

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

SYNTHÈSE PAR PLAQUE D'UNE FRACTURE DU POIGNET

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

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 des radiographies de bonne qualité, de face et de profil strict qui permettront de préciser le type de fracture, le caractère comminutif c'est-à-dire avec de nombreux fragments, le caractère intra ou extra articulaire. Pour mieux préciser la fracture, un Scanner peut parfois être nécessaire.

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 reconstruire l'os d'une manière la plus anatomique possible et 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.

APRÈS L'INTERVENTION

L'hospitalisation est le plus souvent ambulatoire. La mobilisation des doigts est immédiate. La surveillance ultérieure des pansements, la couverture antalgique ainsi que les rendez-vous de contrôle vous seront indiqués au cas par cas par votre chirurgien. 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.

COMPLICATIONS

Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

L'infection profonde est rare. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et un traitement prolongé par antibiotiques. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

L'algodystrophie est fréquente : phénomène imprévisible lié à un dérèglement du système nerveux sympathique. Ce phénomène débute volontiers vers la 2ème ou 3ème semaine post-opératoire, quelquefois plus tard et parfois, aussi, plus précocement. Il s'agit, avant tout, de douleurs importantes atteignant la partie opérée mais aussi tout le membre, remontant jusqu'à l'épaule, s'accompagnant d'un œdème, de troubles vasomoteurs (changement de coloration de la peau, qui devient marbrée ou bleutée), de phénomènes de sudation, sensations de chaleur locale. Il ne s'agit pas d'une infection, mais l'apparition de ces symptômes doit motiver également une visite urgente auprès de votre chirurgien de façon à prendre en charge correctement cet épisode (soins de rééducation douce, massages, bains alternés chaud et froid, et vitamine C). Ce phénomène peut durer plusieurs mois et va progressivement s'atténuer pour passer en « phase froide ». Il peut subsister des séquelles sous forme de raideur au niveau des doigts.

Plus rarement

Une atteinte nerveuse d'une branche nerveuse localisée concerné (prise dans un tissu fibreux cicatriciel ou exceptionnellement lésée) est rare. Par contre, une sensation moindre sur le doigt opéré peut survenir pendant une période transitoire.

Une atteinte tendineuse par dilacération ou section peut être rarement observée. Elle peut justifier une immobilisation ou un geste chirurgical complémentaire. Toutefois le frottement des tendons sur la plaque peut entraîner une tendinite ou très rarement une rupture secondaire.

Les cicatrices peuvent rester gonflées et sensibles pendant plusieurs semaines. Une raideur temporaire peut être observée et peut justifier une rééducation complémentaire. Une diminution séquellaire de la mobilité du poignet n'est pas rare, en fonction de la fracture et des possibilités chirurgicales. Une déformation séquellaire du poignet (cal vicieux) souvent par raccourcissement ou par tassement secondaire, n'est pas exceptionnelle. 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. Une arthrose secondaire peut se voir dans les fractures très graves articulaires et comminutives.

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.

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 durée d'évolution et le résultat final sont très variables. Les séquelles sont fréquentes, liées au type de fracture, et à d'autres éléments imprévisibles.

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 POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION

- 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 ?

Si vous utilisez la version numérique :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher