

ESSONNE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE CLINIQUE DE L'ESSONNE

Boulevard des Champs Elysées - 91024 EVRY CEDEX
Ligne directe secrétariat d'orthopédie : 01 69 11 70 10

DOCTEUR BERTILLE CHARRUAU

Ancien Interne du CHU d'Angers
Ancien Chef de Clinique-Assistant du CHU de Tours
Membre SOFCOT
Membre associé SFCM
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie du Membre supérieur et de la Main
Chirurgie des nerfs périphériques - Microchirurgie

91 1 01464 5
secretariat.drcharruau@gmail.com
07.67.76.86.43

FICHE INFORMATION PRE OPERATOIRE REPARATION LIGAMENT SCAPHOLUNAIRE A CIEL OUVERT

L'anomalie

Lésion du ligament scapho-lunaire du poignet responsable d'une désorganisation douloureuse du carpe avec claquement à la mobilisation et gêne fonctionnelle importante ; la lésion ligamentaire peut s'apercevoir sur des radiographies standards (écarts entre deux os) ou plus précisément sur un arthro-scanner ou une IRM

En cas de non intervention

En l'absence d'intervention risque d'évolution vers une arthrose secondaire du poignet douloureuse nécessitant un blocage définitif du poignet dans tous ses mouvements sauf la rotation

Principe de l'intervention

Le chirurgien a discuté avec vous l'indication chirurgicale ; Selon la balance bénéfico-risque, et en accord avec vous il vous a proposé :

Réalisation d'une arthrotomie (ouverture de l'articulation) du poignet par une ou plusieurs incisions permettant d'effectuer la réparation ligamentaire (un ou plusieurs ligaments) par suture directe ou à l'aide d'un procédé de ligamentoplastie utilisant les tissus sains de voisinages (autre ligament ou confection d'un ligament à l'aide d'un tissu de voisinage dont le prélèvement peut nécessiter une ou plusieurs incisions supplémentaires), la réparation est protégée par une ou plusieurs broches ou autre matériel d'ostéosynthèse et une immobilisation d'une durée de 2 mois ; les broches sont retirées 2 mois après ; (l'extrémité des broches peut restée extériorisée pour faciliter l'extraction et éviter la menace cutanée mais impose des soins locaux rigoureux pour éviter une infection)

Une orthèse thermomoulée sera confectionnée une semaine après l'intervention pour que l'immobilisation plus légère libère les doigts afin d'être compatible avec l'utilisation de la main pour des gestes légers ; la pratique du sport et le port de charge est interdite pendant toute la durée de l'immobilisation ; après le retrait de l'immobilisation le poignet enraidit devra être rééduqué.

Le patient doit prévoir un arrêt de travail de 4 mois minimum (immobilisation + rééducation).

Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives ; Il pourra, si nécessaire en fonction des découvertes per-opératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui-même plus profitable à votre cas particulier.

Notamment en cours d'intervention l'état cartilagineux peut se révéler plus détérioré que sur le bilan préopératoire, ou le scaphoïde et le lunatum rigide rendant impossible la réduction de l'espace scapho-lunaire: en cours d'intervention serait alors décidé de réaliser soit une résection de 1ère rangée des os soit une scaphoïdectomie associée à une arthrodèse des 4 os

L'intervention est bien codifiée, elle est le plus souvent réalisée sous anesthésie locorégionale, peut être réalisée en ambulatoire ou justifier d'une hospitalisation de quelques jours ; une ou plusieurs incisions sont nécessaires dont la taille dépend des difficultés rencontrées.

Bénéfices de l'intervention et résultat final

La réparation des ligaments permet de stabiliser le poignet pour diminuer les douleurs; possibilité de retour à un usage normal de la main pour les activités légères ; la récupération de la mobilité n'est pas une priorité.

