

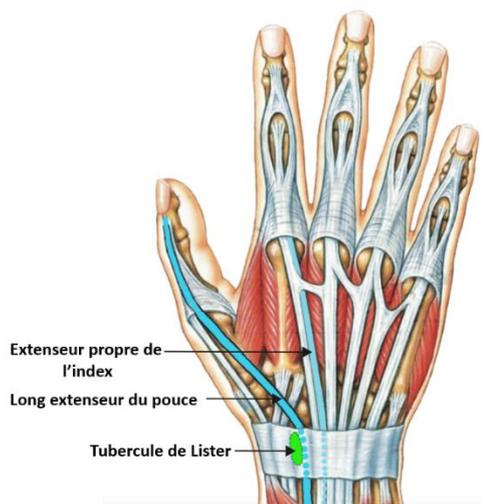
Fiche d'information

TRANFERT TENDINEUX POUR RUPTURE DU L.E.P

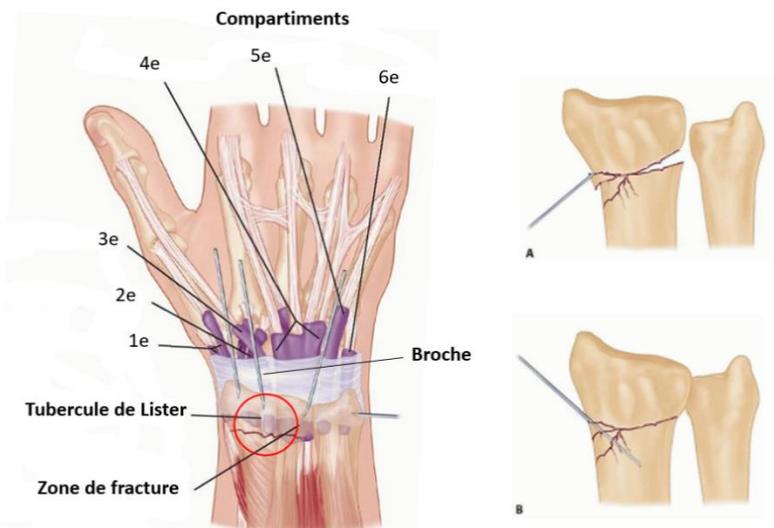
POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Le tendon long extenseur du pouce agit sur la dernière phalange du pouce, permettant de tendre le pouce complètement. Il s'agit d'un long tendon, assez fin, qui provient de la face dorsale de l'avant-bras et qui comporte un « virage » assez prononcé à la face dorsale du radius le long d'un relief osseux qui lui sert de poulie (tubercule de Lister). A ce niveau, il chemine dans une gaine synoviale propre et sa vascularisation est assez précaire. Sa rupture survient lors des fractures du radius, dans deux circonstances différentes :

- Lors d'une fracture non déplacée (voire d'une contusion par choc direct), il se produit un hématome dans la gaine synoviale du tendon, qui va compromettre sa vascularisation. Ce tendon va donc subir une ischémie progressive et peut se rompre dans les jours ou les semaines qui suivent l'accident.
- Après une fracture déplacée traitée par broches, l'une des broches peut entrer en conflit avec le 3^e compartiment et éroder progressivement le tendon entraînant sa rupture secondaire : c'est une *rupture iatrogène*.



Anatomie tendineuse



Rupture sur fracture

Le tendon n'est pas réparable directement car toujours rétracté et effiloché ; il est possible de le réparer par une greffe, mais l'option habituellement choisie est un transfert tendineux, ce qui évite de prélever un greffon et ne nécessite qu'une suture tendineuse. On utilise un autre tendon extenseur des doigts : le tendon extenseur propre de l'index. Son prélèvement n'entraîne pas de déficit au niveau de l'index et on le déroute sur la partie distale du tendon extenseur du pouce pour réanimer celui-ci. Il s'agit d'une intervention assez simple et très efficace.

