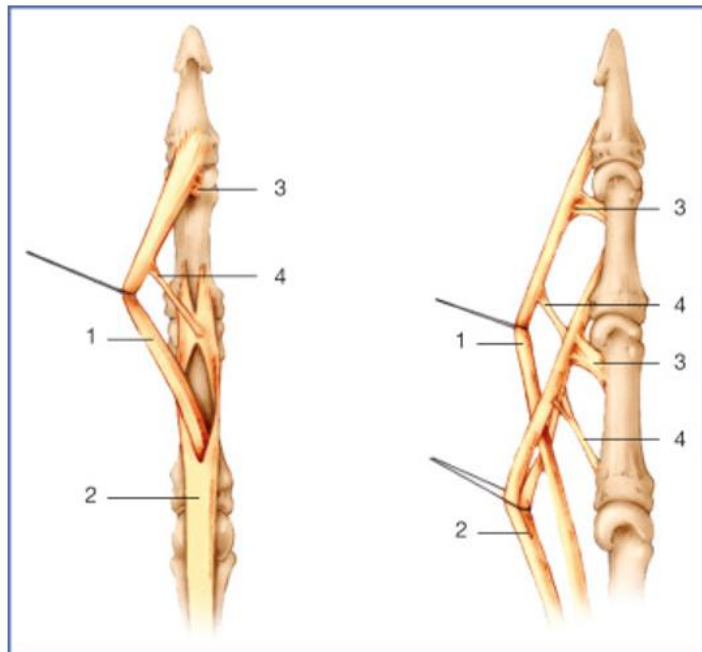


Fiche d'information

GREFFE DES TENDONS FLECHISSEURS DES DOIGTS

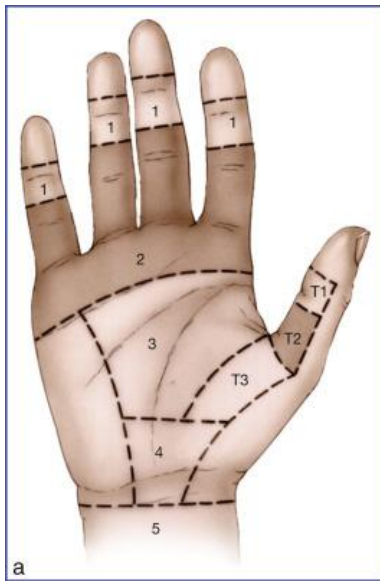
POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les tendons fléchisseurs des doigts sont des sortes de câbles fibreux qui cheminent dans un système de gaines depuis la paume de la main jusqu'à l'extrémité des doigts. Le coulisement de ces tendons est assuré par un système de lubrification, la gaine synoviale qui secrète un liquide identique à celui qui lubrifie les articulations. Pour les doigts longs, il y a deux tendons fléchisseurs dans le canal digital : le « superficiel » qui s'insère sur la base de la 2ème phalange et le « profond » qui s'insère sur la base de la 3ème phalange. Ils coulisent donc l'un sur l'autre à l'intérieur du canal digital et vont assurer conjointement la flexion des doigts longs. Pour le pouce, il n'y qu'un seul tendon fléchisseur.

