

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UNE «LUXATION DU POIGNET»

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il s'agit du « déboitement » de l'articulation du poignet lors d'un traumatisme violent, le plus souvent en hyper-extension.

Le poignet est un ensemble articulaire complexe servant à transmettre à la main les mouvements du membre supérieur, mouvement de flexion-extension, inclinaisons et rotations. L'articulation du poignet comporte 10 os, 27 surfaces articulaires et 33 ligaments. Lorsque le poignet se déboite, c'est le plus souvent dans l'articulation médio-carpienne, qui siège entre la 1^{ère} et la 2^{ème} rangée des os du carpe.

Le traitement chirurgical consiste à réduire, c'est-à-dire remettre en place les surfaces articulaires les unes par rapport aux autres, et réparer les ligaments qui ont été déchirés par le traumatisme.

Les luxations du poignet ont de multiples variétés anatomiques et peuvent s'accompagner de fractures associées au niveau des os du carpe (en particulier, du scaphoïde).

MÉCANISMES LÉSIONNELS

Il s'agit d'un traumatisme violent, par exemple une chute avec réception sur la main, le poignet étant en hyper-extension. Selon les conditions, l'inclinaison et l'importance du traumatisme, la conséquence est soit une fracture de la région du poignet, soit une luxation.

LE DIAGNOSTIC

Le poignet est, en général, très gonflé et très douloureux. Cependant, il conserve souvent une certaine mobilité, ainsi que la motricité des doigts, ce qui peut induire en erreur.

La radiographie est l'élément principal du diagnostic, surtout le cliché de profil. En cas de doute, un scanner est utile pour préciser l'importance du déplacement et les éventuelles fractures associées.

PRINCIPE DU TRAITEMENT

Il faut réduire la luxation (remettre les surfaces articulaires en place) ce qui est, en général, très difficile par simple manœuvre externe. Conjointement, il existe toujours des lésions ligamentaires importantes, qui devront être réparées chirurgicalement.

Enfin, à cause de l'importance du déplacement, certains éléments sont en danger par suite de l'ischémie (troubles de vascularisation avec limitation de l'apport en oxygène) entraînée par ce déplacement.

AVANT L'INTERVENTION

L'anesthésiste vous examinera et vous posera les questions d'usage sur votre état de santé et vos traitements éventuels. Il vous proposera, le plus souvent, une exploration sous anesthésie locorégionale.

Le tabac diminue la microcirculation capillaire. Il nuit gravement à la cicatrisation des tissus, retarde la consolidation osseuse et favorise la survenue d'infections.

Une perfusion « d'attente » sera posée du côté opposé à la blessure pour permettre, le cas échéant, d'injection des médicaments contre la douleur ou des antibiotiques.

L'INTERVENTION ELLE-MEME

L'incision se fait le plus souvent sur le dos du poignet. Dans certaines lésions complexes un double abord est nécessaire : la seconde incision est réalisée du côté de la paume de la main.

Le chirurgien va réduire le déplacement et remettre en place les différentes surfaces articulaires puis réparer soigneusement les différents ligaments qui unissent les os du carpe et la capsule articulaire qui assure l'étanchéité de l'articulation.

Enfin, il va fixer l'ensemble par des broches (fines tiges métalliques) pour une durée de 6 semaines de façon à maintenir en place et protéger la réparation de l'articulation.

APRÈS L'INTERVENTION

Une immobilisation plâtrée d'en général 6 semaines est nécessaire. Au bout de 6 semaines, le plâtre et les broches seront retirés et une rééducation sera entreprise pour une période assez longue. Le résultat final n'est obtenu qu'au bout de 6 mois minimum.

LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Les complications précoces

→ **Les complications mineures** : la désunion de cicatrice (les points de suture qui lâchent), la réaction inflammatoire sur les fils, un hématome, etc.... sont plus des incidents de parcours et, en principe, ne retentissent pas sur le résultat final ;

→ **L'infection** : la survenue d'une infection est toujours possible malgré les précautions d'asepsie rigoureuse et un nettoyage soigneux de la plaie. En effet, l'agent causal est forcément contaminé et a pu entraîner des bactéries à l'intérieur des tissus

L'infection se développe dans les heures ou les deux jours qui suivent, et se manifeste localement par des douleurs, une rougeur et un gonflement. L'état général est altéré avec de la fièvre et, éventuellement, des frissons. La survenue d'un de ces symptômes doit alerter et vous faire recontacter immédiatement le chirurgien ou le service compétent ;

→ **L'algodystrophie** : c'est une complication totalement imprévisible et aléatoire, qui peut survenir après toute plaie ou traumatisme, même minime, de la main. Il s'agit d'une réaction qui concerne la main, le poignet et l'avant-bras, en rapport avec un dérèglement du système nerveux sympathique. Elle se manifeste par un œdème douloureux avec rougeur, troubles vasomoteurs, hypersudation au niveau de la main, du poignet et de l'avant-bras. Les douleurs peuvent, quelquefois, remonter jusqu'à l'épaule.

Habituellement l'algodystrophie débute 15 jours à 3 semaines après le traumatisme. Elle peut évoluer sur de longs mois avant de rentrer dans l'ordre. Il n'y a pas de traitement spécifique en dehors de soins locaux prolongés, doux et attentifs.

Le plus souvent, la survenue d'une algodystrophie entraîne une raideur partielle séquellaire de certaines articulations ;

→ **Les adhérences tendineuses** : ce n'est pas à proprement parler une complication car, au cours de sa cicatrisation, le tendon va obligatoirement se coller aux tissus périphériques. Cependant le but de la rééducation est d'étirer ces adhérences de façon à limiter le plus possible la raideur. Il est fréquent que l'on soit obligé de proposer secondairement une libération d'adhérences (ténolyse). Cette intervention sera programmée après un délai suffisant, 4 à 6 mois en général, de façon à être efficace en opérant sur des tissus non inflammatoires qui ont repris une structure à peu près normale.

Les complications tardives

Malgré une prise en charge adaptée, une évolution défavorable peut se faire, due en particulier au terrain (tabagisme), à l'importance du déplacement initial, qui entraîne une ischémie très importante, et à une fracture associée.

Les différentes conséquences sont :

→ **Une nécrose osseuse**, en particulier de certains petits os du carpe très sensibles aux troubles de vascularisation (scaphoïde, semi-lunaire) ;

→ **Une instabilité ligamentaire chronique** : malgré une réparation ligamentaire initiale, certains ligaments ne cicatrisent pas et il persiste à ce moment-là un phénomène d'« entorse chronique ».

Si une évolution défavorable se produit, il faut prévoir des interventions secondaires « palliatives » pour stabiliser à nouveau le poignet.

Les séquelles

Une luxation du poignet est toujours un évènement grave qui, en général, se traduit par des séquelles sous forme de raideur résiduelle, de manque de forces, de douleurs chroniques, ou, à long terme, d'arthrose post-traumatique du poignet.

EN RÉSUMÉ

La luxation du poignet est un évènement potentiellement grave, qui survient souvent lors d'un traumatisme à haute énergie mettant le poignet en hyper-extension forcée.

Le diagnostic est souvent délicat en urgence. Il s'agit d'un poignet très gonflé, empâté, mais conservant une certaine mobilité, au même titre que les doigts. La radiographie est déterminante et c'est surtout le cliché de profil qui doit être particulièrement soigné. Dans certains cas, un scanner est utile, surtout pour faire le bilan des lésions associées (lésions ligamentaires graves et fracture possible des os du carpe, en particulier du scaphoïde).

Le traitement chirurgical consiste à réduire cette luxation, c'est-à-dire remettre les surfaces articulaires au contact, traiter éventuellement une fracture associée et, enfin, fixer l'ensemble de façon stricte en utilisant des broches métalliques qui resteront en place 6 semaines. L'immobilisation plâtrée est de 6 semaines jusqu'à l'ablation des broches et la rééducation débutera ensuite.

Les complications les plus fréquentes sont la survenue d'une algodystrophie, qui débute en général vers la 2ème ou 3ème semaine après l'intervention (douleurs, œdème, gonflement, troubles vasomoteurs...).

Les complications tardives sont l'enraidissement du poignet, la survenue d'une instabilité chronique et, enfin, la nécrose possible d'un des petits os du poignet, en particulier le scaphoïde si celui-ci a été fracturé.

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 ?

Si vous utilisez la version numérique :

Date de remise du document au patient (e) :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher