



FICHE D'INFORMATION PATIENT **N°10** :

LA BUNIONETTE – QUINTUS VARUS

Madame, monsieur, votre chirurgien vient de vous proposer une prise en charge chirurgicale pour votre pathologie du pied.

Il vous a expliqué les modalités de cette prise en charge (alternatives thérapeutiques, déroulement de l'opération, suites opératoires, résultats prévisibles, mais aussi les principales complications possibles...). Ce formulaire est un outil supplémentaire que votre chirurgien met à votre disposition pour vous rappeler les points clés de cette pathologie et vous permettre de revenir sur les points importants de l'opération à venir.

Celui-ci se tient également à votre disposition avant l'intervention pour répondre à nouveau à vos questions.

Fiche réalisée par la commission médico-juridique de l'Association Française de Chirurgie du Pied et de la Cheville (AFCP)

Fiche consultable en ligne sur les sites

AFCP (<https://www.afcp.com.fr/infos-publiques/infos-patients/>)

SOFCOT (<http://www.sofcot.fr/Infos-public-Patients>)

ORTHORISQ (<http://www.orthorisq.fr>)

*Scannez ou cliquez sur
le QR CODE*



La Bunionette (ou quintus varus) est une déformation du cinquième rayon du pied (le plus externe) dans le plan horizontal. Cette déformation angulaire est à l'origine d'un conflit anormal avec la chaussure créant une zone d'hyper appui douloureux. Le quintus varus est la saillie sous la peau de la tête du cinquième métatarsien.

L'ANATOMIE

Le squelette de l'avant-pied est constitué de 5 os métatarsiens se prolongeant pour chacun par plusieurs phalanges (le squelette osseux des orteils). Le bord externe du pied est donc constitué du cinquième métatarsien prolongé par le cinquième orteil. Cet orteil s'articule avec le métatarsien correspondant. Cette articulation métatarso-phalangienne est normalement rectiligne ou peu inclinée. Lors de la marche, ce cinquième orteil peut ainsi se bouger facilement sans douleur pour s'adapter au terrain et à la chaussure.

Cette articulation « métatarso-phalangienne » est essentielle pour la marche :

- Son glissement est facile et indolore grâce au cartilage qui recouvre les extrémités osseuses.
- Sa stabilité est assurée par un manchon fibreux, « la capsule » renforcée par des « ligaments ».
- Sa mobilité est commandée par des tendons, prolongement des muscles de la jambe et s'attachant sur les différents segments osseux.
- La sensibilité est sous la dépendance des nerfs sensitifs, terminaison des gros troncs nerveux de la jambe.

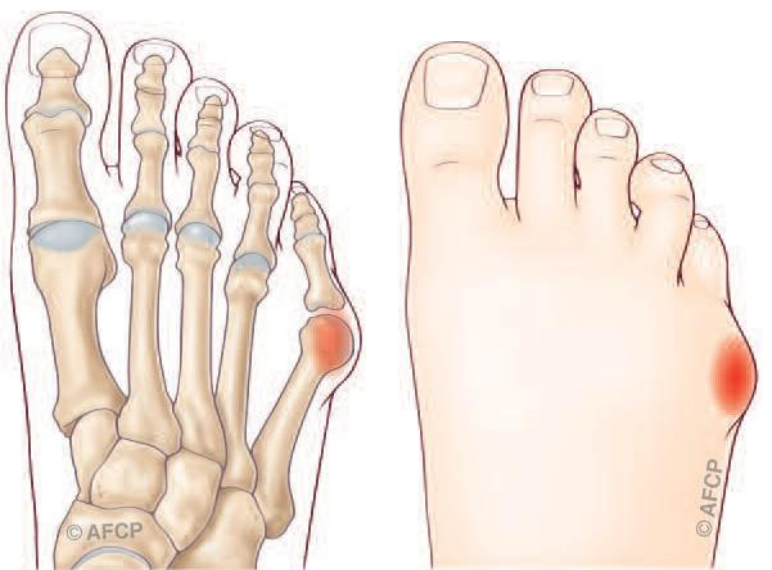
LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

À l'état normal, le bord externe de la chaussure prend appui de manière harmonieuse le long de la face externe du pied. En cas de Quintus Varus, l'articulation s'incline et prend une angulation anormale à l'origine d'un contact plus ponctuel et localisé sur la partie externe de la tête du 5^{ème} métatarsien, au sommet de l'angulation, créant ainsi un hyper-appui douloureux.