Le plus difficile sera : la disparition des douleurs lors des activités de force

Les contraintes post opératoires- sous toutes réserves (une découverte en cours d'intervention peut les modifier) - les contraintes liées aux suites seront :

Je pense - sous toutes réserves (une découverte en cours d'intervention peut les modifier) - que les contraintes liées aux suites seront :

- L'arrêt de travail sera **de 120 jours**
- L'interdiction de mouiller la plaie jusqu'à cicatrisation sinon le risque est l'infection post opératoire.
- L'interdiction de mouiller la plaie jusqu'à ablation de broche sinon le risque est l'infection post opératoire.
- L'interdiction de pratique sportive courante sera **de 120 jours** à partir de l'intervention
- La reprise des activités manuelles légère sera possible **après 7 jours**
- La reprise des activités manuelles lourdes sera possible **après 90 jours**
- La mobilisation du segment opéré **sera nécessaire dès l'ablation de l'immobilisation**
- La rééducation avec un kinésithérapeute **sera possible dès l'ablation de l'immobilisation**
- Durant l'immobilisation les segments non immobilisés devront être mobilisés pour éviter un enraidissement douloureux : surtout mobilisation rapide des doigts dès le réveil de l'anesthésie
- La conduite automobile est interdite jusqu'à ce que le conducteur soit en pleine possession de ses moyens.

Sous toutes réserves car les suites peuvent être plus difficiles qu'indiqué et la survenue d'une complication peut laisser des séquelles handicapantes; certaines complications peuvent nécessiter une reprise chirurgicale.

Sous toutes réserves car une découverte en cours d'intervention peut modifier les contraintes post opératoires décrites ci-dessus et peut nécessiter une 2^{ème} intervention.

Risque de complication spécifique à l'intervention décidée pouvant nécessiter une reprise chirurgicale :

- Persistance des douleurs malgré la bonne tenue ligamentaire
- Défaut de récupération de la force
- Défaut de récupération de mobilité du poignet (raideur du poignet)
- Migration (mobilisation) de broche(s)
- Insuffisance de tenue de la réparation (distension ou rupture de la réparation) qui conduit à une désorganisation intra carpienne : nécessité d'une 2^{ème} réparation ou une arthrolyse intracarpienne
- Evolution vers une arthrose radio-carpienne et médio-carpienne
- Irritation d'une branche sensitive du nerf radial ou de la branche cutanéopalmaire par une ou les broches
- La cicatrice qui reste gênante par l'induration : la mobilisation du doigt et les massages cicatriciels l'amélioreront avec l'aide d'un kinésithérapeute qui pourra effectuer de la rééducation cicatricielle.
- Les lésions accidentelles tendineuses et vasculo-nerveuses sont exceptionnelles

Les complications dont le risque est commun à toutes les interventions sont (liste non exhaustive) :

- **Le manque de résultat**

Nécessitant une deuxième intervention à un délai variable par rapport à la première.

- **L'hématome**

Se résorbe le plus souvent spontanément ; nécessite rarement une reprise chirurgicale (évacuation et drainage).

- **Problèmes cicatriciels précoces**

Nécrose cutanée : des berges ou plus étendue survenue favorisée par la difficulté chirurgicale ou l'état du membre suite à une maladie ou un accident,

Cicatrice hypertrophique : La cicatrice peut rester gonflée, rouge, sensible pendant plusieurs semaines, une raideur locale peut être associée ; la **rééducation cutanée** améliore la cicatrice (par les contraintes mécaniques) et améliore la mobilité. Cette même rééducation post opératoire peut prévenir ces troubles cicatriciels.

- **Problèmes cicatriciels tardifs**

La cicatrice peut devenir hypertrophiée créant une **chéloïde** dont l'explication est surtout la constitution biologique, le traitement est surtout de médecine physique,

Prévention : massages cicatriciels (et autre rééducation cutanée) et éviter l'exposition au soleil.

Survenue d'un kyste épidermoïde (développement sous cutané d'un fragment cutané qui s'est introduit dans la plaie opératoire) dont le traitement est l'exérèse chirurgicale.

- **Les méfaits du tabac**

L'arrêt du tabac est nécessaire car le tabac augmente le risque de complications surtout infectieuses et cutanées (difficultés cicatricielles, nécrose cutanée, défaut de consolidation osseuse...).

