



AFCP
FFAS **GÉRARD**

FICHE D'INFORMATION PATIENT N° 31 :

FRACTURE DU TALUS (=ASTRAGALE)

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 générales 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-publics/infos-patients/>)

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

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

Cliquez sur le QR CODE

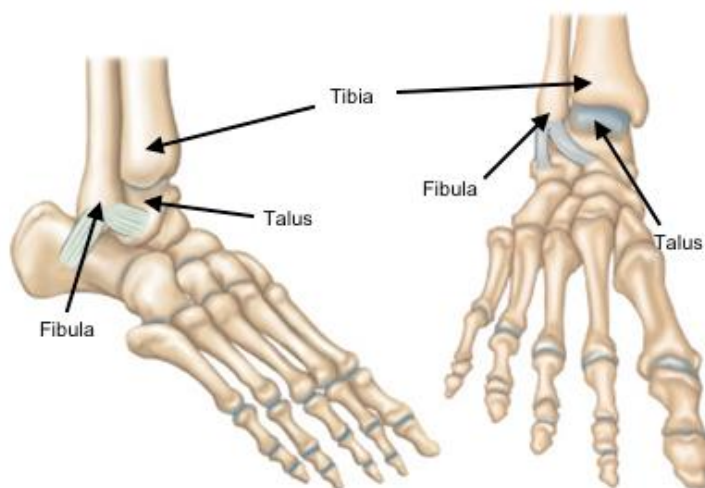


Vous présentez une fracture du talus (anciennement astragale).

Il s'agit d'une fracture rare mais grave de la cheville.

Malgré une prise en charge adaptée, le risque de séquelle ou d'évolution vers une arthrose (usure des surfaces articulaires) est réel.

L'ANATOMIE



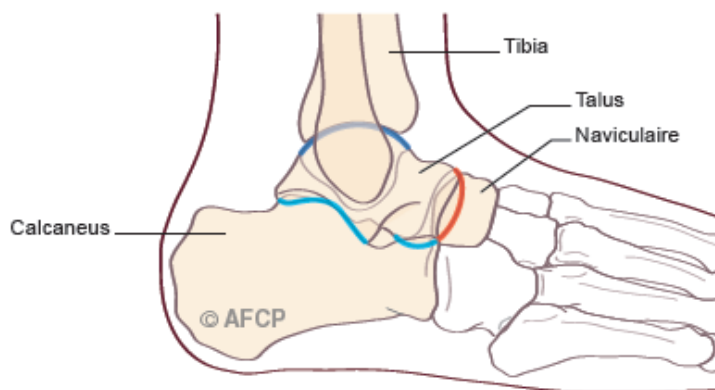
La cheville est l'articulation qui unit la jambe au pied. Il s'agit d'une articulation essentielle, ayant non seulement une fonction d'appui au sol (tout en s'adaptant au terrain); mais permettant également le passage du pas et la marche. Elle est constituée sur le plan osseux :

- De l'extrémité inférieure du tibia.
- De l'extrémité inférieure de la fibula (le péroné).
- Du talus (l'astragale).

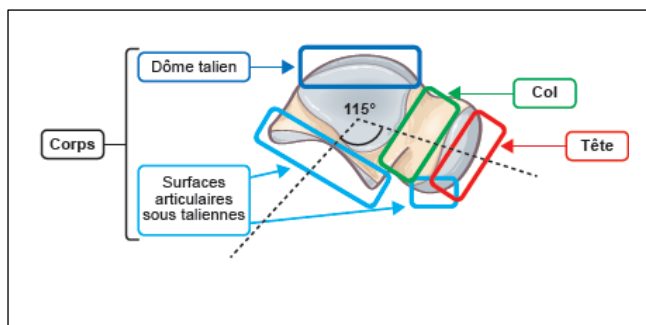
Cette articulation est maintenue par un manchon fibreux (la « capsule articulaire ») renforcée par des ligaments, notamment du côté externe et interne,

assurant la stabilité de l'articulation.

Le Talus occupe une position anatomique particulière car participant à 3 articulations différentes :



Anatomie du talus



- **Le Dôme du talus** (partie supérieure du corps du talus) représente la surface de glissement de la cheville, responsable des mouvements de flexion et d'extension de celle-ci ;
- **Les surfaces articulaires inférieures du corps du talus** participent avec le calcaneum (os du talon) à l'articulation sous talienne qui permet les mouvements d'adaptation du talon lors de la marche ;
- **La tête du talus** s'articule en avant avec l'os naviculaire et participe ainsi aux mouvements d'inversion et d'éversion du pied (mouvement de torsion complexe du pied permettant l'adaptation de celui-ci au sol lors de la marche et de la course).

La tête du talus est rattachée au corps du talus par son col qui représente une zone de fragilité particulière du talus.

Os central de la cheville, le talus est un os peu vascularisé en raison de l'absence d'attache musculaire. Toute fracture peut léser les artères nourricières ce qui peut aboutir à la nécrose de tout ou partie du talus.

