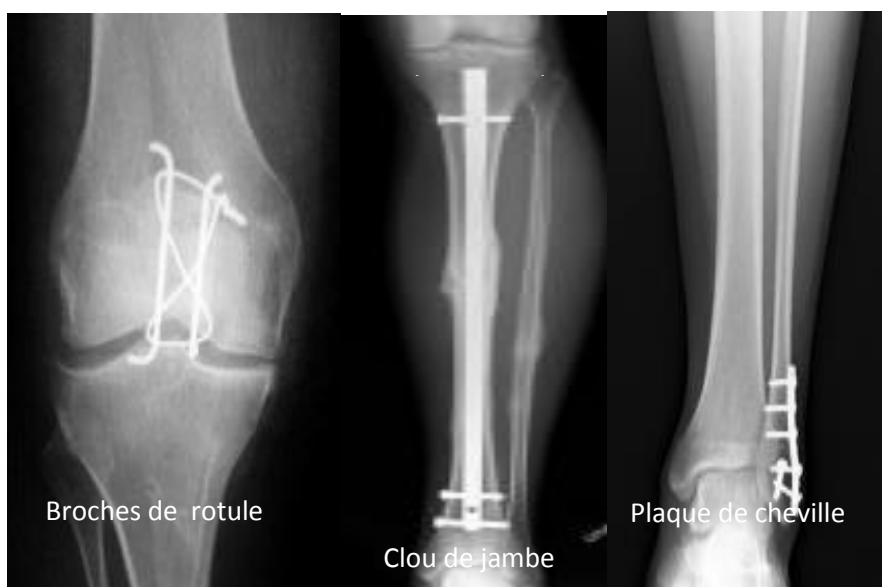




GÉRARD



ABLATION DE MATERIEL D'OSTEOSYNTHESE DES MEMBRES



INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

Vous avez été opéré(e) à la suite d'un traumatisme ou d'une pathologie ostéoarticulaire ; un matériel d'ostéosynthèse (vis, plaque, clou, broche...) au niveau du membre supérieur ou inférieur a été mis en place. La consolidation osseuse est désormais acquise. Ce matériel représente un corps étranger pouvant vous gêner ou induire 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 d'ostéosynthèse.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé (e) une ablation de matériel. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives ainsi que la technique chirurgicale proposée.

Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant, en fonction des découvertes per-opératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique, voire renoncer à cette ablation dans votre intérêt.

Y-a-t-il une alternative à l'opération ?

Le matériel d'ostéosynthèse peut être devenu gênant en particulier près d'une articulation ou lors de la mobilisation des doigts ou des orteils, voire source d'une infection secondaire. Au membre inférieur, il faut assez souvent envisager l'ablation, en particulier chez les sujets pratiquant des sports intenses ; au membre supérieur, l'ablation se fait plus souvent au cas par cas. Une gêne persistante fait donc discuter une éventuelle ablation et votre chirurgien prendra avec vous cette décision.

Quels examens pour l'opération ?

Une radiographie est souvent réalisée confirmant la bonne consolidation de la fracture initiale. Elle confirme également que le matériel est bien en place et peut être enlevé. Parfois, elle peut révéler une fracture de ce matériel, ce qui compliquera éventuellement le geste opératoire. Dans de rares cas, un scanner ou une IRM peuvent être demandés. Il est important d'avoir à disposition le compte rendu opératoire de la mise en place du matériel afin de disposer de l'ensemble des instruments nécessaires à l'ablation.

Votre intervention

L'anesthésie ?

