

Informations

Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne

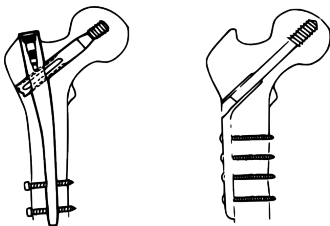
DE QUOI S'AGIT-IL ?

La fracture pertrochantérienne est une fracture qui intéresse l'extrémité supérieure du fémur mais laisse intact le col et la tête du fémur. C'est une fracture très fréquente qui survient surtout chez les personnes âgées après une chute de leur hauteur. Si elle n'était pas fixée, cette fracture imposerait de rester au lit pendant une très longue période. Or l'alitement prolongé est source de multiples complications dont certaines mortelles. Parmi les plus fréquentes : escarres, thrombo-embolie, infections et décompensation d'affections préexistantes.



La prévention de ces complications est basée sur une fixation de la fracture (ostéosynthèse) qui permet un lever précoce. La particularité de la fracture pertrochantérienne est que dans l'immense majorité des cas, elle consolide et ne nécessite pas la pose d'une prothèse articulaire.

En accord avec le chirurgien et selon la balance bénéfico-risque, il est proposé à la personne fracturée une ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur. Cette fixation osseuse se fait le plus souvent par vis-clou ou vis-plaque. Les alternatives à cette intervention ont bien été expliquées.



À QUOI S'ATTENDRE À L'HÔPITAL

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

Avant le traitement Un bilan rapide de l'état général est réalisé afin de contrôler l'état général, d'équilibrer les traitements préexistants et en particulier de stabiliser la coagulation sanguine en cas de prise d'anticoagulants. Ce bilan, qui sera vérifié par l'anesthésiste et le chirurgien, ne doit pas retarder de plus de 2 ou 3 jours l'intervention, sauf cas exceptionnel.

Comment se déroule l'intervention ?

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 chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale et dure entre 45mn et 90mn. Une incision est réalisée à la face externe de la hanche selon les habitudes du chirurgien et selon la variété du matériel utilisé pour la fixation. Après réduction de la fracture, une ou deux vis sont placées dans le col et la tête du fémur et ces vis sont solidarifiées à un tuteur vertical. Ce tuteur peut être soit un clou intra osseux soit une plaque vissée contre le bord externe du fémur. A la fin de l'intervention, un drain permettant d'évacuer l'hématome peut ou non être laissé. A la fin de l'intervention, un drain permettant d'évacuer l'hématome peut ou non être laissé. Si un drain est posé, il sera enlevé sur prescription.

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.

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. Il est possible que vous ayez mal les premières fois que l'on vous mobilise. Cette douleur est liée aux muscles et à la fracture. Si vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

- ☞ Réduire la douleur le plus possible est un élément important pour votre guérison. 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.

Prévenir les phlébites Pendant les premiers jours postopératoires, des injections sous-cutanées d'anticoagulants vous seront administrées comme

prévention des thromboses et des embolies pulmonaires. Dès le 3^e ou 4^e jour postopératoire, on peut réaliser un écho doppler veineux des membres inférieurs à la recherche d'une phlébite. Ceci n'est pas systématique et dépend des facteurs de risques de thrombose veineuse.

Bouger est un autre bon moyen d'éviter la phlébite, tout comme le port de bandes ou de bas spéciaux (contention veineuse) qui aident le sang à remonter.

Cette anticoagulation sera poursuivie à votre sortie de la clinique jusqu'à la fin du premier mois postopératoire. Elle nécessite des précautions et des contrôles sanguins réguliers (surveillance des plaquettes) dont les modalités vous seront précisées avant votre départ.

Soins de la plaie opératoire, des points de suture et des agrafes. 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. 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 plus de pansement sur votre incision, vous pouvez commencer à la laver très délicatement avec de l'eau et du savon. Même après le retrait de vos points de suture, il est important de prendre soin de la région de la plaie en appliquant un onguent ou une crème. Vous devrez également protéger la région de toute blessure inutile pendant au moins quatre semaines qui suivent le retrait des points. Il est important de faire enlever vos points de suture le jour désigné par le chirurgien. Si l'on vous a fait des points de suture « fondants », assurez-vous de comprendre parfaitement à quel moment ils devraient disparaître et comment prendre soin de la région de la plaie pendant et après cette période.

