www.sos-mains-trappes.com

Fiche Info-Patient

sos-mains-trappes.com

PSEUDARTHROSE DU SCAPHOÏDE CARPIEN

Dernière mise à jour : janvier 2019

Cette fiche d'information a été rédigée par les chirurgiens de l'équipe du SOS Main de Trappes.

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.

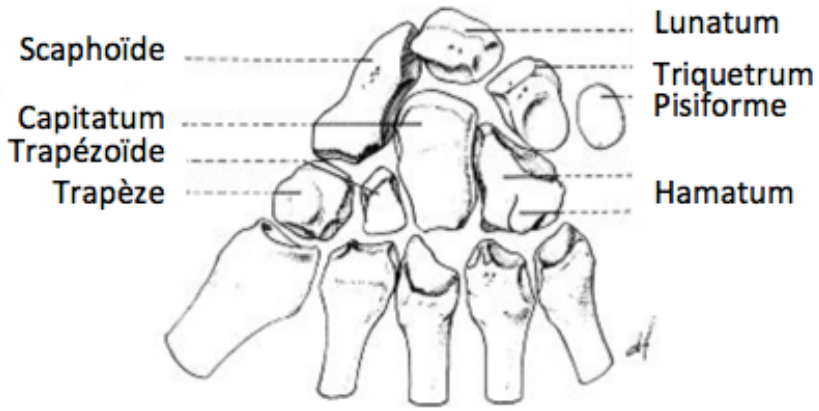
Vous sont exposées ici les raisons de l'acte pratiqué par votre chirurgien, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les conditions du suivi après examen ou intervention.

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 pseudarthrose du scaphoïde carpien ?

Le scaphoïde fait partie des os du carpe. Les os du carpe sont au nombre de 8 et se divisent en 2 rangées distinctes. Le scaphoïde appartient à la première rangée (il se situe à la partie la plus externe) qui est articulée avec le radius.



En raison d'une situation et d'une vascularisation particulière, il a tendance à consolider difficilement après un traumatisme. On parle de pseudarthrose lorsqu'une fracture n'a pas consolidé passé un délai de 6 mois. La pseudarthrose du scaphoïde est l'absence de consolidation de celui-ci.

Qui est atteint par la pseudarthrose du scaphoïde ?

Les fractures du scaphoïde carpien évoluent souvent vers la pseudarthrose, et ce quel que soit le traitement utilisé pour les traiter. Ces pseudarthroses, si elles ne sont pas traitées, évoluent inévitablement vers l'arthrose du poignet qui marque le terme de l'évolution de cette pathologie.
Ces lésions peuvent passer inaperçues pendant plusieurs mois ou années et sont fréquemment prises à tort pour des entorses chroniques ou des douleurs persistantes après une fracture du scaphoïde.
Il est donc essentiel de prendre en charge ces lésions.

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.

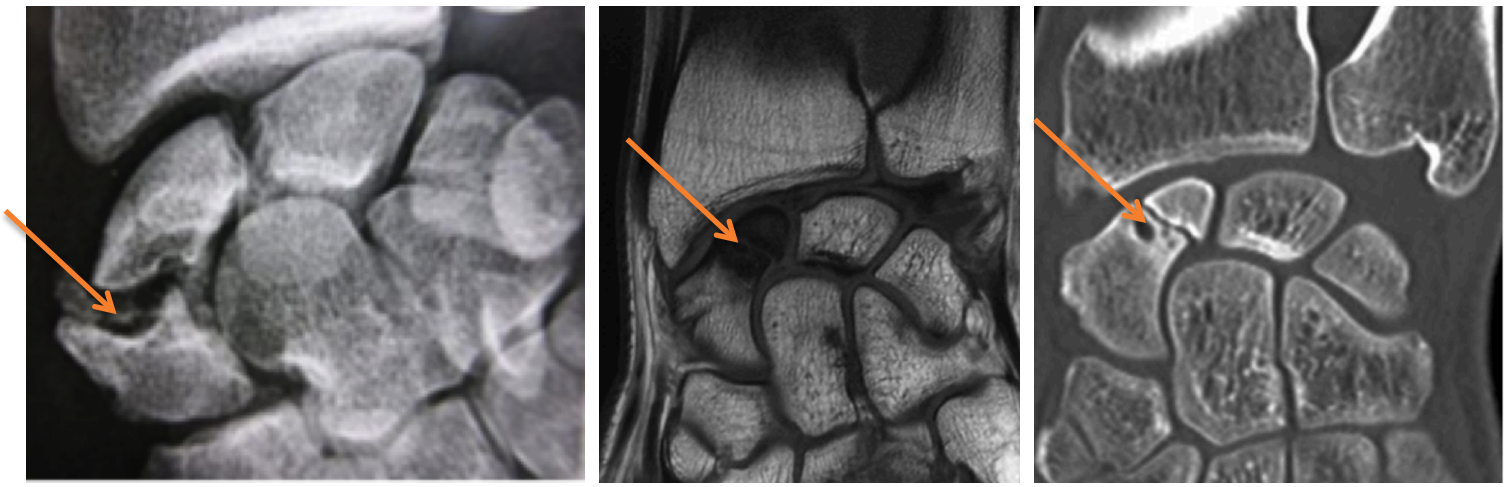
Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien ou votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Quels sont les symptômes ?