En réaction à ces frottements anormaux, le corps développe une bourse séreuse de défense, la « bursite ». Cette bursite, de protection au début, peut devenir inflammatoire et très douloureuse empêchant tout chaussage, la « bursite aiguë ».

Cette zone de conflit mécanique est le résultat de causes externes et des causes internes :

- **Les causes externes** sont nombreuses et disparates mais font toutes reposer anormalement le bord externe du pied au sol. On retiendra par exemple, la position en tailleur, la marche anormale sur le bord externe du pied ou le port de chaussures rigides (chaussures de ski ou de sécurité).



- **Les causes internes** ou anatomiques sont le fait d'une anomalie de naissance de la forme du 5^{ème} métatarsien. On retient 3 types de malformations: une tête trop grosse, un écartement trop important entre le 4^{ème} et le 5^{ème} métatarsien ou enfin une incurvation anormale de l'axe du métatarsien vers l'extérieur. Ces anomalies anatomiques prédisposent la tête du 5^{ème} métatarsien à des conflits excessifs.

C'est souvent la conjonction des causes externes et internes qui déclenche la pathologie.

LA CLINIQUE

Le Quintus Varus se caractérise cliniquement par une tuméfaction douloureuse sur le bord externe de la 5^{ème} articulation métatarso-phalangienne. Le chaussage devient difficile, douloureux voire impossible. C'est la bursite aiguë. Cette bursite aiguë apparaît sous la forme d'une collection ou d'un épanchement rougeâtre et très douloureux sous la peau. A ce stade, seuls le déchaussage et l'ablation d'éventuelles chaussettes de contention permettent de contrôler la douleur.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile surtout s'il est associé à une bursite, il s'agit d'une saillie douloureuse de la face latérale de la 5^{ème} métatarso-phalangienne. La mise en évidence des causes décrites ci-dessus conforte le diagnostic. Un bilan radiographique confirmera le diagnostic et appréciera l'ensemble du retentissement de votre déformation. Il va permettre à votre chirurgien d'adapter au mieux la solution chirurgicale qu'il pourra vous proposer.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX (NON CHIRURGICAUX)

Le premier traitement est la suppression du conflit mécanique par la modification du chaussage ou les mauvaises positions adoptées.

Par exemple, un moniteur de ski pourra changer de chaussures pour s'orienter vers une chaussure moins agressive ou faire modifier le chausson. On demandera une chaussure de sécurité sur mesure pour les travailleurs portant ces types de chaussures. Pendant la phase inflammatoire de la bursite, la marche pieds nus ou en chaussons très souples est conseillée.

En cas d'anomalie de positionnement du pied au sol, des semelles orthopédiques de correction pourront être réalisées.

Pour limiter le conflit mécanique, de petits appareillages orthopédiques sont possibles.

Tous les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires sont utilisables par voie générale (buccale) ou mieux locale (crème, compresses...).

LES RISQUES ET COMPLICATIONS EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT

Si le patient néglige sa maladie ou le traitement prescrit, la situation peut s'aggraver, rendant le chaussage de plus en plus difficile. Le risque important est l'ouverture à la peau (plaie ouverte) de la bursite avec possibilité d'infection de la bourse puis de l'articulation (arthrite) et/ou enfin des os (ostéite). Cette situation est très grave et peut conduire à une amputation surtout en cas de pathologies chroniques déjà existantes (diabète par exemple).

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL (LES OPERATIONS)

En l'absence d'amélioration ou d'apparition de complications, il est possible d'envisager une prise en charge chirurgicale. L'objectif du traitement est de redresser l'axe du 5^{ème} métatarsien pour supprimer le conflit douloureux et harmoniser les appuis le long du bord externe de l'avant pied.

