

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

# SYNDROME DE LA TRAVERSEE CERVICO-THORACO-BRACHIALE

### → PATIENT(E)

Nom

Prénom

### → NATURE DE L'INTERVENTION

Des examens spécialisés ont mis en évidence un syndrome de la traversée thoraco-brachiale pour lequel, suite à une rééducation spécifique qui n'a pas amené les résultats escomptés, il a été retenu, après discussion médico-chirurgicale, l'indication d'une ABLATION de CÔTE CERVICALE (côte surnuméraire) et/ou de la PREMIERE CÔTE afin d'élargir le défilé dans lequel passent artères, veines et nerfs, destinés aux membres supérieurs.

Les schémas explicatifs vous ont montré les grandes lignes de cette région anatomique très spécifique permettant d'expliquer les contraintes subies par ces éléments nobles que sont les vaisseaux et les nerfs, par les structures musculo-ligamentaires et osseuses lors de certains mouvements du membre supérieur. Ceci explique les douleurs que vous présentez, mais également d'autres troubles possibles tels : perte de la force musculaire par diminution du flux artériel, œdème de la main et des doigts par compression veineuse, troubles neurologiques variés qui ont pu être authentifiés par une électro-myographie. Les investigations écho-doppler et angiographique (ou angio-scanner) ont mis en évidence l'obstacle responsable qui peut être bilatéral mais qui peut n'intéresser que le membre dominant.

### EXISTE-T'IL UNE ALTERNATIVE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

Lorsque le syndrome de la traversée thoraco-brachiale n'est lié qu'à un problème d'hypertrophie musculaire et à une chute physiologique du moignon de l'épaule, une rééducation spécifique amène très souvent une amélioration significative, raison pour laquelle elle est toujours entreprise en première intention. Les résultats sont beaucoup plus aléatoires lorsque il existe un obstacle osseux tel une côte surnuméraire, un tissu fibro-ligamentaire qui unit anormalement l'apophyse transverse de la 7ème vertèbre cervicale à la première côte ou tout autre type d'obstacle organique, réduisant ainsi le défilé thoraco-brachial. D'autres éléments peuvent intervenir dans la décision thérapeutique et notamment lorsqu'il y a des antécédents de fracture de la première côte, de traumatisme du rachis cervical ...

### QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

L'incision habituellement utilisée se situe soit au niveau de l'aisselle soit au-dessus de la clavicule. La côte cervicale (et/ou la première côte) est enlevée en même temps que sont sectionnés des muscles venant du cou (muscles scalènes) qui s'insèrent sur la première côte afin de supprimer toute compression des vaisseaux ou des nerfs, quelle que soit la position du bras (en particulier coude surélevé). L'intervention dure environ 60 minutes et elle se termine généralement par la mise en place d'un drain qui sera enlevé après 48 heures.

La durée d'hospitalisation est habituellement de cinq à sept jours et l'arrêt de travail est de l'ordre de trois à quatre semaines.

Aucune rééducation spécifique n'est habituellement impérative dans les suites.

## QUELS SONT LES RÉSULTATS ?

L'amélioration de la symptomatologie (douleur, diminution de la force musculaire, fonte musculaire) est obtenue dans 80 % des cas et ne survient généralement pas d'emblée si les troubles sont anciens.

## QUELS SONT LES ACCIDENTS ET INCIDENTS POSSIBLES AU COURS DE L'INTERVENTION ?

Ne sont détaillées ici que les complications liées à l'intervention chirurgicale proprement dite. Vous serez informé des accidents directement en rapport avec l'anesthésie générale lors de la consultation pré-anesthésique.

En dépit de tous les soins apportés, il peut se produire au cours de l'intervention dans un nombre de cas variables, en fonction du type de complication, les événements indésirables suivants :

→ Lésions neurologiques :

1 – Un traumatisme, un étirement ou une dévascularisation du nerf du muscle grand dentelé destiné à appliquer l'omoplate sur la cage thoracique sera responsable d'un décollement de l'omoplate (scapula-alata). Cette complication disgracieuse peut être définitive.

