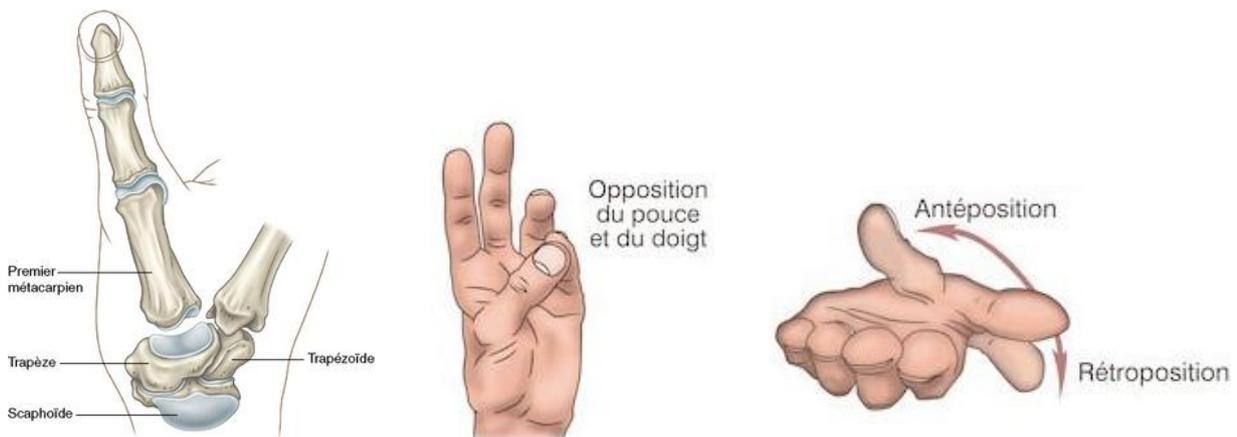


Fiche d'information

**OSTEOSYNTHESE DES FRACTURES DE LA BASE DU 1<sup>e</sup> METACARPIEN**

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Le 1<sup>e</sup> métacarpien est l'os du pouce qui s'articule avec le poignet (au niveau du trapèze) ; cette articulation est très importante car le pouce a une grande mobilité qui lui permet de s'opposer aux autres doigts permettant les prises complexes de la main. Toute fracture de la base du métacarpien retentira donc sur la mobilité de l'articulation .



Les fractures à ce niveau peuvent épargner le cartilage articulaire (fractures « extra-articulaires »), mais aussi réaliser des fractures « articulaires » qui devront être réduites anatomiquement sous peine d'entraîner une raideur du pouce et à plus ou moins long terme de l'arthrose. Elles sont de deux types :

- **La fracture de Bennett** qui sépare un petit fragment interne resté solidaire du poignet , et le reste du métacarpien qui remonte sous la traction d'un tendon
- **La fracture de Rolando**, qui réalise plusieurs fragments articulaires



*Fracture de Bennett*



*Fracture de Rolando*

Ces fractures ne pourront être stabilisées correctement par une simple immobilisation et le traitement chirurgical est systématique ; le but est de réaliser un montage stable qui permette une mobilisation relativement précoce du pouce .

### COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

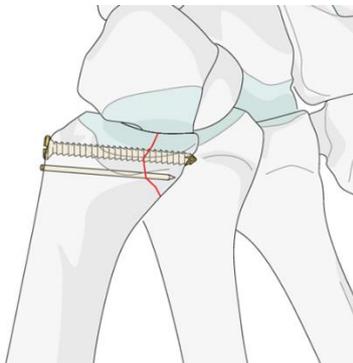
#### **L'intervention :**

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

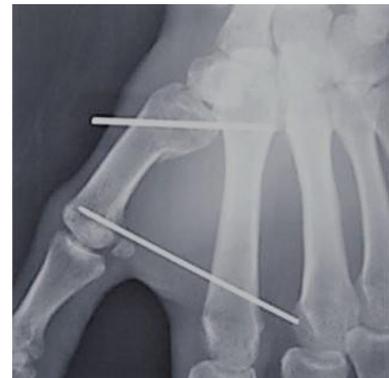
- **L'anesthésie** : elle se fait sous anesthésie locorégionale (bloc plexique) qui garantira une indolence complète de votre membre opéré dans les heures qui suivront l'intervention.

- **Le geste chirurgical :**

- La fracture de Bennett est exposée par une incision en arc de cercle en avant du pouce, qui permet d'avoir une bonne visualisation de l'articulation ; le fragment interne est fixé au reste du métacarpien par une vis canulée parfois doublée d'une broche, un contrôle radioscopique vérifie la bonne réduction. Mais dans certains cas, si le fragment interne paraît trop fragile, on réalise simplement un double brochage entre le 1<sup>e</sup> et le 2<sup>e</sup> métacarpien qui stabilise l'ensemble (c'est la technique d'Iselin, qui a pour inconvénient d'immobiliser complètement la main durant 6 semaines) :



*Vissage*



*Brochage intermétacarpien*

- La fracture de Rolando est exposée par une incision à la partie dorsale du pouce et la multiplicité des fragments nécessite d'utiliser une mini-plaque vissée pour avoir un appui solide sur le métacarpien :



Dans les deux cas l'incision est refermée sans drainage et une attelle temporaire est mise en place.

• **Votre départ** se fera une à deux heures après votre intervention. 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 :**

- 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 la consolidation osseuse.  
La visite de contrôle a lieu après la 2<sup>ème</sup> semaine où une radiographie sera réalisée. Une rééducation prudente peut débuter à partir de ce moment. Vous serez ensuite revu 6 semaines après l'intervention.
- Reprise d'activités : il faut au moins six semaines pour reprendre toutes les activités manuelles simples, et plus de trois 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.

### 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. ***La cicatrice*** peut rester gonflée quelques semaines.
- Une ***raideur*** est inévitable au début et sera progressivement corrigée par la rééducation ; il est rare de garder une raideur séquellaire.
- ***Les complications mécaniques :***
  - la plaque d'ostéosynthèse peut être gênante en cas de fracture de Rolando et contribuer à une raideur par adhérences tendineuses ; elle pourra être enlevée après quelques mois . L'ablation des broches est par contre systématique après 6 semaines dans le cas d'un brochage intermétacarpien.
  - le déplacement secondaire du montage est rare mais peut se voir sur un os fragile.
  - la non consolidation des fragments est exceptionnelle car cette zone osseuse est bien vascularisée.
  - l'arthrose secondaire reste possible malgré une ostéosynthèse adéquate car les lésions initiales du cartilage sont parfois sévères. Sans survenue d'arthrose, il est possible de garder des douleurs prolongées.

**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** les fractures de la base du 1<sup>e</sup> métacarpien sont instables et nécessitent une fixation chirurgicale pour préserver la grande mobilité du pouce. Après l'intervention, le montage étant stable, on démarre rapidement une rééducation de façon à lutter contre la raideur et la consolidation osseuse est obtenue en 6 semaines environ. Le matériel métallique utilisé pour stabiliser la fracture sera laissé en place s'il n'est pas gênant et retiré ultérieurement si nécessaire.

**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*