



FICHE D'INFORMATION

OSTEOSYNTHESE PAR PLAQUE VISSEE D'UNE FRACTURE DU RADIUS DISTAL

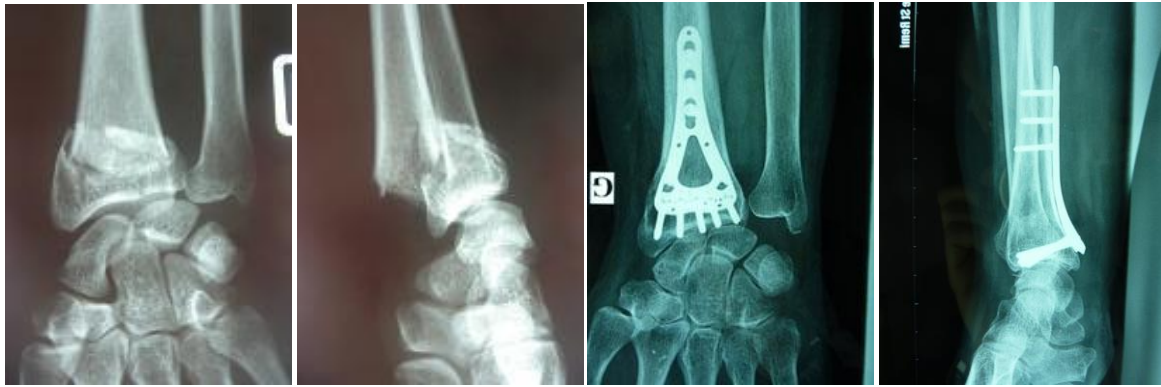
Vous avez été victime d'une fracture du radius distal appelée en langage courant fracture du poignet. Le chirurgien que vous avez consulté vous a proposé une ostéosynthèse par plaque. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.



Localisation du radius (en haut) et de l'ulna (en bas) par rapport à la main. Une fracture du poignet concerne habituellement la partie du radius qui se situe du côté de la main.

Qu'est-ce que l'ostéosynthèse d'une fracture du radius distal ?

Le but d'une ostéosynthèse par plaque vissée est de réduire et de stabiliser la fracture du radius distal pour rendre au poignet son anatomie normale, si cela est possible. Ces plaques sont mises au contact de l'os à travers une voie d'abord chirurgicale nécessitant une ouverture cutanée. Elles peuvent être placées sur la face postérieure ou sur la face antérieure du poignet (le plus souvent).



Exemple de fracture du poignet déplacée et d'une plaque de poignet telle qu'elle se positionne sur la face antérieure du radius distal

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

Avant l'intervention

Le bilan d'imagerie repose sur les radiographies, parfois complétées par un scanner en cas de fracture complexe.

L'intervention

La prise en charge d'une fracture du poignet peut parfois être différée de quelques jours (nécessité d'exams complémentaires, planification opératoire, œdème important, etc ...) sans que cela ne modifie le résultat final. Dans ce cas de figure, une attelle d'immobilisation provisoire est mise en place dans l'attente de l'intervention.

L'intervention chirurgicale est le plus souvent réalisée sous anesthésie locorégionale (elle dépendra de votre consultation avec le médecin anesthésiste). Le chirurgien réalise une incision palmaire ou dorsale. L'intervention consiste en la mise en place d'une plaque, après réduction (restauration de l'anatomie normale) de la fracture, pour permettre la stabilisation de la fracture et obtenir la consolidation de celle-ci. L'utilisation pendant l'intervention d'un amplificateur de brillance (radiographies) est quasiment systématique.

L'utilisation complémentaire d'autre matériel (broches, fixateur externe) peut être indiquée en fonction de la fracture et des conditions locales.

Une arthroscopie per-opératoire est parfois réalisée (introduction d'un optique dans le poignet relié à une caméra) afin de s'assurer de la qualité de la réduction du foyer de fracture (en cas de fracture articulaire) ou pour rechercher des lésions ligamentaires associées non visibles sur les radiographies.

