

Informations

Ostéosynthèse d'une fracture du radius

QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est la technique chirurgicale utilisée pour le traitement d'une fracture du poignet. Il s'agit de la mise en place, par voie dorsale ou palmaire, d'une plaque pour stabiliser une fracture du poignet. Celle-ci survient dans un contexte traumatique, mais une ostéoporose associée favorisera la fracture.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une synthèse par plaque d'une fracture du poignet. 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

Le bilan d'imagerie repose sur les radiographies, parfois complétées par un scanner ou d'autres examens, mais le diagnostic en demeure clinique.

QUEL TRAITEMENT ?

L'intervention chirurgicale est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale ou locorégionale. Le chirurgien réalise une incision palmaire ou dorsale. Elle consiste en la mise en place d'une plaque, après réduction de la fracture, pour permettre la consolidation de celle-ci.

L'utilisation pendant l'intervention d'un amplificateur de brillance (radiographies pendant l'opération) est fréquemment justifiée. L'utilisation complémentaire d'autre matériel (broches, fixateur externe) peut être indiqué en fonction de la fracture et des conditions locales.

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

APRÈS L'INTERVENTION

L'hospitalisation est le plus souvent ambulatoire.

La mobilisation des doigts est immédiate. 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.

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).

Une immobilisation temporaire (attelle, plâtre) est souvent effectuée. Sa durée dépend de la fracture, des conditions locales et de la stabilité de la fracture. Une rééducation immédiate ou secondaire est souvent indiquée, la durée de celle-ci est très variable de plusieurs semaines à plusieurs mois.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

La synthèse par plaque d'une fracture du poignet est un geste chirurgical bien codifié. Il permet une synthèse de la fracture. La cicatrisation cutanée est obtenue après 15 jours et la cicatrisation osseuse après plusieurs semaines. La douleur, ou la gêne causée par le matériel, disparaît en générale après 45 jours.

La durée d'évolution et le résultat final sont très variables. La reprise des activités ou du sport est autorisée après ce délai.

Les séquelles sont fréquentes, liées au type de fracture, et à d'autres éléments imprévisibles.

QUELLES SONT LES 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 ?

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 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) est plus fréquente. Une hémorragie pendant l'opération qui nécessiterait un grand nombre de transfusions et une intervention vasculaire est exceptionnelle.

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 avant et après votre chirurgie.
- 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).

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

Une fracture osseuse : il s'agit là d'une complication qui est due à une fragilité osseuse. Cette complication peut rendre nécessiter 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 : 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.

Une atteinte 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 réduire la fracture, prise dans un tissu fibreux cicatriciel 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... Par contre une sensation moindre sur le doigt opéré peut survenir pendant une période transitoire.

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 par dilacération ou section peut être rarement observée. 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.

Elle peut justifier une immobilisation ou un geste chirurgical complémentaire.

Un œdème. Il se peut que le membre opéré soit enflé 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 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. Ce risque est rare au membre supérieur, mais certaines personnes présentent des facteurs de risque élevé, pouvant justifier exceptionnellement un traitement préventif anticoagulant.

Les complications générales peuvent apparaître ou se décompenser. Parmi les plus fréquentes

- ☞ 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.
- ☞ Une constipation. Le manque d'activité à la suite d'une chirurgie et l'utilisation de narcotiques, lesquels maîtrisent la douleur, mais réduisent la fonction intestinale, sont généralement la cause de la constipation. Des laxatifs ou autres peuvent être prescrits au besoin.

- ☞ 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 ?

Une raideur temporaire peut être observée et peut justifier une rééducation complémentaire. Une diminution séquellaire de la mobilité du poignet n'est pas rare, fonction de la fracture et des possibilités chirurgicales.

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.

Une déformation séquellaire du poignet (cal vicieux) souvent par raccourcissement ou par tassement secondaire, n'est pas rare. L'os ou les tissus restant fragile pendant plusieurs semaines, il faudra être prudent et attendre l'accord de votre chirurgien pour la reprise des activités.

Une fracture itérative peut exceptionnellement se produire, ce qui justifie la prudence durant quelques semaines.

Cela peut nécessiter une ré-intervention, une immobilisation.

Une atteinte ligamentaire associée n'est pas rare non plus, pouvant justifier une intervention secondaire.

Le temps de consolidation est variable. Un retard de consolidation voire une non consolidation (pseudarthrose) est rare, pouvant justifier un traitement voire une intervention complémentaire.

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.

Les cicatrices peuvent rester gonflées et sensibles pendant plusieurs semaines.

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, et le chirurgien ne trouve pas d'explication précise à la gêne ressentie. La surveillance régulière par le chirurgien est alors nécessaire.

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 et 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 votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.*

EN RÉSUMÉ

EN RÉSUMÉ : La synthèse par plaque d'une fracture du poignet est une intervention justifiée devant une fracture déplacée. Le geste chirurgical en est bien codifié, les résultats en sont le plus souvent bons mais le temps et le degré de récupération sont très variables. Les complications et notamment l'algodystrophie sont assez fréquentes.

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

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

Y a-t-il d'autres solutions 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? Comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices 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? Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) :