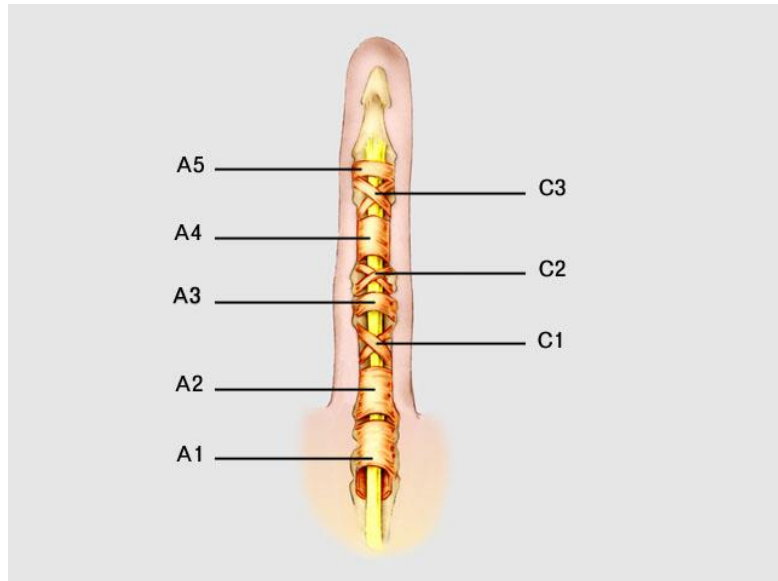


*1 – fléchisseur profond 2 – fléchisseur superficiel
3 et 4 - vinculas*

Si la section d'un tendon fléchisseur n'est pas traitée précocement, il va se rétracter peu à peu et ne pourra plus être suturé directement. Il faudra avoir recours à une greffe tendineuse dont la technique diffère selon le siège de la lésion. On divise la main en 5 zones distinctes qui caractérisent chacune la position des deux tendons fléchisseurs entre eux et leur relation avec les structures adjacentes. La zone 2 est la plus délicate car les deux tendons sont à l'intérieur de leur gaine fibreuse et le risque d'adhérences est majeur.

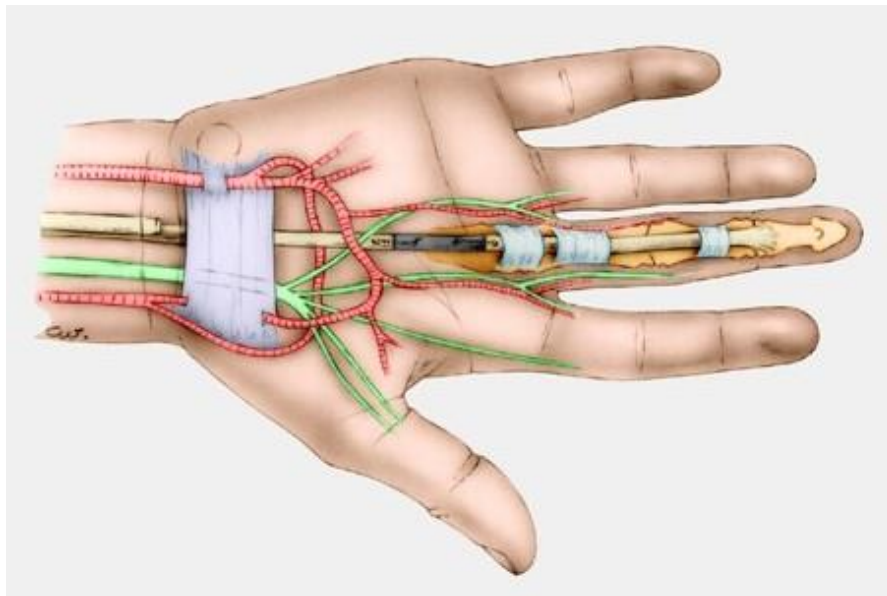


Zones tendineuses



Canal digital

- Pour une lésion située en zone 3,4 et 5 les tendons ne cheminent pas dans des gaines étroites et on pourra réaliser une greffe en un temps en utilisant en général le tendon petit palmaire comme greffon (c'est un petit tendon accessoire de l'avant-bras).



- Pour une lésion située en zone 2, au niveau du canal digital, il faut d'abord créer une gaine synoviale ou pourra secondairement être glissée la greffe tendineuse : c'est le principe de la greffe en deux temps :
 - Une tige en Silastic (une sorte de matière plastique) est mise en place dans la gaine fibreuse (éventuellement reconstruite) durant deux à trois mois afin d'induire la formation d'une gaine synoviale par une réaction inflammatoire
 - Dans un deuxième temps, la tige est remplacée par une greffe tendineuse conventionnelle à partir du petit palmaire, suturée aux deux extrémités du tendon.



COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

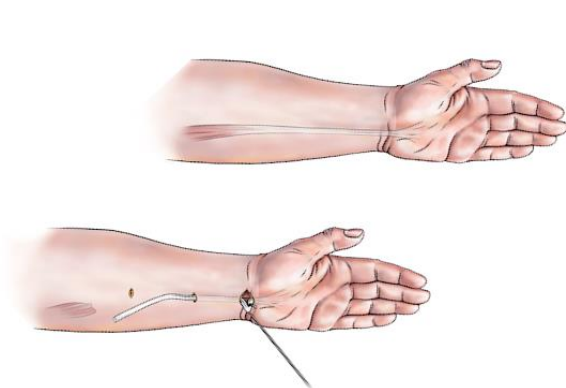
L'intervention :

- **L'hospitalisation** : elle se déroule en ambulatoire, sur une demi-journée. Votre sortie se fera une à deux heures après l'intervention.

- **L'anesthésie** : elle se fait sous anesthésie locorégionale (bloc plexique) qui garantira une indolence complète de votre membre opéré dans les heures qui suivront l'intervention.

- **Le geste chirurgical :**

- Pour une greffe en un temps : il peut s'agir d'une greffe courte située au niveau de la paume de la main , ou longue qui va ponter la zone du canal carpien ; l'incision sera donc proportionnelle. Les deux extrémités du tendon sont préparées, puis le tendon petit palmaire est prélevé par de petites incisions étagées sur l'avant-bras. Il est suturé à chaque extrémités par des sutures entrelacées qui sont plus résistantes d'emblée. La plaie est suturée et une attelle fléchissant le poignet est mise en place.



Prélèvement du petit palmaire

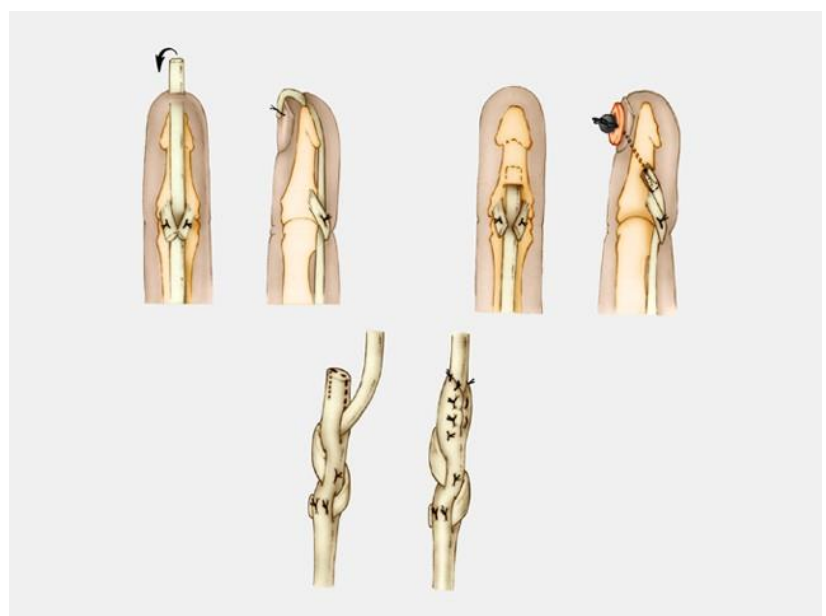
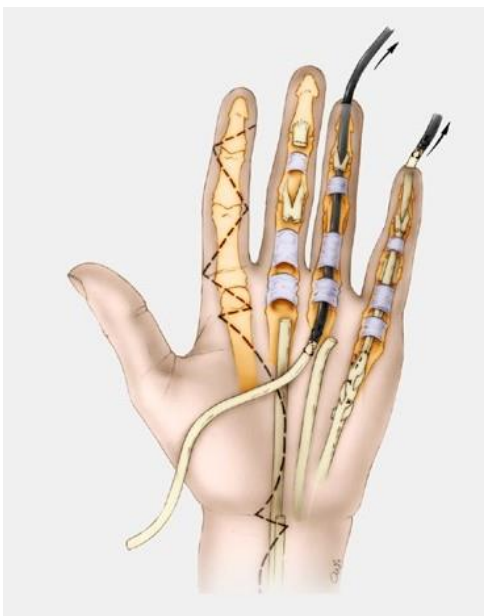


suture par entrelacement

- Pour une greffe en deux temps, **le premier temps** va consister à préparer le canal digital où se situe la lésion tendineuse : les deux fléchisseurs sont réséqués jusqu'à la paume voire au-dessus du canal carpien, les poulies du canal digital sont reconstruites à la demande puis la tige de Silastic est glissée dans ce canal. Elle est solidement fixée à l'extrémité du doigt et laissée libre à la paume de la main . La plaie est refermée sans immobilisation pour ce temps.



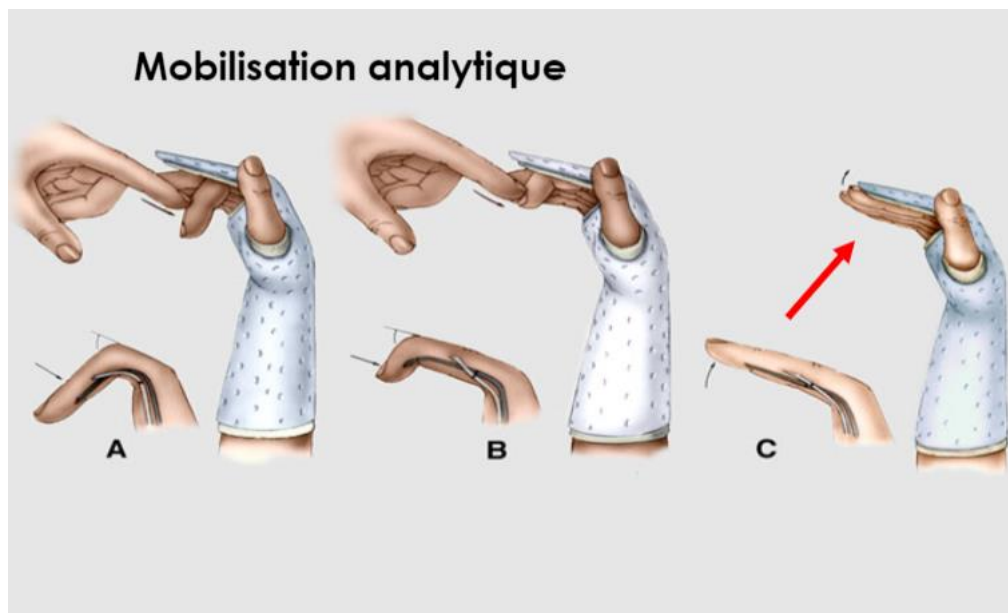
Le second temps est réalisé idéalement après trois mois de façon à permettre une maturation suffisante de la néo-gaine synoviale : la tige est abordée à ses deux extrémités sans exposer la zone où s'est formée la gaine. Le tendon petit palmaire est prélevé comme pour la greffe en un temps, et fixé à une extrémité de la tige Silastic qui est tractée pour attirer le greffon dans sa gaine. Ce greffon est alors solidement fixé par un ancrage trans osseux à la base de la 3^e phalange, et à la paume ou au poignet par une suture entrelacée en calculant précisément la tension à donner. L'incision est refermée et une attelle de protection est mise en place.



• **Votre départ** se fera une à deux heures après votre intervention après l'ablation de votre drainage. Nous vous remettrons les différents documents et ordonnances nécessaires, ainsi qu'un arrêt de travail et un rendez-vous de contrôle fixé au bout de deux semaines.

Les suites de l'intervention :

- **Pour une greffe en un temps**, vous rencontrerez dans les jours suivants, un des orthésistes avec qui nous travaillons qui confectionnera une attelle adaptée sur le pansement : il faudra la conserver six semaines en permanence afin de permettre au greffon de cicatriser. La rééducation sera entreprise d'emblée par un kinésithérapeute spécialisé à raison de trois séances hebdomadaires, de manière à optimiser le coulisement de la greffe tendineuse. En effet, il faut ne pas trop tirer sur les sutures de façon à éviter une rupture secondaire mais, également, la mobiliser de façon à ce que le tendon puisse cicatriser sans « coller » aux structures périphériques. Ces adhérences sont, toutefois, inévitables mais peuvent être limitées par une rééducation adaptée.



La visite de contrôle a lieu après la 2^{ème} semaine pour contrôler la cicatrisation cutanée, puis à la 6^e semaine où on peut envisager d'enlever l'attelle ; toutefois, le tendon restera fragile jusqu'à trois mois et la rééducation se poursuivra au même rythme.

