



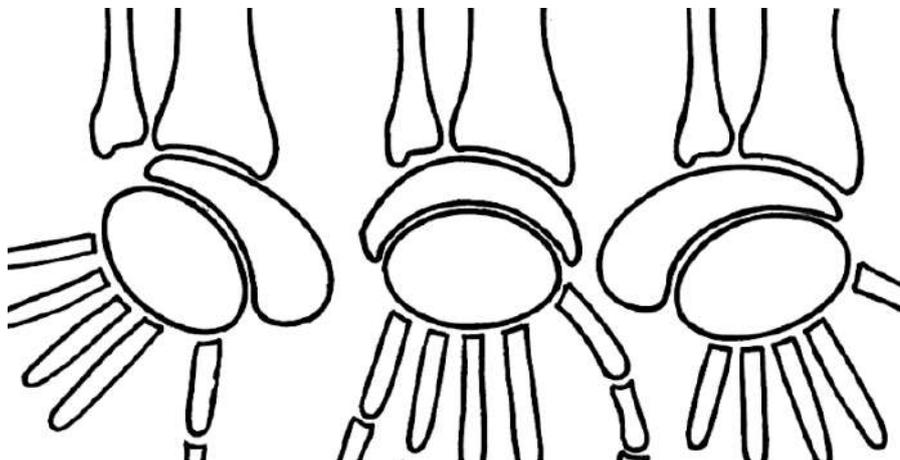
FICHE D'INFORMATION

RESECTION DE LA PREMIERE RANGEE DU CARPE

Vous souffrez d'une lésion complexe au niveau de votre poignet nécessitant une intervention. Le Chirurgien que vous avez consulté vous a proposé une intervention de résection des 3 os de la première rangée du carpe. Afin de prendre la décision de vous faire opérer vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

I – POURQUOI LE TRAITEMENT DE LA LESION AU NIVEAU DE VOTRE POIGNET EST-IL NECESSAIRE ?

1) EXPLICATIONS SUR LA ZONE A OPERER : LE POIGNET



Il s'agit de l'articulation située entre l'avant-bras et la main. Elle est composée de 8 os dont 3 sont mobiles entre eux formant le segment intermédiaire : la première rangée du carpe. On peut comparer cette dernière à un ménisque articulé ; elle a ainsi la possibilité d'adapter sa forme pour assurer la stabilité, essentielle pour les prises en force quelques soient les positions du poignet

Pourquoi l'intervention est-elle nécessaire

1) LA NATURE DES LÉSIONS

La lésion au niveau de votre poignet est caractérisée par la perte des rapports normaux entre les divers os. La mobilité harmonieuse entre eux est rompue et fait place à des conflits aboutissant à de l'arthrose correspondant à l'usure progressive du cartilage qui les recouvre. Il en résulte une douleur à la mobilisation du poignet avec souvent des sensations de craquements très douloureuses. L'inflammation réactionnelle est à l'origine d'un œdème (gonflement).

A ce stade il n'existe plus aucune intervention permettant de recréer un état proche du normal. Il faut prévoir une opération de « rattrapage » dite palliative.

2) LES POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES

- Le traitement médical

Le traitement antalgique a pour seul but de calmer la douleur. Il faut associer :

- La prévention de l'usure en limitant ou en évitant de réaliser les gestes qui déclenchent les conflits.
- La mise au repos de l'articulation par le port d'orthèse de façon intermittente afin de permettre la résorption de la réaction inflammatoire d'origine mécanique (non rhumatismale) ;
- Le traitement anti inflammatoire : AINS (anti inflammatoire non stéroïdien) pers os ou injection locale de cortisone, avec pour effet d'atténuer la réaction inflammatoire. Il ne prévient pas l'usure du cartilage ni l'aggravation de l'arthrose.
- La visco-supplémentation consiste à injecter un lubrifiant dans l'articulation. Malheureusement au niveau du poignet le produit se résorbe rapidement ; l'indication de ce traitement est donc peu favorable.

- Le traitement chirurgical

Il se justifie en cas d'inefficacité de ces mesures ou d'une mauvaise tolérance au traitement et en particulier aux anti inflammatoires.

Votre chirurgien vous ayant exposé les avantages et les inconvénients des différentes opérations palliatives couramment utilisées vous avez convenu avec lui, d'effectuer une intervention de résection des 3 os de la première rangée du carpe.



Il s'agit d'une intervention, de prime abord « agressive », consistant à retirer les trois os constituant la première rangée du carpe. Le poignet est la seule articulation où cela soit possible. On reconstitue une nouvelle articulation entre le radius et le grand os.

Il s'agit d'une « prothèse » naturelle permettant de limiter efficacement les douleurs tout en conservant de la mobilité et aussi de la force de préhension.

En règle générale la douleur est bien améliorée. La récupération de la mobilité est habituellement plus importante que celle de la force.

La nature de la lésion, l'importance de la raideur préopératoire et des remaniements dégénératifs sont des facteurs déterminant de la qualité du résultat.

L'existence d'une, voire de plusieurs interventions antérieures au niveau du poignet, sans constituer une contre-indication, est un facteur exposant à un moins bon résultat.

Le résultat final est comme pour toute intervention variable. A priori les mauvais résultats ou échecs, en-dehors de toute complication, sont rares, aux alentours de 5%. Dans ces cas il est possible de réaliser une arthrodèse (soudure du poignet) voire une prothèse.

Bien sûr, l'opération n'est pas obligatoire. Elle constitue une alternative qui peut vous apporter une amélioration par rapport à l'évolution normale de votre lésion. Cette dernière est dans le meilleur des cas stationnaire, plus ou moins tolérable. Mais le plus souvent on assiste à une aggravation de l'arthrose et de la gêne fonctionnelle douloureuse.

3) QUELS EXAMENS COMPLEMENTAIRES ?

La radiographie du poignet, est l'examen essentiel et suffisant pour confirmer l'intérêt de réaliser une intervention de résection des 3 os de la première rangée du carpe.

La réalisation d'exams complémentaires, scanner, arthroscanner ou IRM, permet d'apprécier au mieux l'état du cartilage restant au niveau des surfaces articulaires constituant la nouvelle articulation.

II – LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

1) L'ANESTHÉSIE

Le mode d'anesthésie le mieux adapté à votre état de santé, et à vos antécédents vous sera précisé par l'anesthésiste. Dans la grande majorité des cas, cette intervention est réalisée sous anesthésie locorégionale (seul le membre supérieur concerné est endormi).

2) LE GESTE TECHNIQUE

L'anesthésie locorégionale est le plus souvent effectuée en salle de pré anesthésie. L'intervention est effectuée en salle d'opération.

- L'installation : sur la table d'opération vous êtes installé sur le dos avec le bras posé à 90° par rapport à votre corps sur une table adaptée à la chirurgie du membre supérieur. L'intervention se déroulant sous garrot, ce dernier est placé au niveau du bras.

- Le geste opératoire : l'intervention est réalisée à ciel ouvert, avec habituellement une voie d'abord dorsale verticale plus ou moins arciforme. Les tendons extenseurs sont maintenus réclinés par un écarteur.

L'incision de la capsule expose les os de la première rangée et permet de faire l'analyse exacte des lésions.

Seuls les ligaments reliant les 3 os de la première rangée, non rompus par la lésion, sont sectionnés. Dès lors, le chirurgien procède successivement à la résection des 3 os. Le scaphoïde est l'os le plus difficile à retirer. Il n'est pas rare qu'il persiste un petit fragment ; cela est généralement sans conséquence sur la qualité du résultat.

La fermeture comporte la réparation du plan capsulaire et de la peau.

Le pansement est complété par l'immobilisation du poignet. Il peut s'agir d'un pansement comportant une attelle antérieure, d'une manchette en plâtre ou résine voire d'une orthèse spécifique maintenue fermée par un scratch.

