

Fiche d'information

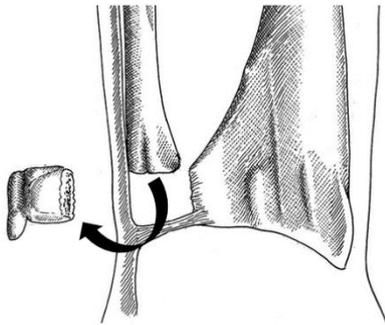
RESECTION DISTALE DE L'ULNA

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

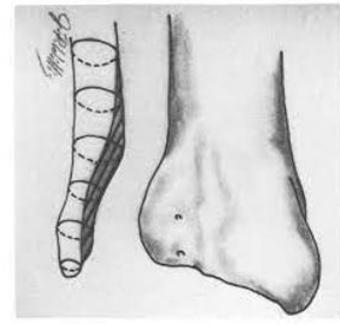
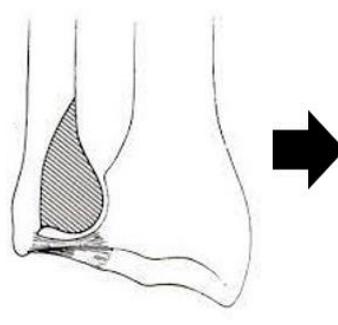
C'est une des techniques pour solutionner les problèmes au niveau de l'articulation radio-ulnaire distale (qui relie le radius et le cubitus au niveau du poignet). Il peut s'agir d'une instabilité par lésion des ligaments, d'une incongruence séquellaire d'une fracture du radius, ou d'une raideur en pronosupination (rotation du poignet) qui entraîne une douleur à la mobilisation du poignet avec souvent des craquements douloureux.

L'intervention consiste en une résection totale ou partielle de l'extrémité inférieure de l'ulna afin de récupérer la mobilité. Deux techniques sont possibles :

- L'intervention de Darrach, la plus ancienne, consiste à réséquer la totalité de la tête de l'ulna ; elle est en principe associée à une ligamentoplastie (stabilisation par un tendon de voisinage) et pratiquée pour les lésions rhumatismales ou en association avec une ostéotomie du radius.
- L'intervention de Watson, qui résèque seulement la surface articulaire de l'ulna et conserve une stabilité ligamentaire. Elle est pratiquée isolément dans les cals vicieux modérés du poignet ou les raideurs en prosupination.



Intervention de Darrach



Intervention de Watson

COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

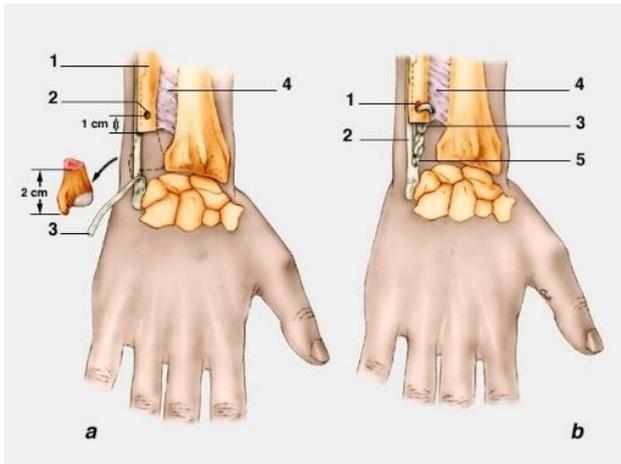
L'intervention :

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

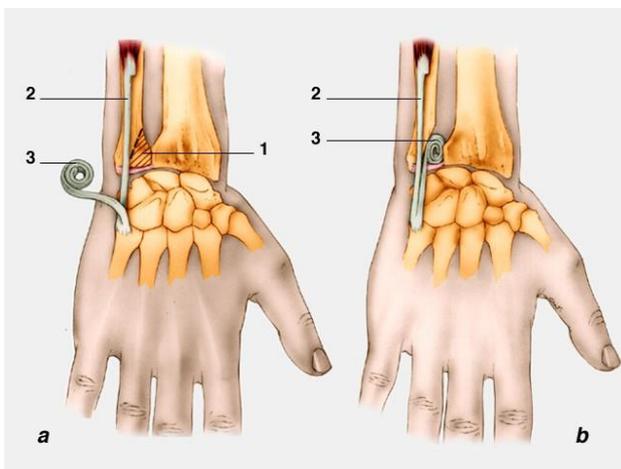
• **L'anesthésie** : elle se fait sous anesthésie locorégionale (bloc plexique) qui garantira une indolence complète de votre membre opéré dans les heures qui suivront l'intervention.

• **Le geste chirurgical** : On réalise une incision sinuose à la face dorsale du poignet, au niveau du cubitus ; l'articulation est exposée après avoir récliné les tendons de voisinage, puis la tête du cubitus réséquée selon la technique choisie :

- Sectionnée au col de l'ulna, puis la moitié du tendon cubital postérieur juste à côté va cravater la partie restante de l'os dans un tunnel osseux pour être suturée à elle-même afin de stabiliser le montage (Darrach stabilisé) :



- Sectionnée au niveau de la surface cartilagineuse en conservant sa styloïde qui est la zone d'attache du ligament reliant le radius au cubitus (le ligament « triangulaire ») ; l'ulna conserve ainsi une meilleure stabilité et l'espace de résection est simplement comblé par une languette de tendon enroulée sur elle-même (Watson) :



L'incision est refermée en reconstruisant les plans de glissement des tendons et un drainage est mis en place , puis une attelle temporaire en résine.

• **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 3 semaines.

Les suites de l'intervention :

- 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 trois semaines en permanence afin de permettre aux ligaments de cicatriser.

La visite de contrôle a lieu après la 3^{ème} semaine où une radiographie sera réalisée. On peut à ce stade enlever l'attelle rigide et la relayer par une contention plus légère qui pourra être gardée encore deux semaines. La rééducation débute à partir de ce moment. Vous serez ensuite revu 6 semaines après l'intervention.

- Reprise d'activités : il faut au moins trois semaines pour reprendre toutes les activités manuelles simples, et de deux à trois mois pour des activités nécessitant plus de force. Ainsi en cas d'activité professionnelle, la reprise sera possible au-delà d'un mois pour une activité modérée (travail de bureau) mais pourra être différée de 3 mois pour des sollicitations plus importantes. Des activités de loisir modérées (jardinage, vélo) sont envisageables au-delà de deux mois.

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. Le nerf le plus souvent impliqué est la branche sensitive du nerf ulnaire qui donne la sensibilité de la moitié dorsale de la main.
- Une ***raideur*** est fréquente au début surtout pour la prosupination (car la ligamentoplastie crée au début des tensions importantes) ; la rééducation est donc presque toujours nécessaire et peut être prolongée plusieurs mois. Une diminution séquellaire de la mobilité du poignet peut être observée, en fonction de l'état du poignet avant l'opération, de l'ancienneté de l'atteinte et d'autres facteurs imprévisibles.
- ***Les complications mécaniques*** : il peut exister un conflit résiduel entre le moignon de l'ulna (sa partie supérieure restante) et le radius, ou une instabilité de ce moignon qui vient irriter les muscles avoisinants. Cette complication concerne la technique de Darrach et est très rare si on utilise une ligamentoplastie.

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 l'intervention de Darrach ou de Watson est un geste chirurgical bien codifié. Il est efficace sur les douleurs, et permet une récupération de la mobilité en rotation du poignet. La force du poignet reste par contre souvent réduite. L'amélioration fonctionnelle est donc bonne même si une gêne modérée peut être observée en regard de l'ulna.

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