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, ou anesthésie du bas du corps (rachianesthésie ou anesthésie péridurale), voire une anesthésie partielle du membre (bloc loco-régional). C'est le médecin anesthésiste qui vous précisera, lors de la consultation préopératoire d'anesthésie, les modalités, les bénéfices et les risques de l'anesthésie choisie. Il faudra impérativement lui signaler tous vos antécédents médicaux, allergies et habitus (tabac, alcool,...). N'hésitez pas à lui poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Une désinfection stricte du membre opéré est effectuée avec, parfois, mise en place d'un garrot sur le bras, la cuisse ou le mollet afin de faciliter le geste chirurgical. La cicatrice précédente est reprise partiellement ou en totalité, voire agrandie selon le type de matériel dont vous êtes porteur mais, quelquefois, une nouvelle incision cutanée est nécessaire. Le matériel est abordé chirurgicalement puis retiré en totalité. Certains gestes sont parfois associés pour procéder à cette ablation comme retirer des fragments osseux qui recouvrent l'os, forer l'os autour d'une vis si elle est cassée ou si la tête de vis est endommagée. Il est toutefois possible qu'une partie du matériel ne soit pas retirable pour diverses raisons (matériel cassé ou bloqué ou recouvert par des tissus ou de l'os...). Il est alors laissé en place partiellement ou en totalité car le risque de l'enlever complètement devient supérieur au bénéfice attendu. La plaie est ensuite lavée puis suturée par des fils ou des agrafes avec mise en place inconstante d'un drainage en cas de saignement persistant pour éviter la survenue d'un hématome post-opératoire.

Les évènements qui peuvent perturber le bon déroulement de votre intervention

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles car les variations sont fonction de l'affection à traiter mais aussi susceptibles de différences individuelles du patient.

**IL EST DONC INDISPENSABLE D'EN PRENDRE CONNAISSANCE EN
CONSIDERANT QUE, MEME PEU FREQUENTES, ELLES PEUVENT VOUS
CONCERNER.**

Vous devez avoir conscience que vous prenez un risque pour améliorer votre condition de vie. Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix, il est à votre disposition pour vous fournir toute l'information nécessaire avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste. Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'évènement imprévu, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention. Votre anesthésiste veillera à prendre toutes les précautions pour adapter votre anesthésie et l'encadrement médical de vos suites opératoires à votre état de santé. Il est aussi important que vous compreniez l'importance du respect des consignes qui vous seront données : bilan préopératoire, adaptation de votre traitement et prévention des risques d'infection. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

Il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- en cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- de modification récente de votre traitement habituel,
- de blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- d'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste,
- en cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention.

ET APRÈS ?

Une radiographie de contrôle sera réalisée après l'intervention. La durée de l'hospitalisation est précisée par le chirurgien et peut varier selon la complexité du matériel à enlever (séjour en ambulatoire ou courte hospitalisation). Des soins de pansement seront à réaliser pendant toute la période de cicatrisation, les sutures cutanées (fils ou agrafes) seront enlevées dans un délai précisé par le chirurgien (en général 14 à 21 jours). Un arrêt de travail sera prescrit et dépend également du geste réalisé et de vos contraintes professionnelles. Le délai de reprise de toutes vos activités, y compris sportives, vous sera précisé par votre chirurgien.

COMPLICATIONS

Des complications peuvent survenir pendant l'intervention :

Une lésion vasculaire ou surtout nerveuse est exceptionnelle. En effet, il existe souvent un tissu fibreux important, lié à la première intervention et à la cicatrisation des tissus qui ont, avec l'os, été endommagés par le traumatisme ; ce tissu cicatriciel rend parfois très difficile le repérage des éléments nerveux et vasculaires avoisinants :

- L'atteinte nerveuse peut être liée à un étirement par les écarteurs lors de l'intervention ou, beaucoup plus rarement, à un traumatisme direct avec section partielle ou totale. Dans le premier cas, la récupération est de règle en quelques mois ; dans le second, une nouvelle intervention de réparation nerveuse pourra être proposée.

A distance et en l'absence de récupération, le transfert de certains muscles permettra de récupérer une partie de la fonction atteinte par la paralysie.

- L'atteinte vasculaire est réparée immédiatement par ligature d'un petit vaisseau ou par suture de la plaie d'un vaisseau plus important.

Une nouvelle fracture peut survenir au même niveau que la première fracture ou à distance sur la zone opératoire. Elle peut nécessiter une nouvelle ostéosynthèse avec un matériel identique ou différent. La fragilité osseuse (ostéoporose) est un facteur favorisant.