- **Une raideur**

Le risque de raideur est très important si l'articulation a été opéré mais la raideur des articulations autour du foyer opératoire peut survenir liée à l'immobilisation ou la non utilisation pour diverses raisons ; dans des cas graves elle est associée à un syndrome algodystrophique (voir plus loin) ; la rééducation permet d'améliorer la mobilité ;

Prévention : la **rééducation et/ou la mobilisation post opératoire précoce** permet de prévenir la raideur.

- **Douleurs au froid**

Des douleurs peuvent survenir lors de l'exposition au froid pendant plusieurs années, l'évolution spontanée est la régression lente ; la protection contre le froid est le seul traitement et la seule prévention.

- **Une atteinte nerveuse**

Une atteinte d'une branche nerveuse (pris dans un tissu fibreux cicatriciel, ou section en cours d'intervention) est exceptionnelle ; plus fréquemment s'observe une sensation moindre autour d'une cicatrice pendant une période transitoire. ; La repousse d'une branche nerveuse blessée peut s'accompagner de douleurs névromateuses. L'électrothérapie transcutanée, la rééducation cicatricielle et un traitement médical améliore les signes cliniques, à défaut de quoi une intervention se discute.

- **Une atteinte vasculaire**

Par lésion d'un vaisseau important à l'origine d'une hémorragie ou d'un hématome compressif est exceptionnelle ; elle justifie une reprise chirurgicale en urgence.

- **L'infection post opératoire : est parfois liée à la pathologie opérée mais parfois sans relation avec cette dernière**

Le risque est diminué si vous ne fumez pas et si vous **respectez les consignes concernant les soins locaux** surtout pour éviter l'humidification de la plaie opératoire : ces consignes seront précisées lors de la remise des ordonnances de sortie ; pourtant malgré la bonne observation des consignes le risque plus faible persiste,

La réalisation de ce risque peut être **favorisé par la pathologie soignée (ex : lésion infectieuse), par l'intervention réalisée (ex : chirurgie osseuse), par votre état de santé (ex : diabète, tabac...)** ;

- ▶ En cas de doute sur une infection post-opératoire une surveillance vous sera proposée ;
- ▶ En cas d'infection confirmée le traitement proposé comportera un ou plusieurs des traitements suivants : soins locaux, antibiothérapie, excision chirurgicale des tissus infectés ; dans les cas graves ces trois traitements seront associés

- **L'algodystrophie ou Syndrome Dououreux Régional Complexe (SRDC)**

L'algodystrophie est une complication non exceptionnelle, suite à une intervention chirurgicale ou un accident. Elle est le plus souvent imprévisible. Elle se manifeste par une inflammation régionale qui dépasse le foyer traumatique ou chirurgical atteignant souvent les extrémités, prédominant le soir ; son traitement est médical (anti-inflammatoires, antalgiques) et fonctionnel (rééducation, port d'orthèses) ; l'évolution spontanée se vers le refroidissement de cette inflammation en plusieurs mois pouvant laissée place à une raideur du membre (d'où l'importance du traitement fonctionnel pour garder la mobilité) et des douleurs séquellaires.

Prévention :

Pour réduire ce risque : **Mobilisation et utilisation du membre opéré dans toutes ses amplitudes autorisées des son réveil de l'anesthésie mais sans forcer sur la douleur** (si besoin à l'aide d'un kinésithérapeute) ; La prise d'un **traitement efficace contre la douleur** diminue le risque (ne pas hésiter à consulter si le traitement antalgique n'est pas efficace) ; être décontracté le jour de l'intervention ; Prise de vitamine C à débiter un mois avant l'intervention jusqu'à un mois après.

La liste n'est pas exhaustive et une complication 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.

Facteurs aggravants

- Vos antécédents,
- Vos pathologies et terrains associées
- (obésité, diabète, autres maladies métaboliques, maladies rhumatismales, maladies vasculaires ...)
- Le tabac,
- Votre hygiène de vie (alimentation, hygiène...)
- Votre comportement (anxiété, respect des consignes

Peuvent augmenter la probabilité que ces risques se réalisent ainsi que leur importance ; l'augmentation des risques augmente le risque de séquelles.

Date et Signature :

Précédé de la mention lu et approuvé :