

Fracture de métacarpien ou de phalange

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 qu'une fracture de métacarpien ou phalange ?

Les métacarpiens et phalanges sont les os qui constituent les doigts. Les fractures des métacarpiens ou des phalanges sont fréquentes. La plus fréquente est la fracture du 5ème métacarpien.



Comment traiter une fracture de métacarpien ou de phalange ?

La grande majorité de ces fractures est bénigne et peut être traitée de façon conservatrice soit par immobilisation, soit par traitement fonctionnel, c'est-à-dire rééducation et mobilisation précoces.

Les fractures jugées stables sont celles qui sont peu déplacées ou qui ne présentent pas de trouble de la rotation.

En revanche, lorsqu'il existe un déplacement important, un trouble de rotation ou lorsque que la fracture est multi-fragmentaire et très instable, le traitement chirurgical s'impose. Les fractures articulaires ainsi que les fractures ouvertes devront également être opérées.

L'anesthésiste vous examinera et vous posera les questions d'usage sur votre état de santé et vos traitements éventuels. Il vous proposera, le plus souvent, une anesthésie loco-régionale qui ne supprime que la sensibilité du bras. L'intervention se fera le plus souvent en chirurgie ambulatoire (vous entrez et sortez de l'hôpital le même jour que votre intervention).

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.

Qu'est-ce qu'une ostéosynthèse ?

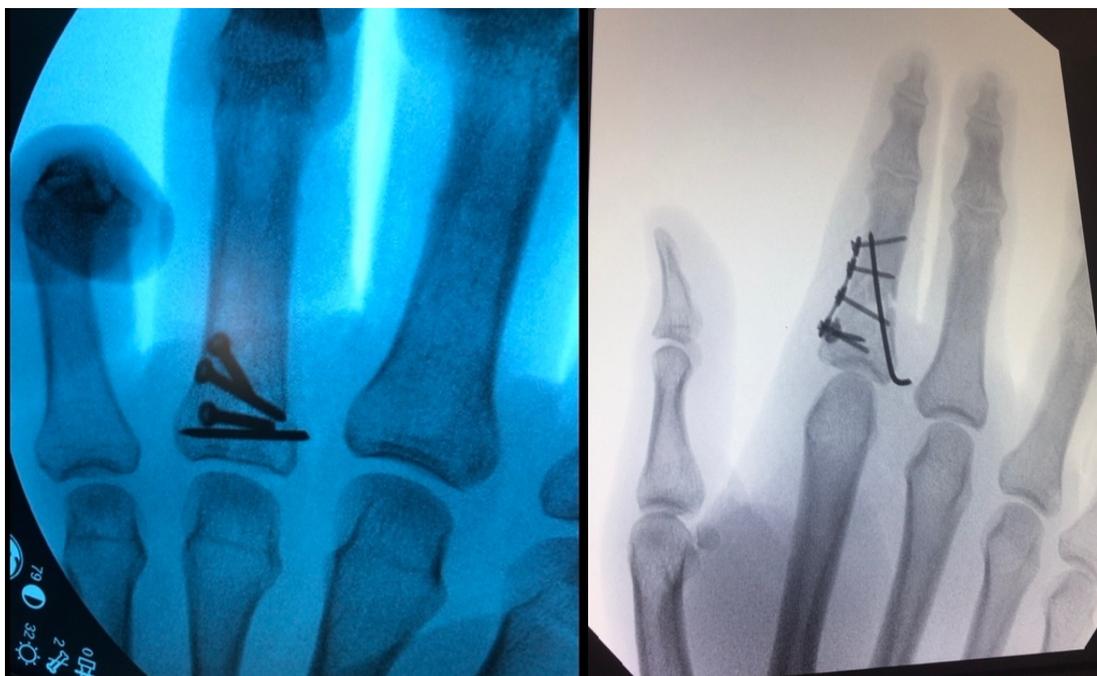
Une ostéosynthèse consiste à fixer chirurgicalement, par du matériel métallique, la fracture afin de restaurer l'anatomie et de permettre une mobilisation précoce de la main.

Plusieurs types de matériel d'ostéosynthèse peuvent être utilisés au niveau des métacarpiens ou des phalanges :

- des broches (fines tiges métalliques pointues, permettant de traverser les fragments osseux pour les assembler les uns avec les autres);
- des vis et des plaques verrouillées de petites dimensions adaptées au squelette de la main, soit en alliage de titane, soit en acier chirurgical, permettant de reconstruire et de fixer ces fractures;
- les cerclages métalliques, particulièrement adaptés aux formes de fractures obliques longues ou spiroïdes.

Dans certains cas, le chirurgien pourra être amené à modifier son attitude au cours de l'intervention et à utiliser un autre matériel que celui initialement prévu en fonction des constatations opératoires.

Le but de l'intervention est de restaurer l'anatomie du doigt mais surtout de restaurer sa fonction. Dans les fractures complexes, l'ostéosynthèse peut ne pas être strictement anatomique.



Evolution habituelle

L'attelle posée pour immobilisation après l'intervention doit être portée en permanence jour et nuit pendant 4 à 6 semaines. La kinésithérapie au rythme de plusieurs séances par semaine doit être débutée dès la levée de l'immobilisation.

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^{ème} semaine en fonction des activités professionnelles. Les broches devront être retirées secondairement, une fois la consolidation obtenue (entre 6 semaines et 3 mois) au cours d'une seconde intervention au bloc opératoire. Si une vis ou plaque a été posée, il est également souhaitable de prévoir leur ablation au cours d'une nouvelle intervention chirurgicale environ un an après l'accident. Les garder trop longtemps risque d'abîmer les tendons. Cette nouvelle opération est à discuter avec votre chirurgien 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 :

- la désunion de la cicatrice, les réactions inflammatoires sur certains types de fils,
- l'hématome nécessitant un glaçage et une surélévation du bras,
- une infection nécessitant une reprise chirurgicale pour lavage de l'articulation et une antibiothérapie,
- un déplacement secondaire si l'os est de mauvaise qualité (ostéoporose) nécessitant une reprise chirurgicale pour nouvelle ostéosynthèse.

Les complications tardives principales liées à l'intervention sont :

- la raideur nécessitant la réalisation de kinésithérapie. Dans certains cas, il sera nécessaire de pratiquer une intervention de « ténolyse », c'est-à-dire une libération de ces adhérences afin d'espérer retrouver des amplitudes satisfaisantes,
- l'algoneurodystrophie nécessitant la réalisation de kinésithérapie. L'algodystrophie est une complication imprévisible et aléatoire qui peut survenir après toute plaie ou traumatisme. Il s'agit d'une réaction de la région proche de la blessure. Elle correspond à un dérèglement du système nerveux. Elle peut évoluer sur plusieurs mois avant de rentrer dans l'ordre. La guérison n'est pas systématique,
- l'arthrose nécessitant un traitement médical et/ou chirurgical si elle 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-20h 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