisme** Il est établi que le  
tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de compli-  
cations postopératoires, et en particulier celui d'in-  
fection et de nécrose cutanée. Cette majoration  
du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté com-  
plètement pendant les 6 à 8 semaines qui pré-  
cèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la  
suivent.

Attention : les patchs à la nicotine comportent le  
même risque de nécrose cutanée que le tabac.

**Court-on un risque vital ?** Toute opération chirurgi-  
cale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre  
état général est bon, ce risque est minime. Cepen-  
dant si votre état général est moins bon (grand  
âge, maladies graves du cœur, du poumon, obé-  
sité, etc.), le risque peut être plus ou moins impor-  
tant. De toute façon, un bilan de votre état de  
santé global sera fait avant de vous opérer (géné-  
ralement 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 né-

cessaires 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'inter-  
vention.

Si l'équipe médicale vous propose cette inter-  
vention, c'est que le bénéfice attendu est incom-  
parablement 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'hési-  
tez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure  
de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisé-  
ment votre cas.*

#### EN RÉSUMÉ

La greffe vascularisée du scaphoïde est une in-  
tervention justifiée devant un tableau doulou-  
reux du poignet avec non consolidation de l'os  
scaphoïde faisant suite à un traumatisme an-  
cien. Le geste chirurgical en est bien codifié, les  
résultats en sont souvent bons, mais des compli-  
cations sont possibles.

**Quelques questions** que vous devez vous poser  
ou demander à votre chirurgien avant de vous dé-  
cider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

Y a-t-il d'autres solutions pour mon cas et pour-  
quoi 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 opé-  
ratoire? Quelle est la durée de l'hospitalisation?

Aurai-je beaucoup de douleurs? Comment la  
traiter?

Quels sont les risques et/ou complications en-  
cours?

Quels sont mes bénéfices à être opéré et quel  
résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je re-  
prendre mon travail ou mes activités sportives?  
Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) : .....