➤ L'HOSPITALISATION

Votre hospitalisation peut être ambulatoire (une journée d'hospitalisation) ou de quelques jours suivant vos pathologies associées et votre situation sociale.

➤ L'ANESTHESIE

Une consultation préopératoire avec un médecin anesthésiste-réanimateur est obligatoire. Ce médecin vous expliquera, lors de cette consultation, les modalités et les choix possibles d'anesthésie adaptée à la chirurgie et à vos problèmes de santé.

Lors de cette consultation, il sera également fait le point sur vos traitements médicamenteux. De nouveaux traitements pourront également être mis en place, que cela soit avant ou après l'intervention. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... ils comportent bien sûr des risques spécifiques.

L'anesthésie opératoire pourra être locale (anesthésie de l'orteil et du métatarsien concerné), locorégionale (anesthésie plus large englobant un segment de membre, de la jambe aux orteils), rachidienne (anesthésie du bassin et des membres en piquant entre deux vertèbres) ou anesthésie générale.

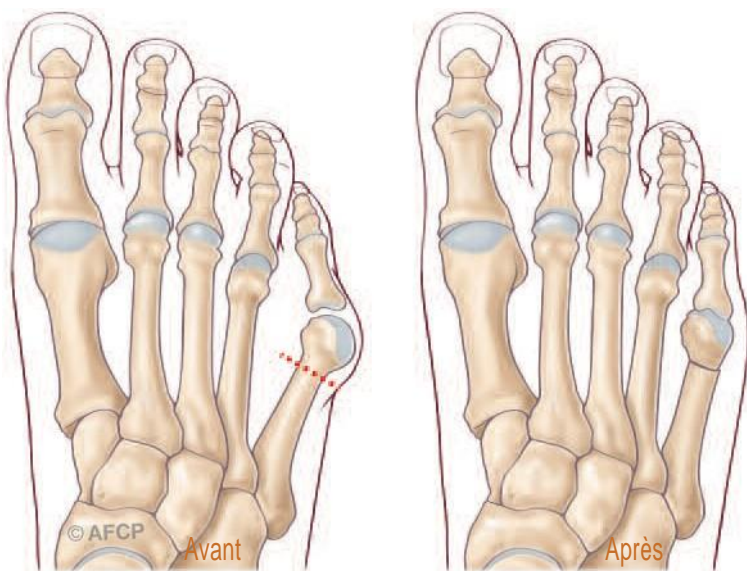
Une transfusion sanguine est rare dans ce type de chirurgie où le saignement est très limité.

➤ L'INSTALLATION AU BLOC

Vous serez le plus souvent installé couché sur le dos, parfois légèrement incliné vers le côté opposé pour mieux dégager l'endroit à opérer. **Lors de votre passage au bloc opératoire, ne vous étonnez pas si l'on vous demande plusieurs fois votre identité, le côté à opérer (à votre arrivée, lors de votre installation...) : c'est une procédure obligatoire pour tous les patients (appelée « check-list de sécurité » et demandée par la Haute Autorité de santé (HAS)).**

➤ LA TECHNIQUE

- **La durée de l'intervention** est relativement courte, de quelques dizaines de minutes à moins d'une heure. Le temps dépend de la technique choisie, des difficultés rencontrées et des gestes réalisés pendant l'opération.
- **Un garrot** peut être utilisé, pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Celui-ci peut être mis en place au niveau de la cuisse, de la jambe ou même de la cheville.
- **L'incision** : les incisions peuvent être de quelques centimètres ou punctiformes car dépendent du type de techniques utilisées (ciel ouvert ou percutanée) par votre chirurgien. Elles peuvent se situer sur le dessus du pied, au dessous ou même sur le côté du 5^{ème} métatarsien.
- **Le geste chirurgical principal** consiste à ré axer le cinquième rayon en déplaçant vers l'intérieur la tête et/ou une partie du métatarsien supprimant ainsi la saillie osseuse sous la peau.



Cette chirurgie peut être réalisée par méthode conventionnelle (ciel ouvert) par une incision de plusieurs centimètres, ou bien en « chirurgie percutanée » à l'aide d'outils et de fraises spécifiques ; cela dépend des pratiques de votre chirurgien.

Cette correction chirurgicale fait parfois appel à une correction d'axe de la phalange proximale du 5^{ème} orteil pour « harmoniser » la correction.

- **La fixation** : parfois la découpe osseuse nécessitera une fixation interne ou externe, temporaire ou définitive, par fils, vis, broches...qu'il faudra peut-être retirer.
- **Des gestes chirurgicaux associés** peuvent être nécessaires pour assurer une bonne correction de la déformation : section ou allongement des tendons fléchisseurs et extenseurs du 5^{ème} orteil, libération de la capsule articulaire métatarso-phalangienne...
Les techniques choisies peuvent se faire sous contrôle de la vue (chirurgie classique dite ouverte) ou en ne passant les instruments qu'au travers de la peau (chirurgie mini-invasive ou percutanée), les gestes du chirurgien pouvant être guidés par l'utilisation de la radiographie.
Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation ou un événement imprévu ou inhabituel imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement. Une fois réveillé et l'intervention terminée, la démarche de votre chirurgien et les actes réalisés vous seront expliqués.

➤ UTILISATION DES RAYONS X :

Lors de l'intervention chirurgicale, votre chirurgien peut être amené à utiliser des rayons X pour réaliser une radiographie ou des images de radioscopie afin de contrôler le geste opératoire. Bien sûr il mettra tout en œuvre afin de vous protéger et de réduire au maximum l'intensité de ce rayonnement.

Il est important qu'il sache si vous aviez eu auparavant une exposition à des rayonnements ionisants (radiothérapie, radiographie, scanner...) et sur quelle(s) zone(s). La connaissance de certaines informations est également importante

pour mieux vous protéger : vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, ou si vous êtes ou pensez être enceinte.

En effet il peut y avoir dans certains cas une sensibilité accrue aux rayonnements ionisants.

➤ INFORMATION MATERIAUX :

Lors de l'intervention chirurgicale, votre chirurgien peut être amené à utiliser différents types de matériel de composition variable (Métal, bio composite, fils résorbables ou non). Les matériaux utilisés sont bio compatibles et dans la majorité des cas parfaitement tolérés par votre organisme.

Cependant dans de rares cas, les différents métaux composant les matériels utilisés peuvent provoquer des réactions allergiques variables ou des intolérances.

Parmi les métaux les plus fréquents dans les alliages on note le nickel, le chrome, le cobalt, le molybdène et le titane.

Si vous avez déjà présenté une allergie à des métaux ou un eczéma (réaction de la peau) liés à des bijoux fantaisie, boucles de ceinture ou encore bracelets de montre signalez le à votre chirurgien qui pourra adapter son choix et vous l'expliquer en consultation.

LE POST-OPERATOIRE

➤ L'APPUI

L'appui est généralement permis dans les suites immédiates de l'intervention. Celui-ci peut parfois être différé selon votre intervention ou les constatations de votre chirurgien. Cet appui est facilité par une chaussure post opératoire spécifique.

Des cannes peuvent être utiles les premiers jours surtout pour les patients les plus fragiles et les moins autonomes. La majeure partie des consignes vous sera donnée avant l'opération.

➤ L'ŒDEME

L'œdème post-opératoire (=gonflement du pied et des orteils) est habituel en chirurgie de la cheville et/ou du pied, et n'est pas une complication. La prise en charge de l'œdème est essentielle non seulement pour atténuer la douleur mais aussi pour améliorer la qualité de la cicatrisation : ainsi, une certaine période de repos, de surélévation et la mise en place d'une contention veineuse (Chaussettes de contention ou Bas à varices) peuvent être utiles. Cet œdème peut durer longtemps (plusieurs semaines, voire plusieurs mois) et ne prête le plus souvent pas à conséquence : il peut obliger à adapter transitoirement les chaussures.