LA PATHOLOGIE (LE PROBLÈME)

Les fractures du talus peuvent toucher toutes les zones du talus et aussi les articulations auxquelles il participe. Les conséquences et/ou séquelles éventuelles dépendront de la localisation de la fracture.

Les fractures du corps du talus touchent à la fois l'articulation de la cheville et l'articulation sous-talienne. Elles peuvent ne toucher qu'une zone latérale (processus latéral du talus), avoir lieu en plein corps séparant celui-ci en plusieurs parties ou parfois être comminutives (nombreux fragment osseux avec lésions grave du cartilage). Elles apparaissent souvent lors d'un traumatisme de haute énergie dans l'axe (chute d'une hauteur importante...)

Les fractures de la tête du talus sont plus rares mais souvent accompagnées de luxation (dislocation) ou atteintes associées d'autres articulation du pied notamment l'articulation sous-talienne.

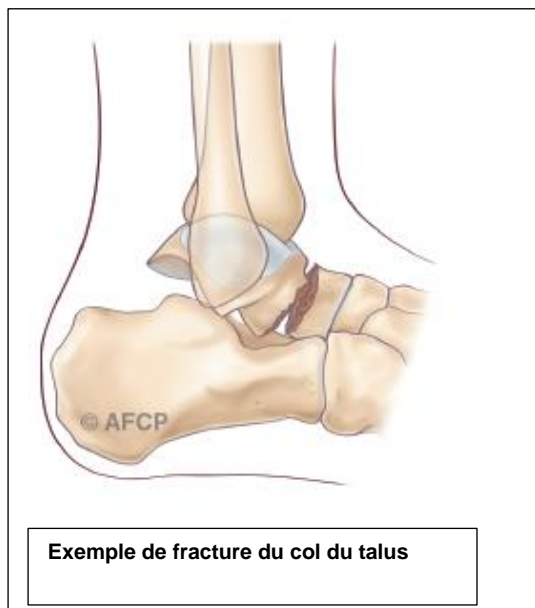
Les fractures du col du talus représentent près de la moitié des fractures du talus et apparaissent habituellement lors d'un traumatisme violent en flexion dorsale de cheville en compression (dévissage en escalade, ...).

LA CLINIQUE et LE DIAGNOSTIC

Suite à un traumatisme, votre cheville est douloureuse et peut être déformée avec un gonflement appelé « œdème » qui apparaît rapidement. L'œdème est souvent volumineux et la marche est difficile voire impossible.

Une déformation immédiate du pied et de la cheville peut être visible initialement lors des déplacements importants et des luxations ou être masquée initialement par l'œdème lors déplacements fracturaires moins importants.

Les lésions cutanées peuvent entraîner une exposition de l'os (« fracture ouverte ») favorisant le risque d'infection et constituant un facteur aggravant d'arthrose secondaire.



Le diagnostic est confirmé par un bilan radiologique, pouvant comporter plusieurs incidences afin de mieux évaluer les déplacements fragmentaires. Il est très souvent nécessaire de réaliser un scanner qui va permettre de mieux définir la fracture que vous présentez.

D'autres explorations (IRM, électromyogramme, artériographie) pourront être nécessaires en fonction du traumatisme et des lésions associées suspectées.

Le bilan a pour but de préciser la ou les fractures, d'adapter les traitements et d'évaluer le risque d'arthrose secondaires lors des atteintes articulaires.

En absence de traitement d'une fracture déplacée, l'évolution se fera systématiquement vers une arthrose (dégénérescence) des articulations touchées à court terme responsable de douleurs et boiterie secondaires limitant les capacités de marche.

LES TRAITEMENTS POSSIBLES

LE TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE (NON CHIRURGICAL)

Le traitement orthopédique (non chirurgical) est possible dans certains cas de fractures peu ou pas déplacées ou si l'état général ne permet pas d'envisager de chirurgie (polytraumatisme, ...). Il reposera sur une immobilisation (plâtre ou résine) avec une suppression d'appui initiale plus ou moins prolongée en fonction des constatations de votre chirurgien,

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL (LES OPERATIONS)

Le traitement chirurgical peut être proposé quand le traitement médical n'est pas possible en raison du déplacement de la fracture. La chirurgie fera appel à 4 types principaux d'interventions qui peuvent être associées entre elles et seront décrites ci-dessous :

- **La réparation ou « ostéosynthèse »**
- **Le blocage temporaire des surfaces articulaires ou « arthrorise »**
- **La stabilisation temporaire par fixateur externe**
- **Le blocage définitif des surfaces articulaires ou « arthrodèse »**

L'ANESTHÉSIE

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 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 loco-régionale (anesthésie englobant un segment de membre, de la jambe aux orteils), rachidienne (anesthésie du bassin et des membres en piquant entre deux vertèbres) ou générale.

