

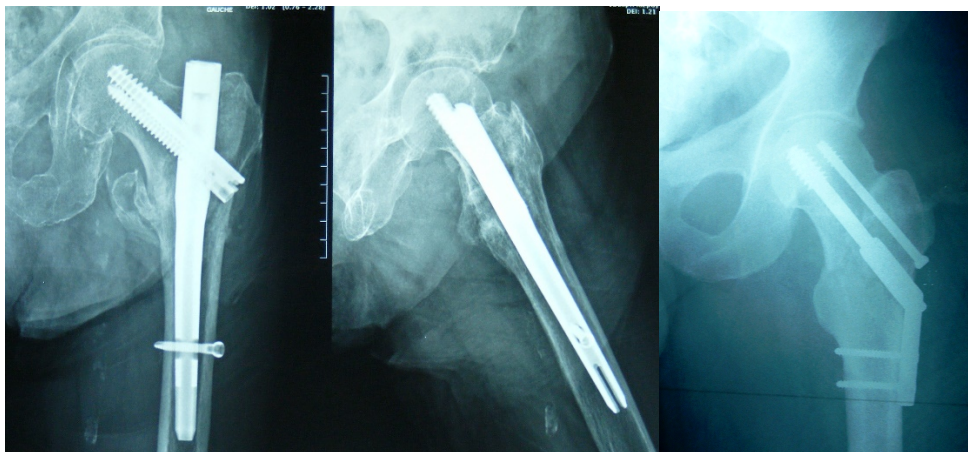


GÉRAM



FRACTURE TROCHANTERIENNE : OSTEOSYNTHESE

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE



DE QUOI S'AGIT-IL ?

La fracture du massif trochantérien est une fracture qui intéresse la hanche au niveau de l'extrémité supérieure du fémur en laissant, le plus souvent, intact le col et la tête du fémur. C'est une fracture très fréquente qui survient surtout chez les personnes âgées après une chute de leur hauteur. Si elle n'était pas opérée, cette fracture imposerait de rester au lit pendant une très longue période. Or l'alitement prolongé est source de multiples complications dont certaines mortelles. La prévention de ces complications est basée sur une fixation de la fracture (ostéosynthèse) qui permet un lever précoce. La particularité de la fracture trochantérienne est que dans l'immense majorité des cas, elle consolide et ne nécessite pas la pose d'une prothèse articulaire.

En accord avec le chirurgien et selon la balance bénéfico-risque, il vous est proposé une ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur avec un matériel variable en fonction de la complexité de la fracture (vis+/-plaque ou vis-clou court). Les alternatives à cette intervention vous ont bien été expliquées.

AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan rapide est réalisé afin de contrôler l'état général, d'équilibrer les traitements médicaux préexistants et plus particulièrement de stabiliser la coagulation sanguine en cas de prise d'anticoagulants. Ce bilan, qui sera vérifié par l'anesthésiste et le chirurgien, ne doit pas retarder de plus de 2 jours l'intervention, sauf cas exceptionnel.

QUEL TRAITEMENT ?

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale et dure environ une heure sauf dans les cas plus complexes. Une incision est réalisée à la face externe de la hanche et selon la variété du matériel utilisé pour la fixation. Après avoir repositionné les morceaux de la fracture, une ou deux vis sont placées dans le col et la tête du fémur puis sont solidarisées à un tuteur vertical intra-osseux (clou) ou sur la face externe du fémur (plaque). A la fin de l'intervention, un drain est habituellement mis en place pour 24 heures.

Les évènements qui peuvent perturber le bon déroulement de votre intervention

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles car les variations sont fonction de l'affection à traiter mais aussi susceptibles de différences individuelles selon le patient.

IL EST DONC INDISPENSABLE D'EN PRENDRE CONNAISSANCE EN CONSIDERANT QUE, MEME PEU FREQUENTES, ELLES PEUVENT VOUS CONCERNER. Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix, il est à votre disposition pour vous fournir toute l'information nécessaire avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste. Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'évènement imprévu, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention. Votre anesthésiste veillera à prendre toutes les précautions pour adapter votre anesthésie et l'encadrement médical de vos suites opératoires à votre état de santé.

ET APRÈS ?

Une radiographie de contrôle sera réalisée après l'intervention. La durée de l'hospitalisation est précisée par le chirurgien et peut varier selon la complexité de la fracture et la qualité de l'ostéosynthèse réalisée. Des soins de pansement seront à réaliser pendant toute la période de cicatrisation, les sutures cutanées (fils ou agrafes) seront enlevées dans un délai précisé par le chirurgien (en général 14 à 21 jours). Un arrêt de travail sera prescrit et dépend également du geste réalisé et de vos contraintes professionnelles. Le délai de reprise de l'appui et de toutes vos activités, y compris sportives, vous sera précisé par votre chirurgien. Celui-ci dépend de la complexité de la fracture et de la qualité de tenue du matériel dans votre os qui peut être diminuée par l'ostéoporose.