Les douleurs prédominent sur le versant externe du poignet, à la base du pouce. Le poignet va perdre progressivement en amplitude de mouvement et en force. Les douleurs sont initialement épisodiques puis deviennent permanentes et handicapantes.
Le diagnostic de pseudarthrose peut être posé de manière fortuite sur une radiographie demandée à l'occasion d'un autre traumatisme, survenant longtemps après celui qui a été responsable de la fracture du scaphoïde, l'accident initial ayant été oublié.

Comment diagnostiquer une pseudarthrose du scaphoïde ?

Le bilan comprend :
- des radiographies du poignet,
- un scanner permettant de mieux caractériser la déformation,
- une IRM permet d'étudier la vascularisation du scaphoïde,
- un arthro-scanner.

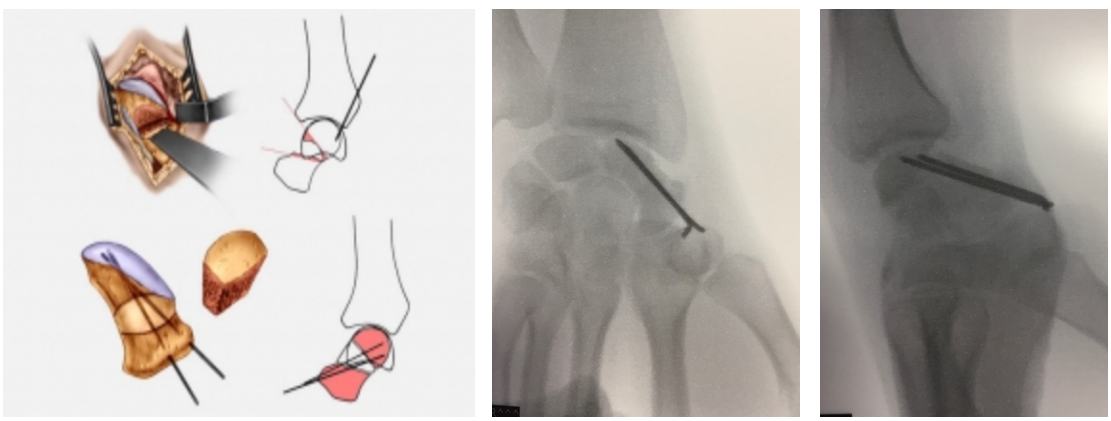


Radio, IRM et scanner d'une pseudarthrose du scaphoïde.

Comment traiter une fracture du scaphoïde ?

1) Pseudarthrose du scaphoïde sans arthrose.

Le traitement conservateur, c'est-à-dire la reconstruction et la conservation du scaphoïde, est possible. Il consiste à reconstruire le scaphoïde en retirant la zone de fibrose et en apportant de l'os de bonne qualité c'est-à-dire un greffon osseux. Ce traitement nécessite également une synthèse par broches ou vis. Le greffon peut être prélevé au niveau du radius (greffe vascularisée) ou au niveau de la crête iliaque (greffe non vascularisée).



2) Pseudarthrose du scaphoïde avec arthrose.

S'il existe une arthrose associée, on ne pourra pas réaliser le traitement conservateur. Le traitement dépend du stade d'arthrose. Le but est de limiter les douleurs et d'arrêter le processus arthrosique.
Le chirurgien choisira la meilleure option en fonction de votre âge, de votre activité professionnelle et de vos loisirs.

Au stade initial, une résection simple de la pointe du radius (styloïdectomie) peut être réalisée. En cas d'arthrose avancée, il faudra faire appel à des techniques palliatives plus lourdes : résection de la première rangée des os du carpe, fixation des 4 os internes, fixation complète du poignet.

Evolution habituelle

Après traitement conservateur, une immobilisation du matériel est préconisée. Lorsque la greffe est prélevée au niveau de la hanche, la douleur est parfois plus importante à ce niveau qu'au niveau du poignet.
Le matériel sera retiré à 3 mois après une imagerie de contrôle. Une rééducation doit être débutée ensuite.

Quel que soit le traitement, il faut que vous preniez conscience que votre poignet ne retrouvera pas une fonction normale. Il peut persister des douleurs, une perte de force et une raideur du poignet.

Suivi post-opératoire

Vous serez revu(e) en consultation de contrôle au SOS Main de Trappes dans le mois qui suit l'intervention. Plusieurs radiographies de contrôle seront à réaliser au cours du suivi.
La durée d'arrêt de travail dépendra de votre profession.

Risques et complications

Les complications précoces principales liées à l'intervention sont :
- l'hématome nécessitant un glaçage et une surélévation du bras,
- une infection du site opératoire ou du site de prélèvement en cas de greffe osseuse nécessitant une reprise chirurgicale pour lavage et une antibiothérapie,
- le 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 :
- un échec de la greffe osseuse nécessitant une nouvelle greffe osseuse ou un traitement palliatif,
- 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 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'équipe du SOS Main de Trappes se tient à votre disposition en cas de besoin