2 – Un traumatisme du nerf phrénique qui assure l'innervation de la coupole diaphragmatique correspondante peut survenir, parfois responsable d'une gêne respiratoire lorsque la paralysie de la coupole diaphragmatique ne régresse pas.

3 – Plus exceptionnellement, une paralysie par élongation d'une partie ou de la totalité des nerfs du membre supérieur (plexus brachial et ses branches, nerf spinal), peut être constatée dès le réveil, responsable de douleurs, d'une anesthésie voire de troubles moteurs parfois graves qui régressent habituellement en quelques semaines lorsque l'élongation est mineure mais qui peuvent laisser des séquelles définitives qui pourraient être facilitées par la chronicité des troubles neurologiques présentés avant l'intervention et déjà authentifiés par une électro-myographie.

4 – Un syndrome de Claude Bernard Horner qui associe une chute de la paupière supérieure ou une contraction de la pupille (myosis) peut survenir lorsqu'est associée une sympathectomie thoracique lors de la résection étendue du ganglion correspondant.

5 – Une anesthésie de la face interne du bras par traumatisme du nerf accessoire du brachial cutané interne est parfois observée sans conséquence pour l'utilisation motrice du membre supérieur mais pouvant laisser des séquelles douloureuses pénibles lorsque cette complication persiste.

→ Un épanchement au niveau de la plèvre, soit sanguin (hémothorax) soit plus fréquemment aérien (pneumothorax) au sommet du poumon qui régresse habituellement sans séquelle sous couvert de la mise en place d'un drainage qui peut être laissé quelques jours.

→ Une plaie ou un traumatisme vasculaire intéressant l'artère et/ou la veine sous-clavière peut survenir, responsable d'une complication sévère dont les conséquences fonctionnelles sont toujours graves et nécessitent habituellement un geste chirurgical réparateur, souvent réalisé lors de l'intervention lorsqu'il s'agit d'une plaie artérielle qui relève d'examens complémentaires et d'un traitement bien spécifiques.

→ Un hématome. Vous devez signaler au chirurgien et à l'anesthésiste les médicaments que vous prenez et notamment les traitements anticoagulants et/ou antiagrégant plaquettaire qui favoriseraient cette complication

→ Une infection du site opératoire : comme pour tout acte chirurgical comportant un abord cutané, une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique sont impératives, la majorité des infections post opératoires étant due à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire, etc..

→ La survenue d'un traumatisme des vaisseaux lymphatiques ou du canal thoracique, responsable d'un épanchement guérit habituellement en quelques jours, sans séquelle, avec un simple drainage.

## QUELS SONT LES RÉSULTATS À DISTANCE ?

Le risque de récurrence du syndrome du défilé thoraco-brachial après quelques années d'évolution favorable est de l'ordre de 20 %, sans qu'il soit possible d'en déterminer toujours précisément les facteurs favorisants.

Exceptionnellement, peut survenir une complication rhumatologique qui est sans rapport direct avec l'intervention mais qui est liée à l'anatomie chirurgicale de l'épaule. Il s'agit d'un syndrome algo-dystrophique voire d'une péri-arthrite scapulo-humérale associant décalcification, douleurs, fonte musculaire, impotence fonctionnelle, dont la prise en charge est bien spécifique et particulièrement longue.

## CONCLUSION

Ces explications et information non exhaustives ont pour simple but de vous renseigner afin de solliciter de votre part toute question supplémentaire ou précision auprès du chirurgien avant votre intervention et sont destinées à vous éclairer sur les bénéfices-risques de l'acte proposé.

NB : TOUT ACTE CHIRURGICAL comportant un abord cutané, une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique sont impératives, la majorité des infections post-opératoires étant dues à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire, ...), c'est la raison pour laquelle cette préparation est impérative.

D'autre part, vous devez signaler au chirurgien et à l'anesthésiste les médicaments que vous prenez et notamment les traitements anticoagulants et/ou antiagrégants plaquettaires.

---

## QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION :

- Pourquoi me recommandez-vous particulièrement cette chirurgie?
- 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 ?

### Si vous utilisez la version numérique :

Date de remise du document au patient (e) :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

### Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

*Pages précédentes à parapher*