COMPLICATIONS

Des complications peuvent survenir pendant l'intervention :

Une lésion vasculaire ou surtout nerveuse peut survenir :

- L'atteinte nerveuse peut être liée à un étirement par les écarteurs lors de l'intervention ou, beaucoup plus rarement, à un traumatisme direct avec section partielle ou totale. Dans le premier cas, la récupération est de règle en quelques mois ; dans le second, une nouvelle intervention de réparation nerveuse pourra être proposée. A distance et en l'absence de récupération, le transfert de certains muscles permettra de récupérer une partie de la fonction motrice atteinte par la paralysie.
- L'atteinte vasculaire est réparée immédiatement par ligature d'un petit vaisseau ou par suture de la plaie d'un vaisseau plus important.
- Une nouvelle fracture peut survenir à distance sur la zone opératoire. Elle peut nécessiter une extension de l'ostéosynthèse avec un matériel identique ou différent. La fragilité osseuse (ostéoporose) est un facteur favorisant.

Complications pouvant survenir après l'intervention :

Complications précoces :

- Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle tout seul ; il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.
- La cicatrisation peut être perturbée sur certaines zones en particulier en cas de surpoids, de tabagisme, d'insuffisance vasculaire artérielle (artérite) ou lors de la prise de certains traitements, en particulier dans les rhumatismes inflammatoires (corticoïde). Toute anomalie dans la cicatrisation impose de revoir rapidement votre chirurgien qui jugera de l'attitude thérapeutique la plus adéquate. L'évolution est très souvent favorable avec la poursuite des pansements mais une infection peut cependant survenir.
- Des complications liées à l'alitement prolongé peuvent survenir : infection urinaire ou pulmonaire, douleurs puis irritation cutanée des talons. La remise au fauteuil sera donc effectuée le plus rapidement possible au mieux dès le lendemain de l'intervention.
- Chez les sujets les plus âgés, des troubles psychologiques souvent transitoire peuvent survenir : désorientation avec perte des repères de temps, non reconnaissance de la famille.
- L'intervention favorise pendant quelques semaines la formation de caillots sanguins au niveau des veines des membres inférieurs (thrombose veineuse ou phlébite). Les phlébites proximales (qui touchent les grosses veines au-dessus du genou) sont dangereuses parce que les caillots sont gros, peuvent migrer dans la circulation et boucher des artères essentielles (c'est l'embolie pulmonaire).
- Pour prévenir ce risque, un traitement qui rend le sang plus fluide (= anticoagulant) vous sera prescrit et peut nécessiter une surveillance biologique par des prises de sang régulières. Ce traitement est efficace mais n'élimine pas complètement le risque de phlébite.
- Une cicatrice boursouflée et gênante (chéloïde) peut se former en cas de prédisposition ou après une infection de la plaie.
- Certaines cicatrices restent sensibles et il peut arriver que certaines zones autour de celles-ci aient perdu transitoirement un peu de leur sensibilité.
- Des calcifications dans les tissus avoisinants peuvent apparaître et parfois entraîner une limitation de la mobilité, voire quelques douleurs.
- Exceptionnellement, peut survenir une compression des muscles et des vaisseaux dans les loges musculaires de la cuisse ou de la jambe par un hématome, ce qui nécessite un geste chirurgical urgent pour décompresser les muscles (aponévrotomie).

- L'infection profonde est rare (environ 2% des cas). Il faudra prendre bien soin de la cicatrice lors des pansements. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation (minimum 21 jours), le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection et le risque de phlébite des membres inférieurs.
- La persistance d'une raideur, de douleur souvent nocturne, de gonflement plusieurs semaines après l'opération peut faire craindre une complication nommée "algodystrophie" ou « syndrome régional complexe de type 2 ». Il s'agit d'une complication encore aujourd'hui mal comprise qui évolue sur plusieurs mois et qui laisse parfois une certaine raideur des articulations.

Complications tardives :

- Chez les vieillards, dans 25% des cas, une perte d'autonomie rapide peut survenir et aboutir inexorablement au décès dans l'année suivant la fracture.
- Une gêne occasionnée par le matériel d'ostéosynthèse peut s'installer et motiver l'ablation de matériel qui sera envisagé autour un an et demi à deux ans après la fracture.

SUITES HABITUELLES ET CONDITIONS DE VIE

La conduite automobile peut être reprise entre le deuxième et le troisième mois ainsi que les activités sportives après l'accord de votre chirurgien.

VOTRE INTERVENTION EN PRATIQUE

1) Préparation à l'intervention : Le médecin anesthésiste viendra vous interroger et vous examiner pour permettre de vous opérer après parfois quelques autres explorations (échographie, ECG, radiologie...). Vous aurez ensuite une toilette pré opératoire dans votre lit et vous devrez rester à jeun jusqu'à l'intervention.