➤ LES SOINS A LA MAISON

Le pansement est réalisé avec soins lors de l'intervention selon les habitudes de votre chirurgien et le plus souvent il ne doit pas être modifié. Cependant si des soins sont réalisés à votre domicile, il est important de veiller à l'hygiène de votre cicatrice tant que les fils sont présents et qu'elle n'est pas totalement étanche. L'hygiène des mains est capitale et il ne faut jamais toucher sa cicatrice sans se laver les mains. Veillez toujours à disposer chez vous d'un point de lavage ou d'un flacon de produits hydroalcooliques pour l'infirmière qui réalisera vos soins.

➤ PREVENTION DES PHLEBITES :

La prescription d'injections d'anticoagulants est parfois envisagée selon l'évaluation de votre état de santé par le chirurgien et le médecin anesthésiste.

➤ LES TRAITEMENTS MEDICAUX

Les douleurs post opératoires de la chirurgie de la bunionette seront très facilement contrôlées par les traitements antalgiques mis en place et prescrits par votre anesthésiste ou votre chirurgien.

➤ LES CONSULTATIONS POST-OPERATOIRES

Votre chirurgien sera amené à effectuer des contrôles cliniques, radiologiques et biologiques de manière régulière, les résultats seront incorporés à votre dossier médical.

Les données (anonymes) de votre dossier pourront servir à des études et/ou faire l'objet de communications ou publications scientifiques par votre chirurgien, en conformité avec la loi JARDE de mars 2012 (Décret 2016-1537). Dans ce cas, un consentement particulier sera demandé par votre chirurgien et sera inclus dans votre dossier.

Les premières consultations portent sur la surveillance de la cicatrisation et de l'état local. Les consultations ultérieures

concernent la surveillance de l'évolution des gestes effectués et de votre récupération fonctionnelle.

Un suivi post opératoire adapté vous sera proposé par votre chirurgien, son rythme dépendra du geste opératoire et de son évolution. Le suivi habituel est d'environ 3 mois, correspondant au délai de consolidation osseuse et au retour à un chaussage standard.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION

L'intervention permet de corriger votre déformation et de supprimer les douleurs mécaniques au chaussage, vous permettant ainsi de reprendre vos activités professionnelles, les activités de loisirs et même la pratique du sport.

A 4 OU 6 SEMAINES POST OPERATOIRES un chaussage normal est repris. Il est confortable et large, adapté à l'évolution de votre pied. Un chaussage plus fin (escarpins...) est possible, en fonction de votre cas, après plusieurs mois. Vous demanderez conseil à votre médecin.

Une activité sportive légère (natation, vélo d'appartement...) est possible à partir de la 4^{ème} semaine post-opératoire. Des sports plus contraignants (footing, randonnée, step, tennis...) redeviennent possibles après 3 mois post opératoires.

L'évolution à long terme : le résultat clinique est généralement bon ou excellent même si de petites récives peuvent se voir.

LES RISQUES

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/ risque).

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, tout traitement comporte malheureusement une part d'échec. Cet échec peut aller de la réapparition des symptômes à leur aggravation ou d'autres risques plus importants. Ces risques peuvent être le fait du hasard, de la malchance, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non, locaux ou généraux). il est impossible de vous présenter ici toutes les complications possibles, mais nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans votre pathologie.

➤ LA RAIDEUR

Tout geste articulaire peut entraîner un raidissement de l'articulation temporaire ou définitif. Cette raideur peut nécessiter des séances de rééducation ou même une ré-intervention.

➤ LA RECIDIVE

Dans de rares cas, une récive de la déformation de votre pied est possible, pouvant nécessiter une reprise chirurgicale.

➤ LES DOULEURS CHRONIQUES

De façon aléatoire et imprévisible, après toute prise en charge médicale et/ou chirurgicale, des phénomènes douloureux peuvent persister et/ou se renforcer. Parfois des douleurs différentes peuvent survenir.

Ces phénomènes douloureux peuvent s'installer dans le temps sous la forme d'un syndrome douloureux régional complexe (anciennement algodystrophie) : ce syndrome peut évoluer sur de nombreux mois (en moyenne 18 à 24 mois selon les études), et laisser parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires définitives.