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

- ☞ Rougeur qui s'étend au-delà du pourtour de la plaie
- ☞ Température dépassant 38° Celsius
- ☞ 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)
- ☞ Points qui tombent plus tôt que prévu

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.

Le jour suivant l'intervention chirurgicale.

- Vous pourriez subir des prises de sang pour des analyses.
- 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.
- Vous pourriez avoir la visite du kinésithérapeute, lequel vous aidera à faire les exercices visant à recouvrer votre mobilité.

La rééducation Pendant cette phase post-opératoire, le personnel soignant vous aidera pour récupérer au plus vite votre autonomie. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période. Nous vous encourageons vivement à bouger très souvent vos orteils, vos chevilles et vos genoux. Ces exercices simples activent la circulation veineuse et facilitent la récupération

Dès le premier jour postopératoire, vous recevrez la visite quotidienne d'un kinésithérapeute. Dans un premier temps il mettra l'accent sur la tonification des muscles du membre opéré et il vous aidera à mobiliser doucement la hanche opérée. Le plus souvent les patients se lèvent pour s'asseoir dans un fauteuil dès le lendemain de l'opération. Le lever et l'appui sur le membre sont autorisés dès le lendemain sauf avis contraire du chirurgien.

Le 2^{ème} jour après l'opération de la hanche, vous pourrez vous lever avec son aide et entreprendre la rééducation à la marche, soit avec un déambulateur, soit avec des cannes anglaises.

L'autorisation d'appui sur le membre inférieur opéré vous sera précisée par votre chirurgien et dépendra du type de synthèse réalisée, du type de fracture, d'éventuelles difficultés per-opératoires et de l'existence éventuelle d'une phlébite. Dans certains cas, seul un appui partiel sur le côté opéré sera autorisé. Vous pourrez quitter la clinique quelques jours après l'opération, dès lors que vous serez indépendant dans les déplacements et que vous aurez assimilé les règles de base de la vie quotidienne.

Faut-il faire de la rééducation? Faut-il aller en centre de rééducation? La rééducation de la hanche se fait essentiellement par la reprise de la marche. La rééducation n'est pas obligatoire

mais elle est fortement conseillée car souvent bénéfique en permettant une récupération plus rapide et en bénéficiant des conseils d'un professionnel. Elle peut s'effectuer à domicile, au cabinet du kinésithérapeute ou encore en centre de rééducation. Le choix se fait en accord avec votre chirurgien selon vos besoins, vos capacités, selon les suites opératoires et enfin selon votre environnement et votre entourage.

Comment s'organise la sortie de la clinique?

la sortie clôture votre séjour dans la clinique est organisée par votre chirurgien en collaboration avec l'équipe soignante. Elle peut s'effectuer avec des proches ou avec des ambulanciers pour un retour à domicile ou en centre de rééducation. La durée de votre séjour à l'hôpital dépendra de votre état de santé général et des progrès réalisés en vue de recouvrer votre mobilité. Avant de quitter l'hôpital :

- On changera votre pansement et on vous avisera des soins à apporter à la plaie opératoire.
- Votre kinésithérapeute vous donnera des directives à suivre quant à votre programme d'exercices.
- On vous informera des restrictions qui s'appliquent entre autres à l'exercice, au bain, à l'alimentation, etc...
- On vous montrera comment utiliser les appareils et accessoires fonctionnels dont vous aurez besoin.
- Vous recevrez une ordonnance pour tous les médicaments dont vous aurez besoin. Vous aurez des ordonnances pour les médicaments, les anticoagulants, le pansement et pour les soins infirmiers et la kinésithérapie à domicile.
- On vous fixera un rendez-vous à la clinique orthopédique entre six à huit semaines plus tard, si cela n'a pas déjà été fait.
- 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.

