

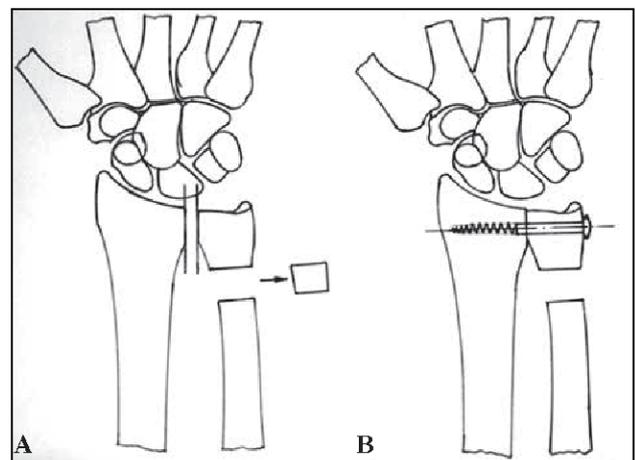
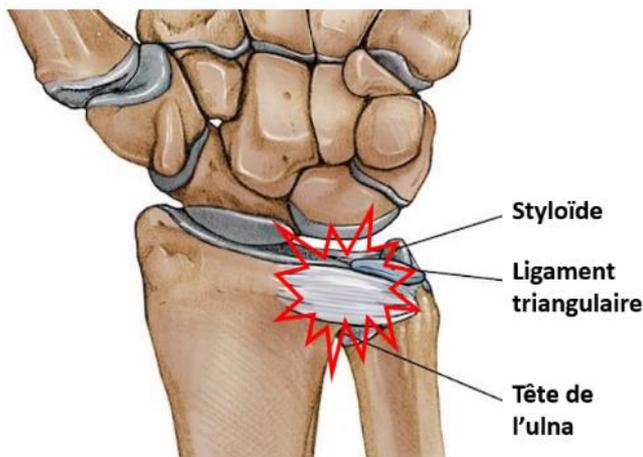
Fiche d'information

**INTERVENTION DE SAUVE-KAPANDJI**

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 à fusionner la tête de l'ulna au niveau du radius ce qui traite définitivement le dysfonctionnement articulaire ; le blocage de la prosupination qui en résulterait est résolu en réséquant un segment de l'ulna juste au-dessus de l'arthrodèse. Une stabilisation du cubitus par plastie tendineuse.



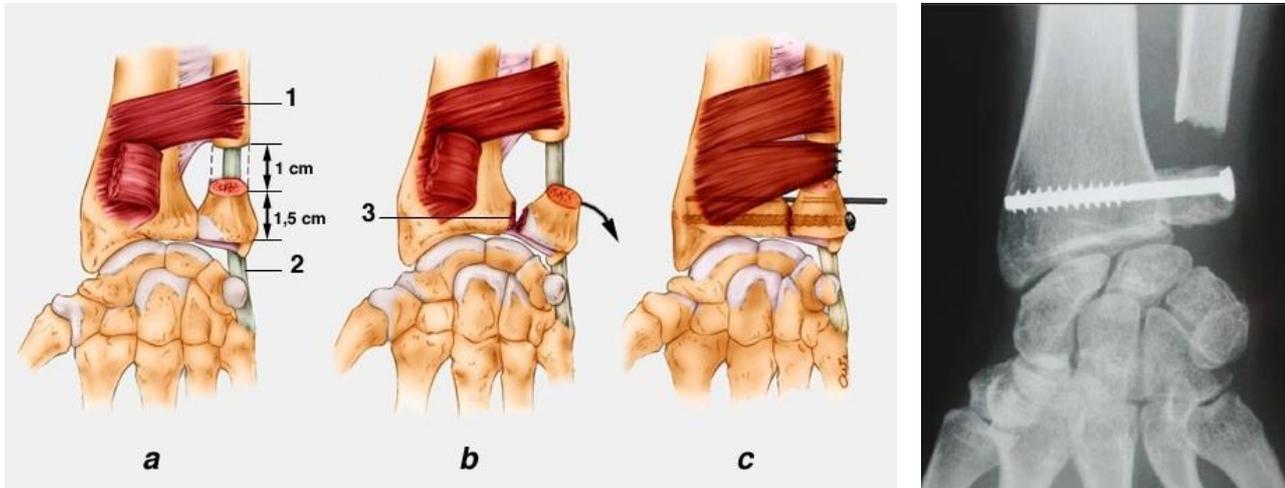
Cette intervention est une alternative aux techniques de resection de l'extrémité distale de l'ulna ; elle est volontiers proposée par exemple pour les séquelles de fracture du radius avec cal vicieux modéré.

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 une tranche osseuse d'environ 1 cm est réséquée au niveau du col du cubitus. Les surfaces articulaires sont avivées et l'arthrodèse est fixée par une ou deux vis en compression. La partie restante du cubitus est stabilisée en utilisant une plastie musculaire (avec la muscle carré pronateur) ou une partie d'un tendon de voisinage :



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<sup>ème</sup> 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 avec une nouvelle radiographie pour surveiller la consolidation.
- Reprise d'activités : il faut au moins un mois 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 (surtout en cas de ligamentoplastie qui crée au début des tensions importantes) ; la rééducation est donc presque toujours nécessaire et parfois sur 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 :**
  - la non consolidation de l'arthrodèse est exceptionnelle ; elle nécessiterait une nouvelle intervention.
  - l'ossification de la zone de resection du cubitus, qui entraîne une perte de la prosupination. Elle est très rare et nécessite aussi une reprise chirurgicale.
  - l'instabilité du moignon cubital, qui est plus fréquente et souvent conséquence d'une résection osseuse trop large ; elle se traduit par des douleurs et peut être évitée par la ligamentoplastie associée.
  - une gêne sur les vis est possible pouvant justifier leur ablation.

**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 Sauvé-Kapandji 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*