Complications pouvant survenir à distance de l'intervention :

Complications précoces :

- Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle tout seul ; il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.
- La cicatrisation peut être perturbée sur certaines zones en particulier en cas de surpoids, de tabagisme, d'insuffisance vasculaire artérielle (artérite) ou lors de la prise de certains traitements, en particulier dans les rhumatismes inflammatoires (corticoïde). Toute anomalie dans la cicatrisation impose de revoir rapidement votre chirurgien qui jugera de l'attitude thérapeutique la plus adéquate. L'évolution est très souvent favorable avec la poursuite des pansements mais une infection peut cependant survenir.
- L'intervention favorise pendant quelques semaines la formation de caillots sanguins au niveau des veines des membres inférieurs (thrombose veineuse ou phlébite). Les phlébites proximales (qui touchent les grosses veines au-dessus du genou) sont dangereuses parce que les caillots sont gros, peuvent migrer dans la circulation et boucher des artères essentielles (= embolie, pulmonaire surtout).
 - Pour prévenir ce risque, un traitement qui rend le sang plus fluide (= anticoagulant) vous sera prescrit et peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières. Ce traitement est efficace mais n'élimine pas complètement le risque de phlébite.
- Une cicatrice boursouflée et gênante (chéloïde) peut se former en cas de prédisposition ou après une infection de la plaie.
- Certaines cicatrices restent sensibles et il peut arriver que certaines zones autour de celles-ci aient perdu transitoirement un peu de leur sensibilité.
- Des calcifications dans les tissus avoisinants peuvent apparaître et parfois entraîner une limitation de la mobilité, voire quelques douleurs.
- Exceptionnellement, peut survenir une compression des muscles et des vaisseaux dans les loges musculaires de l'avant-bras ou de la jambe par un hématome, ce qui nécessite un geste chirurgical urgent pour décompresser les muscles (aponévrotomie).
- L'infection profonde est rare au décours d'une chirurgie d'ablation de matériel. Il faudra prendre bien soin de la cicatrice lors des pansements. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation (minimum 21 jours), le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.
- La persistance d'une raideur, de douleur souvent nocturne, de gonflement plusieurs semaines après l'opération peut faire craindre une complication nommée "algodystrophie" ou « syndrome régional complexe de type 2 ». Il s'agit d'une complication encore aujourd'hui mal comprise qui évolue sur plusieurs mois et qui laisse parfois une certaine raideur des articulations.

Complications tardives :

- Enfin, l'os ou les tissus restant 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 sur les trous de vis peut exceptionnellement se produire, ce qui justifie la prudence durant plusieurs semaines.

Suites habituelles et conditions de vie après ablation de matériel d'ostéosynthèse

Comment vit-on après ablation de matériel ?

Dans la plupart des cas, on vit normalement après ablation de matériel au bout de quelques semaines ; la conduite automobile peut être reprise rapidement quand les douleurs sont atténuées et que les réflexes nécessaires sont récupérés. La reprise du sport dépend du matériel enlevé et du type de fracture traité ; votre chirurgien pourra vous conseiller.

Votre intervention en pratique :

1) Préparation à l'intervention :

- Les traitements médicaux : Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé à votre anesthésiste car il doit parfois être modifié ou interrompu pour préparer votre intervention. Les traitements qui modifient votre coagulation (aspirine, Plavix, injections d'anticoagulants, (Sintrom, Préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...) nécessitent souvent des adaptations afin d'assurer votre sécurité.

- Les consignes préopératoires :

- Respectez les consignes que vous a données votre anesthésiste.
- N'oubliez pas d'apporter les examens qui ont été prescrits : examens sanguins, radiographies.
- Apportez aussi les appareillages qui vous ont été conseillés : béquilles, bas de contention, coussins de glace.
- Si des consignes de toilette ou de préparation de votre peau vous ont été données, il est important de les respecter.

2) L'hospitalisation : Au moment de votre admission, il faut signaler tout évènement qui aurait pu arriver depuis votre dernière consultation : toute maladie (en particulier toute infection), problème de peau (plaie, infection, rougeur), tout changement de votre traitement médicamenteux, infiltration de votre articulation, prise d'un traitement qui vous avait été déconseillé, oubli d'un examen que vous deviez réaliser. Il est parfois préférable de différer votre intervention si votre sécurité est en jeu.