2) L'hospitalisation :

Durant la durée de votre hospitalisation, vous serez pris en charge par votre chirurgien, l'anesthésiste, et le personnel médical et paramédical de l'établissement. Respectez scrupuleusement les consignes qu'ils vous donneront car elles vous protègent. Si vous ne les comprenez pas, n'hésitez pas à demander des explications.

3) Le retour à domicile ou la convalescence en centre de soins et de réadaptation :

Vous serez transféré dans un centre de rééducation pour y poursuivre votre réadaptation ou vous rentrerez directement à votre domicile. L'établissement de soins dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé. L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition, contactez-le dès votre retour au domicile. Remettez-lui les courriers de votre chirurgien et de votre anesthésiste s'il ne les a pas déjà reçus directement.

Deux points doivent être particulièrement surveillés :

❖ **Cicatrice et fils ou agrafes** : Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- **Résorbables** : ils se résorbent tout seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième jour puis la cicatrice reste le plus souvent à l'air libre.

- **Non résorbables (fils ou agrafes)** : ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les sutures cutanées (habituellement à partir du quinzième jour postopératoire).

- **Traitement médical**

Les médicaments pour lutter contre la douleur seront prescrits par le chirurgien, l'anesthésiste ou votre médecin traitant. Ils dépendent du geste réalisé et du niveau de douleur que vous ressentez. Un traitement anticoagulant pour diminuer le risque de phlébite sera le plus souvent prescrit en fonction du geste réalisé, de facteurs liés à vous-même (poids, antécédents de phlébite) et des possibilités ou non d'appuyer sur le membre inférieur. En excès, les anticoagulants peuvent occasionner des hémorragies ou des hématomes. En quantité insuffisante, ils ne protègent plus ou protègent moins bien contre le risque de phlébite. Il ne faut jamais en modifier la dose ni la fréquence de prise vous-même. Ce traitement peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières obligatoires. La surveillance de ce traitement est confiée à votre médecin traitant.

4) La rééducation :

Les habitudes varient selon les chirurgiens et les techniques utilisées. Elle est adaptée à vos progrès lors de votre hospitalisation puis de votre séjour en centre de réadaptation ou dès votre retour à domicile. Suivez les consignes de votre chirurgien.

5) Questions souvent posées par les patients :

- **« Combien dure l'opération ? »**

La durée d'intervention est très variable et dépend de la complexité de la fracture. Elle peut être rapide (trente minutes) mais aussi très longue (plusieurs heures).

- **"Quand pourrai-je reprendre mon travail ?"**

La reprise est fonction de la complexité de la fracture et dépend du travail que vous effectuez. En général, six à douze semaines d'arrêt seront nécessaires.

- **« Devant quels signes dois-je m'inquiéter ? »**

- L'apparition d'une douleur ou d'un gonflement du genou ou du mollet,
- Une oppression respiratoire,
- Une température élevée,
- Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice. Une zone noirâtre sur la cicatrice (nécrose) doit vous refaire prendre contact avec votre chirurgien.

- Et, d'une façon générale, tout symptôme nouveau. Sans attendre, appelez un médecin (de préférence, votre médecin traitant). Si vous ne parvenez pas à le joindre, contactez l'établissement où vous avez été opéré.

LES RESULTATS ATTENDUS

La consolidation osseuse est obtenue à partir du troisième mois mais la récupération fonctionnelle est souvent plus longue et peut prendre 6 mois. Cette récupération est très liée à l'état général du patient au moment de la fracture. Pour les patients très âgés ou très fragiles, il est à craindre un niveau de d'autonomie diminué, malgré la consolidation de la fracture.



EN RESUME

L'ostéosynthèse des fractures de la région trochantérienne est un geste chirurgical très fréquent en orthopédie. Il est destiné à permettre un lever précoce afin d'éviter toutes les complications sévères qui menacent les patients alités longtemps. La fixation par clou ou plaque peut être à l'origine de complications mais celles-ci sont de très loin moins fréquentes et moins graves que celles qui menacent les

patients non opérés.

[Les coordonnées utiles :](#)

[Votre chirurgien : ...](#)

[Numéro d'appel d'urgence : ...](#)

[Consultation : ...](#)

[Secrétariat : ...](#)

Prenez le temps de lire ces informations et n'hésitez pas à demander des explications à votre chirurgien si elles ne vous semblent pas assez claires.

Conservez ce document, il vous a été remis pour vous aider à prendre votre décision et vous guidera par la suite.

Ce document réalisé en collaboration entre :

- Orthorisq, organisme agréé par la Haute Autorité de Santé pour l'accréditation des praticiens et la gestion du risque en chirurgie orthopédique
- La Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
- Le GETRAUM : Groupe d'Etudes en traumatologie ostéoarticulaire
- L'association de patients « Le Lien »

Il est disponible gratuitement sur les sites www.orthorisq.fr et lelien-association.fr

Toute utilisation partielle ou totale de ce document doit en citer la source et les sites où il est disponible dans sa version d'origine.