

Dernière mise à jour : septembre 2019

Cette fiche d'information a été rédigée par les chirurgiens de l'équipe Urgences Mains Paris Peupliers (UMPP).

Remise durant votre parcours de soins, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre chirurgien. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte pratiqué par votre chirurgien, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les conditions du suivi après examen ou intervention.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc d'avoir une meilleure connaissance de votre pathologie et une prise de décision partagée avec votre chirurgien.

Il vous est recommandé de le lire attentivement.

### Qu'est-ce que l'olécrane ?

Le coude est formé par la tête du radius (tête radiale) et l'extrémité de l'ulna (cubitus) appelée l'olécrane.

### Qu'est-ce qu'une fracture de l'olécrane ?

Les fractures de l'olécrane peuvent être de différents types allant de la fracture simple jusqu'aux fractures complexes et déplacées de l'articulation du coude.

L'os peut, en plus d'être cassé, être décalé. On parle alors de fracture déplacée.

Certaines fractures d'olécrane sont dites stables lorsque l'os, qu'il soit déplacé ou non, ne risque pas de bouger secondairement car la fracture est « impactée ». A contrario, il existe des fractures instables où les os cassés, qu'ils soient déplacés ou non, risquent de bouger avec le temps.

Certaines fractures sont plus graves que d'autres comme les fractures qui touchent la surface articulaire ou celles faites de plusieurs petits fragments. Une fracture est dite ouverte lorsqu'il existe une plaie en regard de la fracture. Il existe alors un risque d'infection de l'os.



Fracture de l'olécrane

#### Attention :

Fumer augmente le risque de complications quelque soit le type d'intervention chirurgicale. Arrêter de fumer 4 semaines avant l'intervention et poursuivre le sevrage au minimum 3 mois après diminue ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien ou votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

## Qui peut avoir une fracture de l'olécrane ?

La fracture d'olécrane est fréquente car il s'agit de l'os du coude le plus saillant. Elle survient suite à un traumatisme sur le coude. Quand les os sont fragiles, comme dans l'ostéoporose, ils ont tendance à se fracturer plus facilement.

## Quels sont les symptômes ?

Une douleur, un gonflement ou la déformation du coude peuvent traduire une fracture. Il peut également, mais pas systématiquement, devenir difficile de bouger le coude. Parfois, les doigts picotent ou sont engourdis à leurs extrémités.

## Comment diagnostiquer une fracture de l'olécrane ?

La radiographie réalisée met en évidence la fracture. Un scanner peut être nécessaire pour obtenir une meilleure analyse de la fracture et rechercher d'autres lésions au niveau du coude. En effet, les ligaments et d'autres os peuvent également être atteints lorsque le coude est cassé. Ces blessures peuvent nécessiter une prise en charge également, dans le même temps que le traitement de la fracture de l'os.

## Comment traiter une fracture de l'olécrane ?

Le traitement choisi dépend de plusieurs facteurs :

- le type de fracture (stabilité, degrés de déplacement des os, gravité),
- votre âge, votre profession, vos loisirs,
- votre état de santé général,
- la présence d'autres blessures associées.

Les fractures stables et non déplacées pourront être prise en charge avec une immobilisation seule par plâtre ou attelle. On parle de traitement orthopédique.

Pour les fractures instables ou déplacées, même si les os sont repositionnés et qu'un plâtre est mis en place ensuite, les fragments osseux auront tendance à re-bouger secondairement ou à adopter une mauvaise position avant de consolider. Ces fractures nécessitent donc une intervention chirurgicale afin de rétablir et maintenir l'alignement des os en les fixant avec du matériel (plaque ou broches).



*Ostéosynthèse par haubanage et plaque*

L'intervention se déroule au bloc opératoire, sous anesthésie loco-régionale (seul le bras est endormi), en ambulatoire (vous entrez et sortez de l'hôpital le même jour que votre intervention). La cicatrice réalisée sur le poignet mesurera environ 5 à 10 centimètres.

## Evolution habituelle

L'attelle posée pour immobilisation après l'intervention doit être portée en permanence jour et nuit pendant 2 semaines.

La kinésithérapie au rythme de 3 séances par semaine doit être débutée dès la 3<sup>ème</sup> semaine qui suit l'intervention.

Quel que soit le traitement, il peut persister une raideur du coude.

## Suivi post-opératoire

Vous serez revu(e) en consultation de contrôle à l'UMPP dans le mois qui suit l'intervention. Plusieurs radiographies de contrôle seront à réaliser au cours du suivi.

La reprise du travail peut être envisagée dès la 6<sup>ème</sup> semaine en fonction des activités professionnelles.

Il est souhaitable de prévoir l'ablation de la plaque ou des broches au cours d'une nouvelle intervention chirurgicale environ un an après la survenue de l'accident car, laissée trop longtemps, le matériel peut être gênant et douloureux. Cette nouvelle opération est à discuter, en fonction de votre âge et/ou de la gêne que vous pouvez éventuellement ressentir.

## Risques et complications

Les complications précoces principales liées à l'intervention sont :

- l'hématome nécessitant un glaçage et une surélévation du bras,
- une infection nécessitant une reprise chirurgicale pour lavage de l'articulation et une antibiothérapie,
- déplacement secondaire si os de mauvaise qualité (ostéoporose) nécessitant une reprise chirurgicale pour nouvelle ostéosynthèse.

Les complications tardives principales liées à l'intervention sont :

- la raideur et l'algoneurodystrophie nécessitant la réalisation de kinésithérapie,
- l'arthrose nécessitant un traitement médical et/ou chirurgical si résistante au traitement médical bien conduit.

### AU CAS OÙ UNE IMMOBILISATION VOUS A ÉTÉ PRESCRITE :

Le port d'un pansement ou d'une immobilisation (attelle, plâtre, résine) contre-indique la pratique du sport et la conduite automobile. Ils ne doivent pas être mouillés (pendant la toilette).

Une attelle doit être portée de manière stricte, en permanence, jour et nuit, y compris pendant la toilette. Elle ne peut être retirée qu'en présence de personnel soignant ou après autorisation de votre chirurgien.

Vous devez bouger précocement en post-opératoire toutes les parties de la main et du membre supérieur non-immobilisées par l'attelle, plâtre ou résine.

**Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques (liés à l'anesthésie, infectieux, hémorragiques, lésions nerveuses...) y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.**

L'UMPP se tient à votre disposition en cas de besoin  
Secrétariat (en journée, hors WE et jours fériés) :

01 44 16 56 94

Service des urgences (8-22h en semaine et 8h-22h WE et jours fériés) :

24 rue des Peupliers, 75013 Paris

01 44 16 55 92

Chirurgien d'astreinte (soir, WE et jours fériés) : 01 44 16 56 95