Des séquelles douloureuses chroniques permanentes locales et/ou à distance du foyer opératoire peuvent également survenir :

- Syndrome douloureux post opératoire chronique
- Douleurs neuropathiques périphériques : ces douleurs sont d'origine nerveuse, leurs causes sont variables et le plus souvent elles ne sont pas liées au geste chirurgical lui-même.

Leur mode de survenue, leur diagnostic et leur suivi sont complexes et peuvent relever de la compétence de spécialistes de la prise en charge de la douleur pour des propositions thérapeutiques adaptées souvent longues et parfois d'efficacité partielle.

➤ L'INFECTION

Malgré toutes les précautions de désinfection et de préparation cutanée, toute incision chirurgicale expose à un risque de contamination microbienne qui peut être responsable d'une infection. Ces infections peuvent se déclarer de manières

précoces ou beaucoup plus tardives. Elles nécessitent souvent la mise en place d'antibiotique, peuvent nécessiter des ré-interventions chirurgicales et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles. Certains facteurs comme le diabète, le tabagisme ou des immunodépressions (corticoïdes...), peuvent favoriser cette complication.

➤ LES TROUBLES CICATRICIELS

Malgré tout le soin porté par votre chirurgien à la plaie opératoire et les soins infirmiers, il peut exister des troubles de cicatrisation parfois favorisés par une pathologie générale ou locale tels le diabète ou les insuffisances circulatoires par exemple. On peut ainsi retrouver un retard ou un trouble de cicatrisation pouvant aller de la cicatrice disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection.

➤ LE DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

Votre prise en charge chirurgicale fait appel à la mobilisation de segments osseux, nécessitant très rarement la pose de matériel chirurgical (plaque, vis, broche, fils, ...) afin de corriger une déformation. Comme tout matériau, ces implants chirurgicaux peuvent être responsables de complications, du fait de leur fragilité propre (rupture du matériel) ou de déplacement du montage du fait de contrainte mécanique trop élevée sur les structures où ils sont implantés (déplacement du matériel entraînant une perte de la correction).

Enfin, et à distance de l'intervention, une fois la période post opératoire passée, et votre pathologie guérie, ce matériel peut également faire l'objet d'une ablation dans le cadre d'une chirurgie programmée en fonction de sa localisation ou si celui-ci est responsable d'une gêne ou d'un conflit local.

➤ LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES

Toute prise en charge chirurgicale, surtout du membre inférieur, peut favoriser la création d'un caillot sanguin obstruant les veines et réalisant une phlébite. Ce caillot peut même gagner la circulation pulmonaire et être responsable d'une embolie aux conséquences parfois graves voire fatales. La prévention de cette complication peut se faire par la mise en place d'une anti coagulation en fonction de la chirurgie et de votre état de santé.

➤ LES COMPLICATIONS DE VOISINAGE

Etant donnée la proximité de la zone opératoire et d'éléments osseux, tendineux, vasculaires ou nerveux, il peut exister, de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments de proximité : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire... compte-tenu du lieu de la cicatrice, l'atteinte d'un petit nerf peut entraîner une insensibilité voire des douleurs persistantes. Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons...

➤ LES COMPLICATIONS MEDICAMENTEUSES

Au décours de cette intervention, il pourra vous être prescrit des médicaments particuliers et spécifiques. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... ils comportent bien sûr des risques propres et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

➤ LES MAUVAISES CONSOLIDATIONS OU ABSENCE DE CONSOLIDATION OSSEUSE

La prise en charge chirurgicale de votre pathologie repose sur la consolidation osseuse qui est un phénomène biologique. Cependant, celle-ci peut faire défaut ou l'objet de retard. Par exemple, une ostéotomie (coupe osseuse) peut ne pas consolider (fusionner). Une nouvelle intervention chirurgicale peut être alors nécessaire.

➤ L'INTOXICATION TABAGIQUE

L'intoxication tabagique est un facteur de risque important pour la chirurgie du pied et de la cheville, favorisant notamment les troubles cicatriciels, les infections et les complications thrombo-emboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse. **L'arrêt complet du tabac est recommandé 6 semaines avant l'opération et 6 semaines après (En cas de besoin n'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant).**

➤ LES METATARSALGIES DE TRANSFERT

Dans certains cas, du fait de la correction de la déformation de votre 5ème orteil, vos appuis à la marche peuvent être modifiés et entraîner des douleurs au niveau des autres métatarsiens (d'où le terme de métatarsalgies de transfert) pouvant parfois nécessiter un traitement spécifique secondairement (orthèse, semelle, intervention chirurgicale).