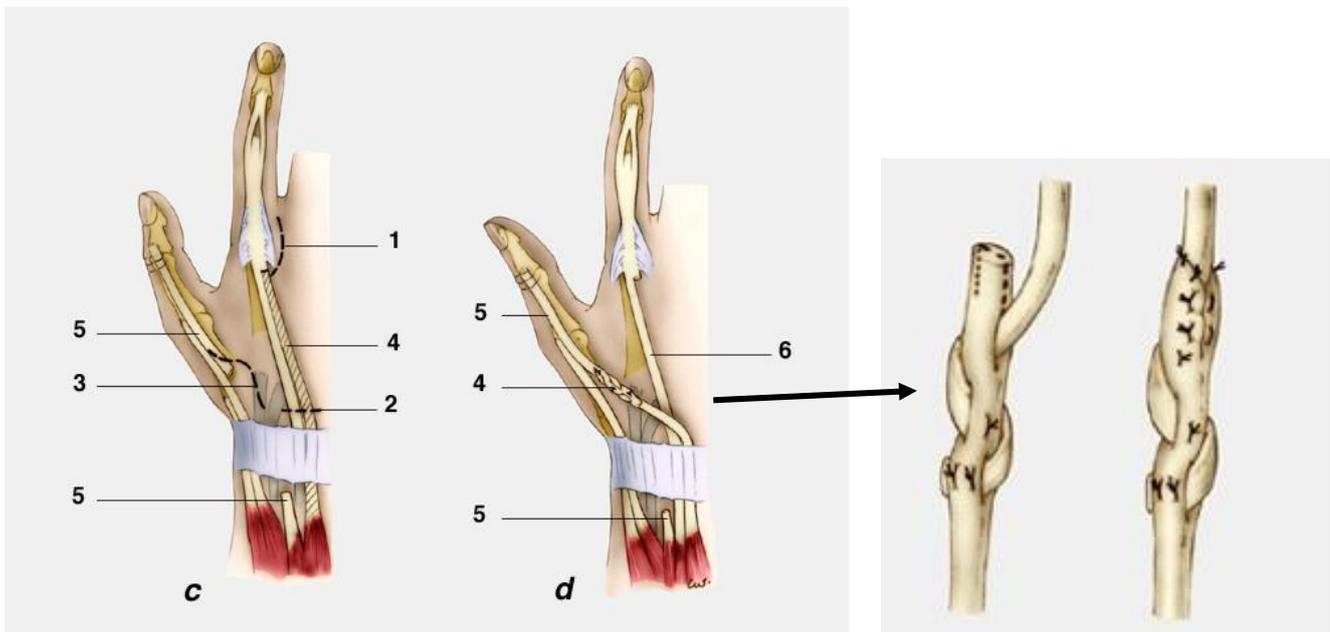
COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

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** : il se réalise au moyen de 3 petites incisions : l'une au niveau de la tête du 2^e métacarpien pour prélever l'extenseur propre (1), l'autre au niveau du poignet pour le récupérer (2) et la troisième à la base du pouce (3) pour retrouver l'extrémité distale du long extenseur (5). L'extenseur de l'index (4) est amené à ce niveau par tunnelisation sous cutanée et suturé au tendon du pouce par entrelacement (6) en réglant la tension poignet tendu. Les incisions sont refermées et une attelle temporaire 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 :

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 un mois en permanence afin de permettre au greffon de cicatriser. La visite de contrôle a lieu après la 2^{ème} semaine pour surveillance de la cicatrisation, puis après un mois où la rééducation sera débutée. Elle peut être prolongée car il faut « apprendre » à l'extenseur de l'index à étendre le pouce.

- **Reprise d'activités** : il faut au moins un mois 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 d'un mois 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.
- Une **raideur** est quasi inévitable par adhérences tendineuses : ce n'est pas à proprement parler une complication car, au cours de sa cicatrisation, le tendon va obligatoirement se coller aux tissus périphériques. Le but de la rééducation est d'étirer ces adhérences de façon à limiter le plus possible la raideur, et il est très rare après cette intervention que l'on soit obligé de proposer une ténolyse.
- **Le lâchage de la suture** : malgré les précautions d'immobilisation, le tonus musculaire n'est jamais contrôlé à 100 %. Il peut ainsi se produire une rupture secondaire qui reste très rare car le mode de suture par entrelacement est solide. Une rupture secondaire obligerait à une réintervention, par greffe tendineuse cette fois .

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 après une fracture de l'extrémité distale du radius peu déplacée le tendon du long extenseur du pouce peut se rompre par phénomène ischémique, ou par mécanisme d'attrition après un traitement par broches. Cette rupture survient sur un tendon effiloché et dystrophique et ne permet pas une réparation « directe » par suture. C'est pourquoi on utilise un autre tendon de voisinage pour réanimer l'extension du pouce, c'est un transfert tendineux utilisant le tendon extenseur propre de l'index. Ce prélèvement n'entraîne pas de déficit car l'index a un autre extenseur. Après l'intervention, une immobilisation de 4 semaines est mise en place puis une rééducation sera débutée de façon à réapprendre au pouce à fonctionner avec l'extenseur de l'index.

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