Lors de votre hospitalisation, votre nom, l'intervention pour laquelle vous êtes hospitalisé(e), le côté de l'opération, vous seront demandés à de nombreuses reprises (certains chirurgiens appliquent sur la zone opérée ou à proximité une ou plusieurs marques avec un feutre dermatographique). Il s'agit de précautions obligatoires qui ont démontré leur efficacité pour assurer votre sécurité.

Durant la durée de votre hospitalisation, vous serez pris en charge par votre chirurgien, l'anesthésiste, et le personnel médical et paramédical de l'établissement. Respectez scrupuleusement les consignes qu'ils vous donneront car elles vous protègent. Si vous ne les comprenez pas, n'hésitez pas à demander des explications.

3) Le retour à domicile : Dès votre retour, contactez votre médecin traitant : l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé. L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition. Remettez-lui les courriers de votre chirurgien et de votre anesthésiste s'il ne les a pas déjà reçus directement. Deux points doivent être particulièrement surveillés :

A. Cicatrice et fils ou agrafes : Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- **Résorbables :** ils se résorbent tout seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième jour puis la cicatrice reste le plus souvent à l'air libre.

- **Non résorbables (fils ou agrafes) :** ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les sutures cutanées (habituellement à partir du quinzième jour postopératoire).

B. Traitement médical : Les médicaments pour lutter contre la douleur seront prescrits par le chirurgien, l'anesthésiste ou votre médecin traitant. Ils dépendent du geste réalisé et du niveau de douleur que vous ressentez. Un traitement anticoagulant pour diminuer le risque de phlébite pourra être prescrit en fonction du geste réalisé, de facteurs liés à vous-même (poids, antécédents de phlébite) et des possibilités ou non d'appuyer pour le membre inférieur. En excès, les anticoagulants peuvent occasionner des hémorragies ou des hématomes. En quantité insuffisante, ils ne protègent plus ou protègent moins bien contre le risque de phlébite. Il ne faut jamais en modifier la dose ni la fréquence de prise vous-même. Ce traitement peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières obligatoires. La surveillance de ce traitement est confiée à votre médecin traitant.

4) La rééducation : Les habitudes varient selon les chirurgiens et les techniques utilisées. Elles sont adaptées à vos progrès lors de votre hospitalisation et à chaque cas. Suivez les consignes de votre chirurgien.

5) Questions souvent posées par les patients :

- **« Combien dure l'opération ? »**

La durée d'intervention est très variable et dépend de la facilité de l'ablation. Elle peut être très rapide (quelques minutes) mais aussi très longue (plusieurs heures).

- **"Quand pourrai-je reprendre mon travail ?"**

La reprise est souvent très rapide mais cela peut dépendre du travail que vous effectuez. En général, une quinzaine de jours d'arrêt est suffisante.

- **« Devant quels signes dois-je m'inquiéter ? »**

- La réapparition d'une douleur ou d'un gonflement du genou,
- Une température élevée,
- Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice, une zone cutanée noirâtre sur la cicatrice (nécrose) doit vous refaire prendre contact avec votre chirurgien.
- Une douleur du mollet,
- Une oppression respiratoire,
- Et, d'une façon générale, tout symptôme nouveau. Sans attendre, appelez un médecin (de préférence, votre médecin traitant). Si vous ne parvenez pas à le joindre, contactez l'établissement où vous avez été opéré.



Les coordonnées utiles :

Votre chirurgien : ...

Numéro d'appel d'urgence : ...

Consultation : ...

Secrétariat : ...

Prenez le temps de lire ces informations et n'hésitez pas à demander des explications à votre chirurgien si elles ne vous semblent pas assez claires.

Conservez ce document, il vous a été remis pour vous aider à prendre votre décision et vous guidera par la suite.

Ce document réalisé en collaboration entre

- Orthorisq, organisme agréé par la Haute Autorité de Santé pour l'accréditation des praticiens et la gestion du risque en chirurgie orthopédique
- La Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
- Le GETRAUM : Groupe d'Etudes en traumatologie ostéoarticulaire

Il est disponible gratuitement sur le site www.orthorisq.fr et par le lien-association.fr.

Toute utilisation partielle ou totale de ce document doit en citer la source et les sites où il est disponible dans sa version d'origine. Les modifications n'engagent pas la responsabilité des auteurs de ce document.