

Nom :

Adresse :

N° 1<sup>ère</sup> inscription à l'Ordre des médecins :

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

# ENCLOUAGE CENTROMÉDULLAIRE DE TIBIA

### → PATIENT

Nom

Prénom

### → NATURE DE L'INTERVENTION

### QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les fractures de tibia sont secondaires à des traumatismes violents (chutes, accidents de la voie publique, accidents sportifs...). Très peu de fractures peuvent être traitées orthopédiquement (immobilisation plâtrée, chez les enfants, fractures strictement non déplacées). Votre chirurgien pourra autant que possible opter pour un clou centromédullaire, si votre fracture le permet. Le tibia peut être représenté sous forme d'un tube dans lequel votre chirurgien va placer le clou en remplissant le tube. Il est possible d'ajouter des vis pour un meilleur contrôle de la stabilité. Les fractures pouvant bénéficier de clou sont les fractures diaphysaire, donc éloignées de quelques centimètres du genou et de la cheville et doivent être fermées. Dans certains cas, si la peau est peu ouverte et le délai de prise en charge court le clou reste possible. Le péroné n'est que rarement opéré, la consolidation du tibia en bonne position est suffisante pour la fonction.

**En accord avec le chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il est proposé au patient présentant une fracture du tibia un encloUAGE centromédullaire. Les avantages, petites cicatrice, bonne stabilisation de la fracture, bons taux de consolidation, et les alternatives à cette intervention (plaques et fixateur externe) ont bien été expliqués.**

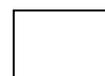
### AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan rapide est indispensable. Un bon examen clinique complété de radiographies permet d'éliminer d'autres lésions et caractériser précisément la fracture. Un bilan biologique sera demandé par l'anesthésiste afin de préparer l'intervention, ce bilan doit être rapide car la prise en charge chirurgicale est urgente (dans les 24 heures si la fracture est fermée, dans les six heures si elle est ouverte). Il s'agit d'un traumatisme grave, l'atteinte des nerfs et artères doit être recherché afin de prévoir leur prise en charge pendant l'intervention.

### QUEL TRAITEMENT ?

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale. La durée est très variable et dépend de la complexité de la fracture. L'intervention a lieu sous contrôle radioscopique, il faut donc bien préciser à votre chirurgien si une grossesse est en cours. Une première incision est réalisée à la face antérieure du genou, sous la rotule. Cette incision est suffisante pour préparer le tibia (l'intérieur du tube) et descendre le clou. D'autres incisions d'un centimètre seront ajoutées pour placer les vis de verrouillage. Enfin une dernière au niveau de la fracture peut aider dans certains cas à réaligner correctement le tibia.

Selon la stabilité finale, votre chirurgien peut décider de compléter le traitement par un plâtre. Les fils de suture et le plâtre seront retirés sur prescription médicale.



## ET APRÈS ?

Le lever est autorisé en générale dans les 24 heures qui suivent l'opération mais l'appui sur la jambe opérée ne peut être autorisé que par votre chirurgien. En effet certaines fractures autorisent une reprise de la marche immédiate, pour les autres l'appui sera interdit pour 45 jours initialement et secondairement autorisé par votre chirurgien selon les radios. Un bon contrôle de la douleur doit être effectué à l'aide de médicaments, glace et surélévation de la jambe. La douleur doit impérativement être surveillée pour la détection d'une complication, le syndrome des loges, détaillée plus bas. Votre chirurgien peut, selon la fracture, prescrire de la kinésithérapie pour entretenir les mobilités articulaires du genou et de la cheville. Pour prévenir les risques de phlébite, vous recevrez un traitement anticoagulant dont la durée dépend de la présence de plâtre et de la possibilité de marcher.

Des contrôles cliniques avec radiographie seront à prévoir pour contrôler la bonne consolidation, autoriser la reprise de la marche, retirer un éventuel plâtre et envisager la reprise du travail.

Les vis peuvent être retirées seules pour dynamiser votre fracture et favoriser la consolidation. Enfin, le clou sera retiré, par une nouvelle opération, un an après la consolidation.

## COMPLICATIONS

### A court terme :

- La cicatrice sous le genou a pour conséquence la perte définitive de la sensibilité d'une petite zone à côté de cette cicatrice.
- Syndrome des loges : secondaire à un excès de pression dans la jambe, la conséquence immédiate est la compression du nerf sciatique poplité externe, qui sert à relever le pied et à sentir le dos du pied. Le premier signe est la douleur, d'où l'importance de la surveiller de près. En cas de syndrome des loges, votre chirurgien vous réopérera en urgence. Le risque de faire un syndrome des loges commence au moment de l'accident et dure jusqu'à 48h après la chirurgie.
- La phlébite peut survenir en dépit du traitement anticoagulant. Il s'agit d'un ou plusieurs caillots qui se forment dans les veines des membres inférieurs ; ces caillots peuvent migrer et entraîner une embolie pulmonaire. La gravité potentielle des embolies pulmonaires explique l'importance accordée à la prévention des phlébites. Cette prévention est basée essentiellement sur le traitement anticoagulant, la prescription en post opératoire de bas de contention la reprise précoce de la marche.
- Infection : Tout traumatisme ainsi que toute chirurgie expose au risque d'infection, d'autant plus si la fracture est ouverte. Votre chirurgien met tout en œuvre pour limiter le risque (désinfection, antibiotique péri-opératoire, surveillance). Malgré ces mesures, le risque persiste. Les facteurs de risques notables sont le diabète, le tabagisme, les fractures ouvertes et certains traitements au long court.

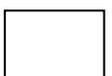
### A moyen terme :

- Cal vicieux : c'est la consolidation de l'os en mauvaise position. Cette complication peut entraîner une nouvelle opération lorsqu'il y a un retentissement sur la fonction.
- Pseudarthrose : c'est la non consolidation de la fracture malgré un délai habituellement suffisant. Les facteurs de risques sont l'infection, les fractures ouvertes et le tabagisme. En cas de pseudarthrose, il vous sera proposé une nouvelle opération pour aider l'os à consolider.

**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 qui doit être compris et accepté.**

## LES RÉSULTATS ATTENDUS

En l'absence de complication, l'objectif est une consolidation osseuse, un tibia droit, solide, sans conséquences pour le genou ou la cheville. Le délai de reprise d'une activité est très variable et dépend surtout du type de fracture initiale.



---

## EN RÉSUMÉ

*L'enclouage centromédullaire de tibia est une intervention performante permettant une bonne stabilisation de la fracture sans faire de cicatrices excessives. Il donne de bons résultats sur la restitution de la fonction antérieure. Les complications sont bien connues, surveillées et votre chirurgien est en mesure de les prendre en charge de façon adaptée.*

---

## QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE 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 ?

Date de remise du document au (à la) patient(e) :

Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document.

Date

Signature

*Pages précédentes à parapher*