

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

ABLATION DE MATÉRIEL DU MEMBRE INFÉRIEUR

→ PATIENT

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

QU'EST CE QUE C'EST ?

Vous avez été opéré au niveau du membre inférieur, et vous êtes porteur de matériel chirurgical. La consolidation ou la cicatrisation est désormais acquise (en général après plusieurs mois ou une année).

Ce matériel représente un corps étranger pouvant provoquer une gêne ou des douleurs. L'évolution spontanée dans ce cas est la persistance de ces symptômes. Il est alors possible de réaliser une chirurgie pour l'enlever. C'est l'ablation de matériel.

En accord avec votre chirurgien, et selon la balance bénéfico-risque, il vous a été proposé une ablation de matériel. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. En fonction des découvertes per opératoires ou d'une difficulté rencontrée, votre chirurgien peut être amené à procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

AVANT LE TRAITEMENT

Une radiographie est souvent réalisée confirmant la bonne cicatrisation ou consolidation. Elle confirme également quel matériel est bien en place et peut être enlevé.

QUEL TRAITEMENT ?

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale (rachianesthésie ou bloc plexique). Un garrot peut être mis en place afin de faciliter le geste. La chirurgie est réalisée après asepsie stricte du membre opéré.

La cicatrice existante est reprise partiellement ou en totalité selon le type de matériel dont vous êtes porteur. Il peut être parfois nécessaire de l'agrandir. Le matériel est abordé chirurgicalement, puis retiré en totalité. Il est toutefois possible qu'une partie du matériel ne soit pas retirable pour diverses raisons (matériel cassé, bloqué ou recouvert par des tissus ou de l'os...). Il est alors laissé en place car le risque de l'enlever en totalité devient supérieur au bénéfice attendu.

La coagulation est réalisée, la plaie est ensuite lavée puis suturée. Un drainage par drain de Redon peut être mis en place en cas de saignement ou de risque d'hématome mais n'est pas systématique. La peau est ensuite refermée avec du fil ou des agrafes.

APRÈS L'INTERVENTION

Une radiographie de contrôle peut être réalisée après l'intervention. La durée de l'hospitalisation est précisée par le chirurgien et peut varier selon le matériel à enlever (très fréquemment en ambulatoire).

Des soins de pansement seront à réaliser à domicile pendant toute la période de cicatrisation, les fils ou agrafes seront enlevés dans un délai précisé par le chirurgien (en général 10 à 15 jours).

Un arrêt de travail de quelques jours sera prescrit et dépend également du geste réalisé. La reprise des activités vous sera précisée par votre chirurgien.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

La cicatrisation cutanée est obtenue après 15 jours et la cicatrisation profonde après plusieurs semaines. La douleur, ou la gêne causée par le matériel, disparaît en générale après 45 jours.

La reprise des activités ou du sport est autorisée après ce délai. La reprise du travail est autorisée par votre chirurgien après un délai de quelques semaines en fonction du travail réalisé et du matériel enlevé.

Malgré l'ablation du matériel, il peut néanmoins persister des douleurs liées à la cicatrice ou à la fibrose des tissus qui s'améliorent avec le temps.

COMPLICATIONS

Les plus fréquentes

Hématome :

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.

Trouble de cicatrisation cutanée :

L'évolution est très souvent favorable avec la poursuite des pansements. Une phlébite peut survenir même en dépit d'un éventuel traitement anticoagulant. Il s'agit d'un caillot qui se forme dans les veines des jambes, celui-ci peut migrer et entraîner une embolie pulmonaire.

Plus rarement

Infection profonde :

Elle est rare au décours d'une chirurgie d'ablation de matériel. Il faudra prendre bien soin de la cicatrice lors des pansements. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Algodystrophie :

C'est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles. Enfin, l'os ou les tissus restant fragile pendant plusieurs semaines après l'ablation de matériel, il faudra être prudent et attendre l'accord de votre chirurgien pour la reprise des activités sportives. Une fracture itérative sur les trous de vis peut exceptionnellement se produire, ce qui justifie la prudence durant quelques semaines.

Lésion vasculaire ou surtout nerveuse :

En effet, il existe souvent un tissu fibreux important, lié à la première intervention, qui rend très difficile le repérage des éléments nobles avoisinants. Cette atteinte nerveuse peut être liée à une manipulation lors de l'intervention ou plus rarement à une section partielle ou totale. Dans le premier cas, la récupération est de règle en quelques mois, dans le second une nouvelle intervention de chirurgie nerveuse ou de transferts palliatifs pourra être proposée.

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

L'ablation de matériel au niveau du membre inférieur est un geste chirurgical fréquent en traumatologie-orthopédie. C'est un geste le plus souvent simple et rapide. La récupération après chirurgie est également souvent plus rapide que lors de la chirurgie première. L'amélioration est significative après un délai de quelques semaines. Dans certains cas, le geste peut être plus lourd (matériel cassé ou ablation de matériel sur plusieurs sites) ou porteur de complications. Il ne s'agit donc pas d'un geste anodin et la balance bénéfique risque doit être tout particulièrement discutée avec votre chirurgien.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER

- 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 ?