

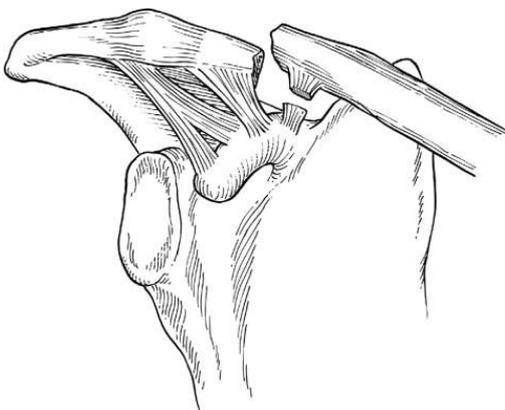
Fiche d'information

OSTEOSYNTHESE DES FRACTURES DU QUART EXTERNE DE CLAVICULE

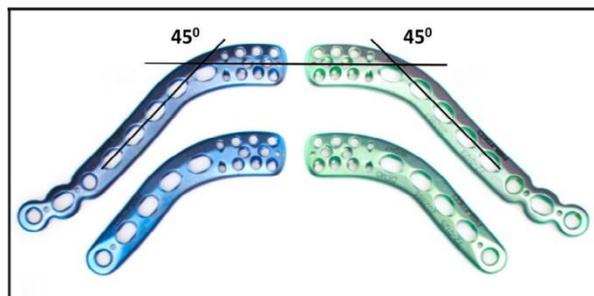
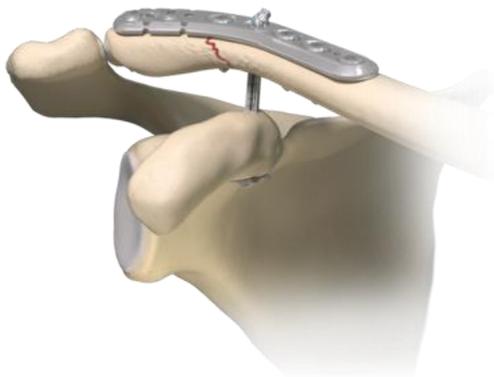
POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

La clavicule est un os reliant le thorax à l'omoplate ; elle est superficielle et se comporte comme le « pare-chocs » de l'épaule . Elle est ainsi exposée aux traumatismes et peut se fracturer lors d'un choc violent.

Certaines de ces fractures atteignent la partie la plus externe de la clavicule, là où se trouvent les ligaments qui l'amarrent à l'omoplate ; s'ils sont déchirés au niveau de la fracture, le déplacement du fragment interne est important et l'os ne pourra consolider. Il faut alors envisager une intervention :



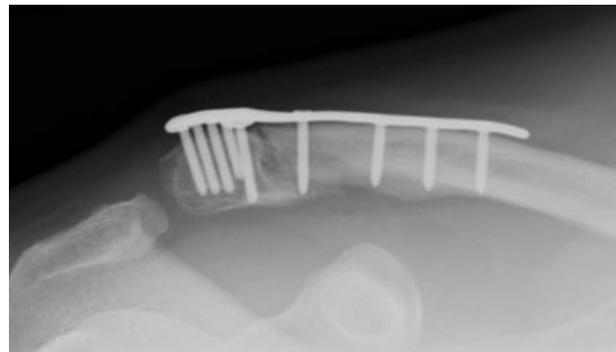
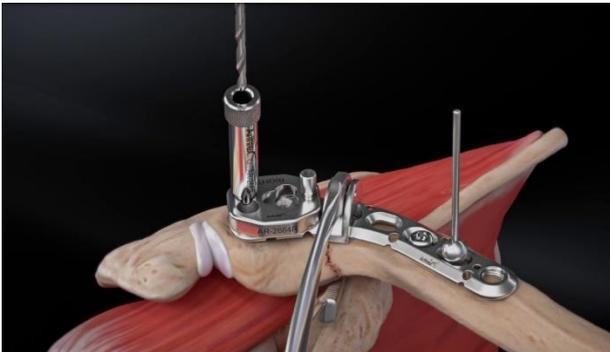
L'intervention consiste à fixer les différents fragments par une plaque vissée et en même temps à amarrer la clavicule à l'omoplate pour palier à la rupture du ligament ; on utilise pour cela une sorte de câble tendu de l'apophyse coracoïde de l'omoplate à la clavicule (comme pour les disjonctions acromio-claviculaires).



COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

L'intervention :

- **L'hospitalisation** : elle se fera la veille ou le jour même selon l'ordre du programme opératoire. Vous resterez hospitalisé la nuit qui suivra l'intervention afin de contrôler au mieux d'éventuelles douleurs post-opératoires.
- **L'anesthésie** : elle combinera une anesthésie locorégionale (bloc interscalénique) qui garantira une indolence complète de votre membre opéré dans les heures qui suivront l'intervention, et une anesthésie générale durant le geste opératoire.
- **Le geste chirurgical** : l'incision se fait le long de la clavicule, pour exposer le foyer de fracture. On va d'abord passer le câble dans de petits tunnels osseux entre la clavicule et la coracoïde (cette étape peut se faire sous contrôle arthroscopique), puis les fragments étant alignés, la plaque est vissée pour stabiliser le montage. La plaie est refermée sur un drainage et une attelle est mise en place.



- **Votre départ** se fera le lendemain de l'intervention, après avoir réalisé une radiographie de contrôle. Nous vous remettons les différents documents et ordonnances nécessaires, ainsi qu'un arrêt de travail et un rendez-vous de contrôle fixé au bout de 2 semaines.

Les suites de l'intervention :

- **votre attelle** devra être conservée durant les 4 semaines qui suivent l'intervention, ce qui correspond à la période de consolidation de l'os. Elle pourra être enlevée pour s'habiller, se laver et faire les séances de rééducation mais sera conservée la nuit.
- **la rééducation** : vous réaliserez tous les jours des exercices d'automobilisation simples (pendulaire) ; il faut en général envisager de la rééducation après un mois, si possible en balnéothérapie.
- **Reprise d'activités** : il faut attendre la 6^e semaine pour reprendre le volant. La reprise du travail survient en général entre le 2^e et le 3^e mois et cela en fonction de votre profession. La reprise d'un travail de bureau peut être envisageable rapidement après l'intervention. Il faut attendre le 4^e mois pour reprendre les sports sollicitant votre épaule. Il faut souvent attendre encore 1 à 2 mois pour retrouver tous les automatismes et renouer avec la compétition.

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 rare mais possible, souvent due à un germe habituel de l'épaule : le Propioni Bacter. 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. Plus souvent il peut survenir un défait de cicatrisation cutanée qui évolue bien avec la poursuite des pansements.

- 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 disparaît en quelques semaines, ou une diminution de la sensibilité en dessous de la cicatrice qui s'atténue plus lentement.
- Une **raideur** est fréquente au début et récupère avec de la rééducation. Plus rare, **La capsulite rétractile** est une rétraction des ligaments de l'articulation entraînant une diminution douloureuse de la mobilité passive et active de l'épaule. Elle est d'origine neurologique réflexe et s'apparente à l'algodystrophie ; elle récupère en un an environ mais peut parfois entraîner une raideur partielle séquellaire.
- **Les complications vasculo-nerveuses** : les nerfs du plexus brachial et les gros vaisseaux du bras sont très proches du foyer de fracture ; leur lésion (étirement du plexus, plaie artérielle ou veineuse) est exceptionnelle mais potentiellement grave.
- **Les complications mécaniques** :
 - La fracture peut ne pas consolider : on parle de pseudarthrose. Elle est favorisée par la tabagisme et parfois par une infection à bas bruit. Elle se manifeste par des douleurs, parfois une mobilisation du montage chirurgical et nécessitera une nouvelle intervention.
 - Sans qu'il s'agisse d'une complication, la plaque est superficielle et souvent gênante à moyen terme nécessitant son ablation après consolidation de l'os.

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 réparation de la fracture de clavicule peut se faire par plaque. Le but de cette opération est d'éviter de conserver une déformation de la clavicule ou de diminuer le risque de non consolidation. En l'absence de complication, cette opération permet au patient de retrouver une l'épaule physiologique pour son âge, mais le patient doit être conscient que cela n'accélère pas la vitesse de consolidation, et qu'on peut être amené à le réopérer pour retirer le matériel sous la peau.

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