Conseils pour le rétablissement Il est important pour vous de suivre les conseils suivants :

- Soyez actif. Augmentez graduellement votre degré d'activité.

- Reposez-vous quand vous en sentez le besoin, mais ne restez pas alité une fois rendu à la maison.
- Suivez votre programme d'exercices et d'entretien afin d'améliorer votre endurance et d'assurer un retour complet de votre mobilité.
- Servez-vous des appareils d'assistance à domicile ou des accessoires fonctionnels afin de protéger les alentours de la plaie et de réduire le stress auquel elle est soumise.
- Recommencez à manger normalement, sauf indication contraire. Mangez beaucoup d'aliments riches en protéines pour favoriser la guérison.
- Suivez les directives reçues à votre sortie de l'hôpital à propos du bain, de l'activité sexuelle, du retour au travail et de la conduite automobile.

À quoi devez-vous vous attendre ?

- Il est assez courant de continuer à ressentir de la douleur autour de la zone opératoire. Vous pouvez commencer un programme de physiothérapie afin de renforcer vos muscles. Plusieurs mois peuvent s'écouler avant que vous n'obteniez les résultats escomptés, donc ne vous découragez pas. Vous connaîtrez une amélioration progressive jusqu'à cinq ou six mois après la chirurgie. Par la suite, l'amélioration se fait lentement. Il a été démontré que même après un an ou plus, l'activité peut augmenter à mesure que la force musculaire continue à s'améliorer.
- Vous serez revu en consultation avec des radiographies, pour des visites de suivi. De façon générale, vous verrez le médecin après six semaines, 3 mois si tout se passe bien. Le suivi dépend entièrement de vos progrès et de la survenue de problèmes ou non. Ces échéanciers peuvent être différents puisque chaque personne guérit différemment.
- Le délai habituel de consolidation est d'environ 3 mois et des béquilles sont le plus souvent utiles durant cette période.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

La consolidation osseuse est obtenue à partir du troisième mois mais la récupération fonctionnelle est souvent plus longue et peut prendre 6 mois. Cette récupération est très liée à l'état général du patient au moment de la fracture. Pour les patients très âgés ou très fragiles il est à craindre un niveau de fonction diminué, malgré la consolidation de la fracture. Enfin, il est connu que dans l'année qui suit cette fracture, chez les patients âgés et fragiles,

la mortalité peut atteindre 30%, essentiellement à cause de l'aggravation des maladies chroniques préexistantes.

LES COMPLICATIONS

Les complications ont 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 :

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

L'hématome ou la 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 est exceptionnellement excessif et peut 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 la hanche. À l'inverse, l'ecchymose (coloration bleue de la peau) dans la fesse ou la cuisse est habituelle. 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 ». L'hémoglobine transporte l'oxygène dans votre organisme et son taux peut être mesuré au moyen d'une analyse sanguine. Si votre taux d'hémoglobine 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 antécédents d'infection ; le diabète insulino-requérant ; 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'aseptie 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 ré-intervention 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.

Une inégalité de longueur peut aussi survenir (par exemple, un raccourcissement de jambe). Le chirurgien cherche à obtenir l'égalité de longueur des jambes en réduisant exactement la fracture. Il faut savoir qu'une inégalité de longueur de l'ordre de 15mm est « acceptable » et sans conséquence.

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. 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.

Les complications veineuses en cas de prothèses des membres inférieurs : hanche, genou, cheville. La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. 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 et vos chevilles. 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 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.
- ☞ **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 émoullissants ou autres peuvent être prescrits au besoin.
- ☞ **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.

Complications cutanées. Un ulcère de décu-bitus peut être dû à la compression de la peau de parties osseuses et se rencontre chez les patients alités pendant une longue période de temps ou présentant un mauvais état nutritionnel. Il est possible de prévenir cette complication en utilisant de bonnes techniques de soins de la peau, des protections des zones fragiles, des dispositifs permettant de soulever du lit les régions touchées.

Les ennuis cicatriciels : désunion de la cicatrice, nécrose (mort de la peau) sont rares. Ils peuvent nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau (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 fracture osseuse lors de la mise en place de la synthèse : il s'agit là aussi d'une complication très rare qui est due à une fragilité osseuse. Cette fracture per ou post opératoire du fémur, peut alors justifier un geste chirurgical complémentaire

La paralysie nerveuse. Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les nerfs du membre inférieur qui peuvent souffrir lors des manipulations pour la réduction de la fracture. Les lésions permanentes sont rares. Habituellement, la paralysie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois.

Les embolies graisseuses sont exceptionnelles. Lors de la mise en place sous pression de la prothèse dans l'os, des micro-embols (petits fragments) de graisse (provenant de la moelle osseuse), d'air, ou des petits caillots de sang peuvent se détacher et migrer. Ces risques augmentent quand il existe un os ostéoporotique. Ces embols peuvent parfois se bloquer dans la circulation et entraîner une complication respiratoire, cardiaque (le risque est d'autant plus important qu'il existe une insuffisance cardiaque ou respiratoire avant l'intervention) ou neurologique.

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

Un démontage de la fixation peut se produire dans les suites. La solidité du matériel utilisé met à l'abri de rupture de celui-ci avant plusieurs mois mais la qualité de l'os fixé ainsi que le type de fracture (très fragmenté) peut être à l'origine déplacements secondaires. Des radiographies à intervalle régulier surveillent la bonne tenue du matériel pendant la période de consolidation. Des signes de déplacement de la fracture peuvent nécessiter l'interruption de l'appui voire une reprise chirurgicale.

Un cal vicieux est possible. La consolidation de la fracture en position non anatomique est une complication fréquente mais qui n'a le plus souvent aucune répercussion notable sur la fonction.

La non consolidation de la fracture peut nécessiter une nouvelle intervention.

Les ossifications périarticulaires sont exceptionnelles : il s'agit de formations osseuses entourant la hanche qui peuvent survenir après l'intervention et qui sont responsables d'un enraidissement de l'articulation.

La raideur de la hanche : est due à la présence d'adhérences qui limitent la mobilité (les tissus mous sont "collés"). Elle peut être prévenue par la mobilisation douce et précoce de votre hanche, mobilisation passive ou à l'aide d'un appareillage.

L'algoneurodystrophie ou algodystrophie est un « dérèglement du système nerveux qui commande les vaisseaux », responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à une raideur de l'articulation. Il s'agit d'une complication qui survient et évolue de façon capricieuse et imprévisible. Le traitement repose sur l'association de médicaments et d'une rééducation douce et spécialisée. L'évolution peut se faire sur plusieurs mois.

Des douleurs en regard de la hanche ou de la cuisse peuvent persister, dans certains cas. Certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors

que la fracture est bien en place, qu'il n'y a pas d'explication mécanique aux douleurs et que tout est satisfaisant sur les radiographies. Il peut s'agir de douleurs des tissus situés autour (bursites ou tendinites) peuvent être gênantes et nécessiter des massages, des crèmes ou gels anti-inflammatoires...

Une gêne du matériel peut nécessiter son ablation lorsque la consolidation est acquise. Cependant en règle, la plupart des opérés gardent à vie leur matériel sans aucun inconvénient.

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.

Une insuffisance de récupération musculaire

Une perte de force, une amyotrophie de la cuisse, de la jambe peuvent persister. Cela peut être source de boiterie, d'appréhension, d'insécurité, de gêne pour certaines situations (soulever la jambe, escaliers, soulever du poids, ...). Cela augmente le risque de chute.

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 et de nécrose cutanée. Cette majoration du 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 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. Le risque de décès après une prothèse du membre inférieur est actuellement évalué à 0,5 %. 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.

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

L'ostéosynthèse des fractures de la région trochantérienne est un geste chirurgical très fréquent en orthopédie. Il est destiné à permettre un lever précoce afin d'éviter toutes les complications sévères qui menacent les patients allités longtemps. La fixation par clou ou plaque peut être à l'origine de complications mais celles-ci sont de très loin moins fréquentes et moins graves que celles qui menacent les patients non opérés.

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) :