- Reprise d'activités : il faut au moins six semaines pour reprendre toutes les activités manuelles simples, et de trois à six mois pour des activités nécessitant plus de force. Ainsi en cas d'activité professionnelle, la reprise sera possible au-delà de six semaines pour une activité modérée (travail de bureau) mais pourra être différée de 3 mois voire plus pour des sollicitations plus importantes. Des activités de loisir modérées (jardinage, vélo) sont envisageables au-delà de deux mois.
- **Pour une greffe en deux temps**, l'immobilisation n'est pas nécessaire après le premier temps car la tige coulisse librement ; la rééducation est cependant conseillée, de manière moins intensive que pour une suture tendineuse, afin d'éviter l'enraidissement articulaire car le doigt n'aura pas de mobilité active durant cette période. La surveillance clinique se fera à deux semaines, puis à intervalles réguliers et le deuxième temps est prévu en général après trois mois. Durant cette période intermédiaire des activités y compris professionnelles pourront être reprises, ainsi que des activités sportives ou de loisir modérées.

- Les suites opératoires après le second temps sont similaires à celles de la greffe en un temps, avec confection d'une orthèse pour six semaines et rééducation tri-hebdomadaire d'emblée. La mobilisation libre peut en général être reprise après cette période mais le greffon reste plus longtemps fragile et les activités plus longtemps différées : il faut compter 6 mois pour des activités physiques et 3 mois pour des activités de loisir simples.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- ***Des risques non spécifiques :***

- un hématome peut survenir, qui se résorbe en général tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

- L'infection profonde est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et un traitement prolongé par antibiotiques. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

- L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois une prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

- Il y a parfois une ***irritation de petits nerfs cutanés*** près de l'incision, qui disparaissent en quelques semaines.
- ***Les cicatrices*** peuvent rester longtemps inflammées et épaissies ; une désunion cicatricielle est exceptionnelle.
- ***Le lâchage secondaire de la suture:*** c'est un évènement qui se produit le plus souvent secondairement entre la 2ème et la 4ème semaine après la réparation. En effet, à ce stade, le tendon a commencé sa cicatrisation mais c'est la période pendant laquelle il est le plus fragile. Le lâchage de suture survient le plus souvent soit au cours d'un effort réflexe inopiné, soit au cours d'une manœuvre de rééducation. Cet aléa est beaucoup plus rare que pour une suture primitive car les sutures entrelacées sont résistantes, mais la zone de réinsertion osseuse pour la greffe en deux temps est parfois plus fragile. On envisagera en général une réintervention immédiate.
- ***Les adhérences résiduelles et les raideurs:*** ce ne sont pas à proprement parler des complications mais des résultats incomplets ou imparfaits. Au cours de la cicatrisation tendineuse, des adhérences vont se produire autour de la suture dans le canal digital et ce, quelles que soient les précautions que l'on prend et quelle que soit la qualité de la rééducation. La survenue de ces adhérences est variable selon les individus mais également, selon le niveau où se situe la greffe (le canal digital est le plus exposé).

Dans près de 2/3 des cas, une intervention secondaire devra être réalisée, pour libérer les adhérences et permettre à nouveau un coulisement optimal du tendon dans sa gaine (ténolyse). Cette intervention devra être proposée tardivement, une fois que l'on est sûr que les tissus ont retrouvé une structure normale et que la greffe est solide. En pratique, on proposera une ténolyse au minimum 4 à 6 mois après la réparation initiale.

- ***Les lésions associées,*** osseuses vasculo-nerveuses ou cutanées ont leurs propres conséquences mais une action péjorative sur le résultat final.

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.

EN RÉSUMÉ la greffe d'un tendon fléchisseur est une intervention exigeante avec des suites potentiellement longues, surtout en cas de greffe en deux temps. Après l'intervention un appareillage est mis en place en post-opératoire pour détendre la suture et commencer une rééducation active en milieu spécialisé. La solidité finale du tendon n'est obtenue qu'au bout de 3 à 6 mois.

Les complications principales sont : l'infection et l'algodystrophie toujours possible, le lâchage de la suture, qui se produit en général dans les premières semaines et plus tardivement, les adhérences cicatricielles gênant la fonction du doigt qui nécessitent dans certains cas une nouvelle intervention de ténolyse.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE 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 patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher