FICHE D'INFORMATION PATIENT **N°17** :

LE PIED CREUX

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

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 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

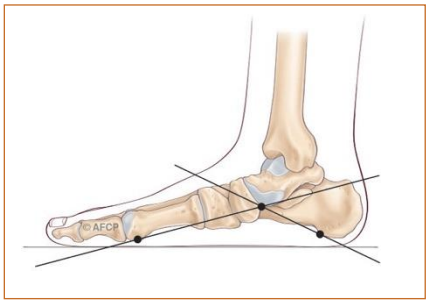
SCAN ME

L'ANATOMIE

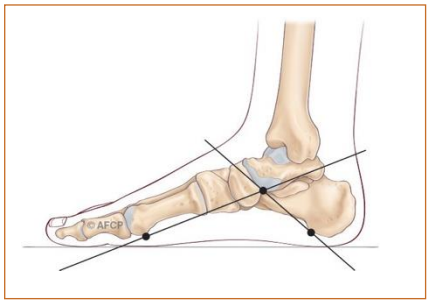
Le pied creux correspond à l'accentuation de la concavité de la voûte plantaire. Il est caractérisé par son aspect clinique et l'étude des empreintes plantaires par différents moyens (podoscope, baropodométrie, ...).

LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

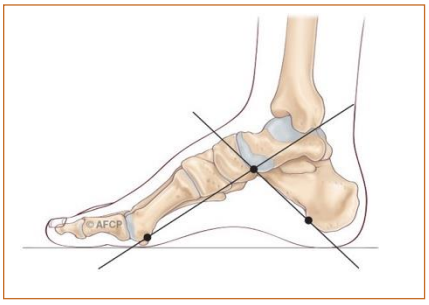
Tous les pieds creux ne sont pas pathologiques. Il existe des pieds creux physiologiques (« pieds cambrés ») qui n'entraînent pas de déformations à l'appui. Quand les déformations sont retrouvées à l'appui, le creusement de la voûte plantaire engendre une diminution de la surface d'appui global du pied au sol. Les orteils se rétractent pour garder un appui au sol entrainant des déformations anciennement dites « en déformation ». Ceci sera responsable d'une augmentation des forces d'appui sur les surfaces restantes devenant douloureuses. Des déséquilibres peuvent en résulter responsables d'instabilités à la marche.



Pied plat



Pied Normal



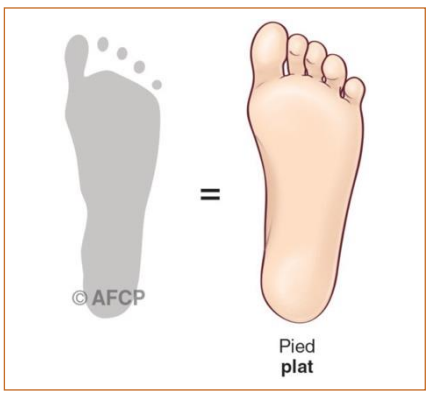
Pied creux

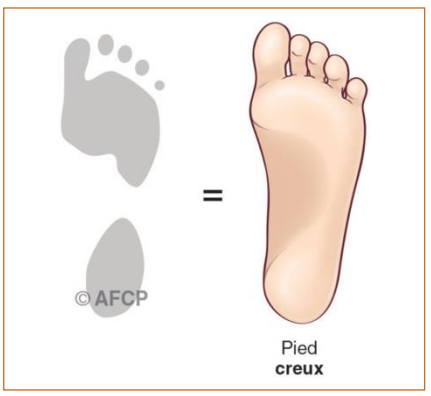
LA CLINIQUE

Le pied creux se caractérise avant tout par une « bosse » au sommet de la déformation (cou de pied) qui peut être douloureuse, notamment au chaussage.

Le pied creux, d'abord souple et réductible, est longtemps bien supporté avec parfois des crampes du mollet, une tension douloureuse de la voûte plantaire ou une sensation d'appui instable.

Avec le temps, les déformations se fixent, les douleurs s'aggravent : il apparaît des douleurs aux appuis plantaires antérieurs (métatarsalgies) avec durillons sur la plante de pied. Des ampoules ou des durillons au talon peuvent accompagner des douleurs postérieures. Les orteils se rétractent progressivement en griffes avec conflits dans les chaussures entraînant des durillons (ou cors) à leurs faces dorsales.





LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est clinique par l'étude de la voûte et des empreintes plantaires, au podoscope ou au baropodomètre. Un examen neurologique complet est généralement réalisé lors de la consultation à la recherche d'une éventuelle origine neurologique du pied creux

On analyse également l'axe du talon qui peut être aligné, dévié en dehors (valgus) ou en dedans (varus) ; et l'importance du pied creux estimé selon son degré en 3 stades. On évalue l'importance et la souplesse des déformations d'orteils ainsi que la flexion dorsale de cheville.

Des radiographies du pied en appui (pied en charge) de face et de profil sont nécessaires. La radiographie de profil permet de mesurer l'angle de la voûte plantaire (angle de Djian) et d'en apprécier l'importance. Des radiographies spécifiques de cheville de face permettent d'évaluer l'axe du talon. On distingue alors le pied creux antérieur touchant essentiellement l'avant-pied ; du pied creux postérieur touchant le talon voire mixte siégeant sur l'ensemble de la voûte plantaire d'avant en arrière.

On recherche une cause familiale qui peut motiver un examen électromyographique (EMG). D'autres examens sont plus rarement demandés comme l'IRM ou le scanner en fonction d'autres pathologies associées.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX NON CHIRURGICAUX

La douleur peut être traitée par des antalgiques ou des anti-inflammatoires. Les orthèses plantaires (semelles orthopédiques) permettent de corriger une déformation encore souple ou de compenser une déformation fixée. Elles sont faites sur mesure par votre pédicure podologue.

Les déformations d'orteils peuvent être corrigées ou protégées par des appareillages de parapharmacie ou des orthèses sur mesure (orthoplasties). Le chaussage est adapté en privilégiant des chaussures souples au niveau du cou de pied.

De la kinésithérapie peut être prescrite pour entretenir les mobilités articulaires et la souplesse des éléments rétractés.

➢ *LES RISQUES ET COMPLICATIONS EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT*

En l'absence de traitement, la maladie évolue vers une fixation des déformations qui deviennent irréductibles. L'appui sur l'avant pied est alors difficile avec des durillons douloureux.

Il se forme des « bursites » et des cors sur les orteils déformés qui, négligés, peuvent s'infecter notamment chez les patients les plus fragiles (diabétiques, artéritiques…). La gêne au chaussage est souvent majeure.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

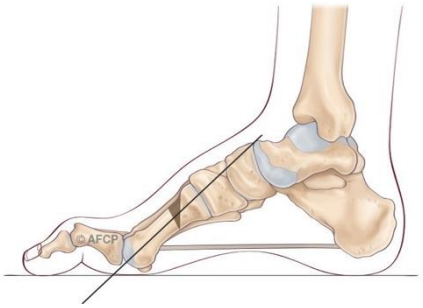
Il est proposé après échec des traitements médicaux et/ou podologiques, ou d'emblée en fonction de votre évolution.

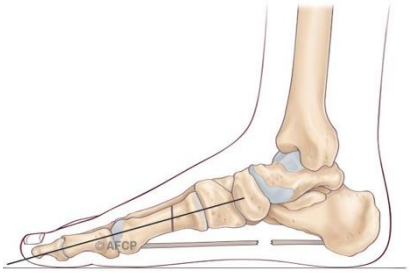
Les gestes chirurgicaux sont principalement osseux, en diminuant la verticalité de l'avant pied ou en ré-axant le talon (ostéotomies conservant les mobilités articulaires). Il peut également être question de blocage articulaire dans une position plus favorable sur des articulations devenues pathologiques. Ces gestes peuvent être associés à des gestes sur les parties molles (aponévrose plantaire, tendons) ou sur les déformations d'orteils.

➢ OSTEOTOMIES

- Métatarsiennes :

Des ostéotomies (coupes osseuses spécifiques) sont réalisées au sommet de la déformation pour corriger le pied creux ou à distance pour traiter les conséquences.





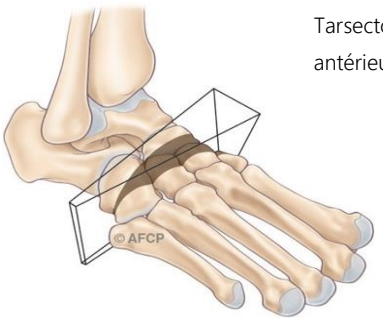
Par exemple, des ostéotomies à la base des métatarsiens ou au niveau de leurs parties distales (proches des appuis douloureux) permettent de diminuer les douleurs d'hyper appui antérieurs.

- Calcanéennes :

Les ostéotomies permettent de corriger la déviation éventuelle du talon pour le ré-axer.

➢ ARTHRODESES

Elles consistent au blocage de plusieurs articulations. Dans le cadre du pied creux, il peut s'agir de « tarsectomie antérieure » (coupe spécifique dans le médio pied) ou de résection arthrodèse médiotarsienne (ablation de certains os du tarse suivi d'arthrodèse) permettant de corriger la déformation à son sommet dans le médio-pied.



Tarsectomie antérieure

L'arthrodèse du talon (sous-talienne) complémentaire peut être nécessaire si l'articulation est arthrosique ou/et déviée.

➢ GESTES ASSOCIES

- **Sur les parties molles**

Un allongement du tendon d'Achille et/ou une section de l'aponévrose plantaire peuvent être nécessaires en cas de rétraction.

- **Sur les déformations d'orteils**

La correction des déformations d'orteils est indispensable et passe par des gestes complémentaires spécifiques associant arthrolyse, transferts tendineux, ténotomies voire résections arthroplastiques ou arthrodèses interphalangiennes.

L'HOSPITALISATION

Votre hospitalisation peut être ambulatoire (une journée d'hospitalisation) ou de quelques jours suivant le type d'intervention choisi par votre chirurgien, vos pathologies associées ou votre situation médicale et 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 locorégionale (anesthésie 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 limité.

L'INSTALLATION AU BLOC

Au bloc opératoire, vous serez installé à plat dos, parfois légèrement incliné vers le côté 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 de 30mn à 2h30 en fonction du type d'intervention et des gestes associés éventuels. Il faut y ajouter le temps de surveillance en salle de soins post-interventionnelle au bloc opératoire (« salle de réveil »).

- **Un garrot** est généralement 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.

-Les incisions dépendent des gestes réalisés. Localisées sur la partie dorsale du médio-pied pour la réalisation des ostéotomies métatarsiennes ou des résection-arthrodèses du médio-pied, elles peuvent être situées sur la partie latérale (externe) ou médiale (interne) du talon pour les ostéotomies calcanéennes ou arthrodèses du talon. Des incisions plus distales sur les métatarsiens ou les orteils sont possibles pour des ostéotomies métatarsiennes distales ou le traitement des déformations d'orteils.
Les incisions sont généralement de plusieurs centimètres. Dans certains cas, une technique chirurgicale percutanée ou arthroscopique peut être utilisée. La chirurgie percutanée consiste à intervenir sur les os ou tendons par des incisions de seulement quelques millimètres, à l'aide d'outils spécifiques et sous contrôle de la radiographie. Dans le cas de la chirurgie arthroscopique, il s'agit d'intervenir par l'intermédiaire d'une caméra guidant les gestes spécifiques du chirurgien.

-Cas des arthrodèses : le chirurgien procèdera à la résection d'un coin osseux au sommet de la déformation. Le maintien de cette position de blocage utiliser a du matériel opératoire (vis, plaque, agrafe...) le temps de la consolidation osseuse.

-Cas des ostéotomies métatarsiennes : le chirurgien réalisera des coupes osseuses (« ostéotomies ») dont le but sera de relever les métatarsiens pour que l'appui plantaire de l'avant-pied soit moins douloureux. Ces ostéotomies pourront nécessiter une fixation par du matériel d'ostéosynthèse.

-Cas des ostéotomies calcanéennes : le chirurgien réalisera des coupes osseuses (« ostéotomies ») dont le but sera de réorienter le talon pour l'horizontaliser ou le ré-axer. Ces ostéotomies pourront nécessiter une fixation par des vis, agrafes ou plaques.

-Cas des déformations d'orteils : le chirurgien réalisera des ostéotomies des phalanges ou/et des ténotomies (section des tendons) voire des transferts tendineux quand les déformations sont réductibles. Des arthroplasties (résections articulaires) ou des arthrodèses (blocages articulaires) des orteils sont pratiqués si les déformations sont fixées. Du matériel (broches, implant intra-osseux, ...) peut être utilisé.

➢ LES GESTES ASSOCIES

D'autres pathologies d'avant-pied peuvent être associées à la chirurgie de votre pied creux et être traitées dans le même temps opératoire ; cela peut notamment être le cas d'une section de l'aponévrose plantaire ou d'un allongement du tendon d'Achille.

Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation ou à 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

LA DOULEUR

Même si des antalgiques forts peuvent être utilisés dans les suites immédiates de l'intervention, le retour à la maison avec des antalgiques simples est la règle.

LA 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.

L'APPUI

Il dépend des gestes réalisés.

-Sur l'arrière-pied (talon, médio-pied) : l'appui n'est généralement pas possible pendant 6 à 8 semaines. Le pied est immobilisé dans une botte en plâtre, résine ou amovible. Les cannes ou un déambulateur sont nécessaires. La botte ou une autre immobilisation peuvent éventuellement être gardées plus longtemps pour protéger la reprise progressive de l'appui. Le temps de cette immobilisation les activités quotidiennes sont limités.

-Sur l'avant-pied (métatarsiens, orteils) : il est généralement permis sur une chaussure post-opératoire ou avec un chaussage large pendant les 4 à 6 semaines suivant l'intervention (ostéotomies des métatarsiens, griffes). Chez les patients les plus fragiles, un béquillage pourra être utilisé pour éviter les chutes. Ainsi et en général, vous serez autonome dans les activités quotidiennes de votre domicile, mais la conduite automobile ou les activités sportives ne pourront être possibles initialement…

LE PANSEMENT

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.

L'OEDEME POST-OPERATOIRE

L'œdème (=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 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, et par des radiographies l'absence de déplacement de la correction chirurgicale. Les consultations ultérieures concernent la surveillance de l'évolution des gestes effectués et de votre récupération fonctionnelle. Ces consultations seront aussi l'occasion de refaire le point sur les traitements antalgiques et de débuter la rééducation (soit par vous-même, soit chez un kinésithérapeute). Vous serez également guidé

pour l'adaptation de votre chaussage.

Les ostéotomies et les arthrodèses nécessitent un suivi radiologique sur plusieurs mois pour surveiller la consolidation, guider l'abandon d'une immobilisation, ou la reprise de l'appui. Les arthrodèses, une fois consolidées sont généralement stables dans le temps. Par contre, la surveillance clinique s'attachera aux articulations voisines qui seront plus souvent sollicitées.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION

A terme, le but de l'opération est une diminution des phénomènes douloureux avec le retour à une marche normale dans un chaussage classique.
En cas de chirurgie d'avant-pied ou de chirurgie associée (allongement du tendon d'Achille, section de l'aponévrose plantaire), un chaussage large et confortable est généralement repris entre 4 et 8 semaines post-opératoires, adapté à l'évolution de votre pied. Un chaussage plus fin est possible, en fonction de votre cas, après plusieurs mois. Une activité sportive légère (natation, vélo d'appartement, ...) peut être possible à partir de la 6ème semaine post-opératoire. Des sports plus contraignants (footing, randonnées, steps, tennis, ...) sont possibles après 6 mois post-opératoires.
En cas de chirurgie d'arrière-pied ou de médio-pied, une immobilisation est nécessaire par botte, plâtre ou résine sans appui pendant 6 à 8 semaines. La reprise de l'appui se fait progressivement après ce délai, en fonction de l'évolution clinique et radiographique ; possiblement sous couvert de la poursuite d'une immobilisation. Un chaussage confortable est possible après plusieurs mois. La reprise des activités sportives est progressive après au moins 6 mois post-opératoires ou au-delà.

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 à 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.

➢ 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 précoce ou beaucoup plus tardive. Elles nécessitent souvent la mise en place d'antibiotiques, 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 comme le diabète ou les insuffisances circulatoires. 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. En cas d'anomalie de la cicatrisation constatée par vous ou votre infirmière, il est nécessaire de reprendre contact avec l'équipe chirurgicale qui vous as prise en charge pour évaluer ce trouble de la cicatrisation et proposer une prise en charge adaptée.

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 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.

LES COMPLICATIONS DE VOISINAGE

Etant donnée la proximité de la zone opératoire 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 entrainer une insensibilité voire des douleurs persistantes. Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir, pour drainer un hématome, décomprimer un nerf, libérer des tendons...

LES COMPLICATIONS MEDICAMENTEUSES

Au décours de cette intervention, il pourra vous être prescrit des médications particulières et spécifiques. Les plus fréquemment utilisées sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires...

Ils comportent bien sûr des risques propres et parfois graves qui sont souvent imprévisibles.

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).

- LA RAIDEUR DOULOUREUSE

Tout geste articulaire conservateur, peut entraîner une aggravation de l'enraidissement et le développement de phénomènes douloureux de l'articulation, temporaire ou définitif. Cette raideur parfois douloureuse peut nécessiter des séances de rééducation ou même une ré-intervention.

- LE DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

En cas d'ostéotomies conservatrices ou de blocage de l'articulation, votre prise en charge chirurgicale fait appel à l'immobilisation de segments osseux, nécessitant parfois 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 entrainant une perte de la correction).

Ainsi ce matériel chirurgical peut parfois nécessiter une ré-intervention en cas de déplacement post opératoire ou de complication propre.

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 MAUVAISES CONSOLIDATIONS OU ABSENCE DE CONSOLIDATION OSSEUSE

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

- LES METATARSALGIES DE TRANSFERT

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

- AJOURNEMENT DE L'OPERATION

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.

Questions fréquentes :

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

Le plus souvent, même si vous présentez un pied creux bilatéral, il n'est pas recommandé de faire les opérations des deux côtés en même temps, compte tenu de la complexité des gestes à réaliser.

« Comment vais-je faire à mon domicile ? Pourrais-je conduire mon véhicule ? »

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 la cheville, l'appui immédiat n'est pas toujours autorisé et vous pouvez avoir besoin soit d'une botte amovible, soit d'une immobilisation plus rigide (type plâtre ou résine). Pendant la période d'immobilisation, la conduite de votre véhicule n'est pas possible, voire dangereuse. 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 redevienne 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 (mes) cicatrice(s) ? »

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.