3) LES ÉVÈNEMENTS QUI PEUVENT PERTURBER LE BON DÉROULEMENT DE VOTRE INTERVENTION

Il est possible de découvrir des lésions plus importantes, qui n'ont pas été révélées par les examens préopératoires. Cela peut amener le chirurgien à intervenir par une autre technique plus adaptée à votre lésion.

4) LES COMPLICATIONS PENDANT L'INTERVENTION

Les complications peropératoires sont rares. Il est possible de blesser un tendon au cours de la voie d'abord ou de fracturer un os ostéoporotique, anormalement fragile, de la rangée distale du carpe.

5) LES COMPLICATIONS À DISTANCES DE L'INTERVENTION

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.

Les lésions de branches nerveuses superficielles sous cutanées, très exposées, sont rarement à l'origine de troubles.

L'atteinte des nerfs à l'origine de trouble de la sensibilité et / ou d'une paralysie est très rare.

Une atteinte tendineuse peut être rarement observée. Elle peut justifier une réparation

LES SUITES HABITUELLES APRÈS CHIRURGIE

A votre sortie, le poignet est immobilisé pour environ 3 à 4 semaines, le temps de la réorganisation adaptative des tissus aboutissant à la disparition du vide créé par la résection des 3 os.

Dans un premier temps, du fait de la persistance de l'anesthésie loco régionale vous n'avez ni mal ni la possibilité de bouger les doigts.

La réapparition des douleurs et de la mobilité des doigts signe la libération du bloc nerveux. Dès lors apparaissent douleurs et œdème (gonflement des tissus) plus ou moins importants. Le traitement qui vous a été prescrit et l'immobilisation du poignet en veillant au bon maintien du bras : éviter de laisser la main et le poignet « pendant » sont essentiels pour maîtriser ces réactions.

Pendant cette période il est très important de mobiliser régulièrement les doigts plusieurs fois dans la journée. Il ne faut jamais forcer pour éviter de réveiller la douleur. **Tout doit se faire de façon progressive.**

Au terme de cette période, vous devez revoir, comme convenu, votre chirurgien. Ce sera le moment de refaire le point avec lui.

Vous commencerez alors des soins de rééducation en cabinet ou simplement par auto rééducation toujours de façon progressive sans déclencher de douleur anormale.

Au début, la gêne peut être plus importante sur le versant ulnaire du poignet (du côté du petit doigt).

Enfin la cicatrice peut rester « gonflée » et sensible pendant plusieurs semaines.

III - VOTRE INTERVENTION EN PRATIQUE

1) PREPARATION A L'INTERVENTION

Il faut venir avec vos documents administratifs et aussi l'ensemble des documents d'imagerie.

2) L'HOSPITALISATION

Cette intervention est actuellement de plus en plus réalisée en hospitalisation de jour, parfois au cours d'une hospitalisation de courte durée.

3) LE RETOUR A DOMICILE

Les premiers jours, prenez les médicaments contre la douleur même si les douleurs sont modérées. Sachez qu'ils n'atteignent leur efficacité en général qu'au bout de 45 minutes. Respectez les doses prescrites et les horaires de prises.

En cas de douleur insupportable, œdème important, sensation de fourmillement dans les doigts contactez sans délai votre chirurgien ou votre médecin de famille... Pour le bain ou la douche, un sac plastique bien étanche (de type congélation), serré avec un élastique au bras ou au coude, pourra être utile. Il ne faut pas mouiller le pansement ou le plâtre.

4) CE QU'IL FAUT ABSOLUMENT EVITER

Laisser pendre la main et le poignet vers le bas ;

Utiliser la main et le poignet concernés en force ou pour des efforts de soulèvement ;

Arrêter le traitement prescrit sans avis médical ;

S'agiter, faire du sport durant les premiers jours ;

Fumer ou consommer de l'alcool sans modération.

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.