Suites opératoires

L'hospitalisation est soit ambulatoire soit complète d'une durée de quelques jours.

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.

Une immobilisation temporaire (attelle, plâtre) peut être nécessaire mais n'est pas systématique. Sa durée dépend de la fracture, des conditions locales et de la stabilité de l'ostéosynthèse.

Une rééducation immédiate ou secondaire est souvent indiquée, la durée de celle-ci est très variable, allant de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Complications

Les plus fréquentes

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

L'infection profonde est exceptionnelle. 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 et le retard de consolidation.

L'œdème est régulièrement présent et occasionne une gêne douloureuse avec une difficulté à mobiliser les doigts. Pour le faire diminuer, il faut surélever le poignet et glacer le poignet. Il nécessite plusieurs mois pour se résorber.

Plus rarement

Une atteinte d'une branche nerveuse (prise dans un tissu fibreux cicatriciel ou contuse) ou d'un tendon sont rares et peuvent justifier un geste chirurgical complémentaire.

Une contusion du nerf médian peut se voir, se traduisant par un engourdissement des trois premiers doigts de la main. Cette atteinte persiste souvent plusieurs mois.

L'algodystrophie est rare : phénomène douloureux encore mal compris, 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. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

Les cicatrices peuvent rester gonflées et sensibles pendant plusieurs semaines.

Une raideur temporaire du poignet 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.

Une déformation séquellaire du poignet (cal vicieux) souvent par raccourcissement ou par tassement secondaire, est rare.

Une atteinte ligamentaire associée peut survenir, notamment dans les fractures articulaires du radius distal, pouvant justifier une intervention secondaire.

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

Les complications liées au matériel d'ostéosynthèse : le matériel est le plus fin et le moins encombrant possible. Toutefois des conflits avec certains éléments sont possibles, notamment les tendons. Le retrait du matériel peut être alors proposé.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique.

Les résultats à espérer

La synthèse par plaque d'une fracture du poignet est un geste chirurgical bien codifié. La durée d'évolution et le résultat final sont très variables. Des séquelles peuvent persister, liées au type de fracture ou à d'autres éléments imprévisibles.

Questions fréquentes

L'intervention est-elle obligatoire ?

Non, l'intervention n'est pas obligatoire : vous êtes libre de l'accepter ou de la refuser après en avoir discuté avec votre chirurgien. Si vous refusez l'opération, votre poignet sera immobilisé par une attelle pendant 6 semaines pour obtenir la consolidation qui se fera alors avec un cal vicieux (déformation séquellaire du poignet).

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 ?

Il s'agit d'une intervention fréquemment réalisée dont le niveau de difficulté est lié au type de fracture.

Le temps opératoire peut varier de 15 minutes à plus de deux heures en fonction de la complexité de la fracture et de l'importance des lésions associées.

La durée d'hospitalisation varie de quelques heures à quelques jours.

La douleur après l'intervention est régulièrement présente et nécessite la prise régulières d'antalgiques.

Ce qu'il faut éviter

Le tabac est proscrit car il diminue la vascularisation de la main et du poignet et entraîne un risque de retard de cicatrisation, voire de non consolidation de la fracture.

Il faut éviter de laisser la main et le poignet « en bas » pour éviter le gonflement du poignet dû à l'œdème post-opératoire et à l'afflux de sang veineux.

Il faut régulièrement mobiliser ses doigts, fermer et ouvrir la main afin de faciliter la circulation sanguine.

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

L'arrêt de travail moyen se situe autour de deux mois. Il peut être raccourci pour les patients exerçant un travail sédentaire et sans efforts physiques ou au contraire allongé en cas d'efforts physiques importants et/ou de port de charges lourdes.

Je certifie que le Docteur

m'a remis ce document le/..../....

Signature du patient ou représentant légal

Cette fiche d'information n'est pas exhaustive. Certaines complications sont particulièrement exceptionnelles et peuvent survenir dans un contexte spécifique. Il est important de comprendre que toutes les complications ne peuvent pas être précisées de façon exhaustive.