

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

OSTÉOSYNTHÈSE DE FRACTURE PERTROCHANTÉRIENNE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La fracture pertrochantérienne est une fracture qui intéresse l'extrémité supérieure du fémur mais laisse intact le col et la tête du fémur. C'est une fracture très fréquente qui survient surtout chez les personnes âgées après une chute de leur hauteur. Si elle n'était pas fixée, cette fracture imposerait de rester au lit pendant une très longue période. Or l'alitement prolongé est source de multiples complications dont certaines mortelles. Parmi les plus fréquentes, nous trouvons les escarres, les thrombo-embolies, les infections et les décompensations d'affections préexistantes. La prévention de ces complications est basée sur une fixation de la fracture (ostéosynthèse) qui permet un lever précoce.

La particularité de la fracture pertrochantérienne est que dans l'immense majorité des cas, elle consolide et ne nécessite pas la pose d'une prothèse articulaire.

En accord avec le chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il est proposé à la personne fracturée une ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur. Cette fixation osseuse se fait le plus souvent par vis-clou ou vis-plaque. Les alternatives à cette intervention ont bien été expliquées.

AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan rapide est réalisé afin de contrôler l'état général, d'équilibrer les traitements préexistants et plus particulièrement de stabiliser la coagulation sanguine en cas de prise d'anticoagulants. Ce bilan, qui sera vérifié par l'anesthésiste et le chirurgien, ne doit pas retarder de plus de 2 ou 3 jours l'intervention, sauf cas exceptionnel.

QUEL TRAITEMENT ?

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale et dure entre 45mn et 90mn. Une incision est réalisée à la face externe de la hanche selon les habitudes du chirurgien et selon la variété du matériel utilisé pour la fixation. Après réduction de la fracture, une ou deux vis sont placées dans le col et la tête du fémur et sont solidarisées à un tuteur vertical. Ce tuteur peut être soit un clou intra osseux soit une plaque vissée contre le bord externe du fémur. A la fin de l'intervention, un drain permettant d'évacuer l'hématome peut ou non être laissé.

ET APRÈS ?

Le lever et l'appui sur le membre sont autorisés dès le lendemain sauf avis contraire du chirurgien. La rééducation de la hanche se fait essentiellement par la reprise de la marche. Dans certain cas, seul un appui partiel sur le côté opéré sera autorisé. Afin d'éviter les phlébites, un traitement anticoagulant est prescrit pendant plusieurs semaines. Des bas de contentions peuvent être utilisés également.

Après quelques jours d'hospitalisation, le chirurgien autorisera la sortie avec les ordonnances de soins nécessaires (pansement, antalgiques, anticoagulants, kinésithérapie). Vous serez revu en consultation avec des radiographies. La rééducation doit être poursuivie soit à domicile avec un kinésithérapeute soit en centre de rééducation.

Le délai habituel de consolidation est d'environ 3 mois et des béquilles sont le plus souvent utiles durant cette période.

COMPLICATIONS

Les plus fréquentes

Une 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, ceux-ci pouvant 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 surtout sur le traitement anticoagulant.

Un hématome postopératoire (poche de sang) peut se former. Il est rarement gênant et nécessite exceptionnellement une évacuation.

Plus rarement

Une infection complique rarement ce type d'intervention. Des antibiotiques sont administrés à titre préventif durant l'intervention pour diminuer ce risque. En cas d'infection, celle-ci est le plus souvent guérie par un lavage chirurgical du foyer de fracture (sans ablation du matériel) et par un traitement antibiotique.

Un démontage de la fixation peut se produire dans les suites. La solidité du matériel utilisé met à l'abri de rupture de celui-ci avant plusieurs mois mais la qualité de l'os fixé ainsi que le type de fracture (très fragmenté) peut être à l'origine déplacements secondaires. Des radiographies à intervalle régulier surveillent la bonne tenue du matériel pendant la période de consolidation. Des signes de déplacement de la fracture peuvent nécessiter l'interruption de l'appui voire une reprise chirurgicale.

Un cal vicieux est possible. La consolidation de la fracture en position non anatomique est une complication fréquente mais qui n'a le plus souvent aucune répercussion notable sur la fonction.

Une gêne peut nécessiter l'ablation du matériel lorsque la consolidation est acquise. Cependant, en règle générale, la plupart des opérés gardent à vie leur matériel sans aucun inconvénient.

Beaucoup plus rarement sont observées ces complications

- fracture per ou post-opératoire du fémur, pouvant alors justifier d'un geste chirurgical complémentaire
- non-consolidation de la fracture, pouvant nécessiter une nouvelle intervention

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 que vous avez compris et accepté.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

La consolidation osseuse est obtenue à partir du troisième mois mais la récupération fonctionnelle est souvent plus longue et peut prendre 6 mois. Cette récupération est très liée à l'état général du patient au moment de la fracture. Pour les patients très âgés ou très fragiles, il est à craindre un niveau de fonction diminué, malgré la consolidation de la fracture. Enfin, il est connu que dans l'année qui suit cette fracture, chez les patients âgés et fragiles, la mortalité peut atteindre 30%, essentiellement à cause de l'aggravation des maladies chroniques préexistantes.

EN RÉSUMÉ

L'ostéosynthèse des fractures de la région trochantérienne est un geste chirurgical très fréquent en orthopédie. Il est destiné à permettre un lever précoce afin d'éviter toutes les complications sévères qui menacent les patients alités longtemps. La fixation par clou ou plaque peut être à l'origine de complications mais celles-ci sont de très loin moins fréquentes et moins graves que celles qui menacent les patients non opérés.

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 :

- 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