➤ AJOURNEMENT DE L'INTERVENTION

Enfin il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- En cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- De modification récente de votre traitement habituel,

- De blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- D'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste,
- En cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention, ou en cas d'évènement non prévu au bloc opératoire, pouvant interrompre le déroulement de l'opération, **y compris après réalisation de l'anesthésie.**

CONCLUSION

Le Quintus Varus est une déformation rare mais douloureuse.

Son traitement chirurgical est simple et efficace. Les complications sont rares.

Questions fréquentes

« *Peut-on opérer les deux pieds en même temps ?* »

Il est parfois possible selon les habitudes de votre chirurgien, la technique chirurgicale choisie et le type d'anesthésie réalisée d'opérer les deux pieds en même temps. Parlez-en avec votre chirurgien qui saura vous expliquer et vous conseiller sur ce qu'il est raisonnable de faire dans votre situation.

« *Si je suis opéré des deux pieds, ma douleur sera-t-elle plus importante ? mon arrêt de travail plus long ?* »

Pour la douleur, le traitement est en général le même et sera adapté à l'intervention réalisée. En général, l'arrêt de travail reste le même, sauf si un évènement imprévu survient (comme par exemple un retard de consolidation de l'os).

« *Comment vais-je faire à mon domicile ?* »

Selon l'opération réalisée, vous pourrez ou non reposer le pied par terre avec ou sans l'aide de cannes anglaises (béquilles). Dans le cas de la chirurgie de l'avant-pied, vous pourrez marcher avec une (ou deux) chaussure(s) spéciale(s), prescrite(s) par votre chirurgien. Cette chaussure protège votre pied le temps de la consolidation de l'os, et de la cicatrisation des tissus.

« *A partir de quand puis-je reconduire mon véhicule ?* »

Pendant la période de port de la chaussure médicale, la conduite de votre véhicule est fortement déconseillée. Votre chirurgien pourra vous expliquer les possibilités de reprise de la conduite en fonction de votre évolution.

« *Que faire si mon pied ou ma cheville redevient douloureux ou s'il augmente de volume (=œdème) ?* »

L'œdème est un signe très fréquent et le plus souvent non pathologique.

Dans certains cas et s'il est associé à une forte douleur, ce peut être le signe d'une anomalie au niveau de la cicatrisation ou sur l'os (déplacement du matériel par exemple).

« *Que faire en cas de température ou d'anomalie sur ma cicatrice ?* »

Si vous présentez une température élevée (=fièvre) ce peut être le signe d'une éventuelle infection.

Si votre cicatrice, lors des pansements, est rouge, inflammatoire ou présente un écoulement, il faut consulter le plus rapidement possible votre chirurgien, qui saura vous conseiller et mettre en œuvre les traitements adaptés (locaux ou généraux (antibiotiques)).

« *Que faire si je ressens une douleur du mollet ou une oppression respiratoire ?* »

Ces signes peuvent être liés à l'existence d'un caillot dans une veine (phlébite) ou à une migration de ce caillot vers le poumon (embolie pulmonaire) avec des conséquences possibles graves.

Le risque est plus important si en fonction de l'opération réalisée vous n'avez pas le droit de poser le pied au sol : dans ce cas votre chirurgien vous aura prescrit des médicaments (=anticoagulants) de protection, mais même avec ces traitements le risque n'est pas nul et ces signes doivent vous alerter.

D'une façon générale, tout symptôme nouveau doit conduire à consulter soit votre médecin traitant, soit votre chirurgien, ou en cas d'urgence l'établissement dans lequel vous avez été opéré.

Si vous ne réussissez pas à joindre les praticiens, n'hésitez pas à appeler le centre 15 (SAMU) qui pourra vous orienter.