Une transfusion sanguine est parfois nécessaire dans les suites de cette chirurgie. Bien que le saignement soit généralement limité, des pathologies propres peuvent rendre l'apport de globules rouges nécessaire (anémie préopératoire, troubles de coagulation, traitement anticoagulant ou antiagrégants...).

LES OPÉRATIONS

L'intervention se déroule généralement en position allongée sur le dos mais peut parfois selon les types de fractures être réalisée sur le côté ou à plat ventre.

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)).

Ces interventions sont de durée variable, de 30 min à 2 heures selon le type d'intervention.

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.

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.

➤ L'OSTEOSYNTHESE

Les techniques chirurgicales sont nombreuses.

Le but est de repositionner les fragments osseux et ligamentaires de façon la plus anatomique possible et de les fixer à l'aide de matériel chirurgical. Les moyens de fixation sont variables : on peut utiliser des vis, plaques, broches, agrafes, fils, cerclage...

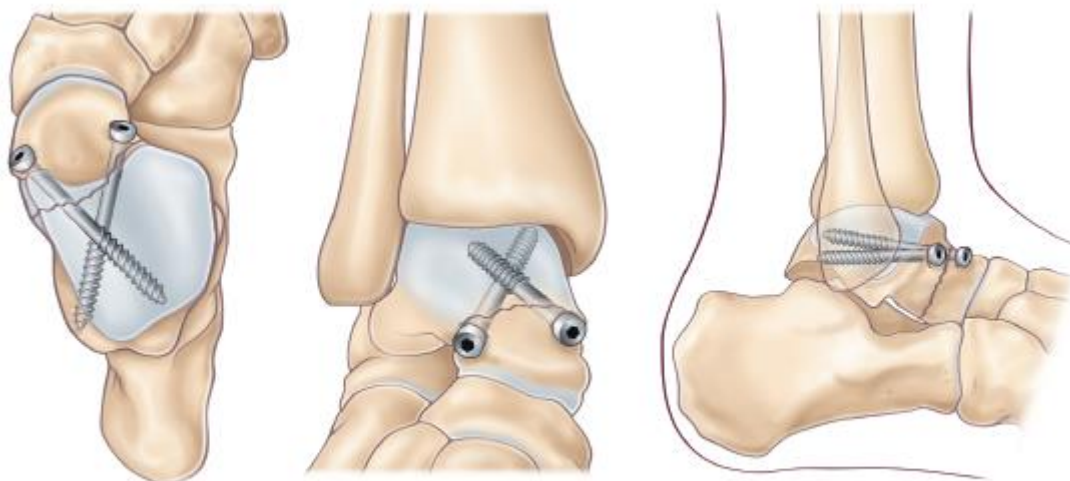
Ces différentes possibilités peuvent être associées entre elles.

Pour atteindre certaines fractures du corps du talus, l'abord peut nécessiter de réaliser un geste complémentaire d'ostéotomie du tibia (= couper le tibia) ou de la fibula (=couper la fibula) pour atteindre et traiter la fracture.

L'incision classique en chirurgie conventionnelle (dite à ciel ouvert) permettant d'agir sous contrôle de la vue est généralement compris entre 15 et 20cm, plusieurs cicatrices sont parfois nécessaires.

Certaines interventions peuvent être réalisées par voie mini-invasive (incisions de quelques centimètres), percutanée (incisions de quelques millimètres) sous contrôle de la radiographie ou sous arthroscopie (insertion d'un caméra dans l'articulation pour contrôler le positionnement et la fixation des fragments osseux).

Ces interventions durent entre 30min et 2h, en position à plat dos sur la table opératoire. Un petit coussin peut être placé sous la fesse pour orienter correctement la cheville.



Exemple de fracture du col du talus et ostéosynthèse

➤ L'ARTHRORISE

Elle consiste en un blocage temporaire d'une ou plusieurs articulations du pied et/ou de la cheville afin de les stabiliser au moyen matériel chirurgical (broches, clou, vis, ...) qui sera retiré secondairement après plusieurs semaines lorsque la cicatrisation des éléments ligamentaires et capsulaires le permettra. Elle peut être nécessaire lors des luxations articulaires (dislocation d'une articulation), en cas d'instabilité articulaire après repositionnement des fragments osseux ou si l'état local (fracture ouverte, perte de couverture cutané...) ou général (polytraumatisme) ne permet pas de chirurgie plus complexe.

L'intervention peut se dérouler :

- De façon conventionnelle avec une ou plusieurs cicatrices de plusieurs centimètres de longueur permettant d'intervenir sous contrôle de la vue.
- En chirurgie mini-invasive ou percutanée sous contrôle de la radiographie par des incisions centimétriques pour la mise en place du matériel.

Une immobilisation (plâtre, attelle...) est souvent nécessaire pendant quelques semaines de même qu'une période sans appui, variable selon les cas et les techniques.
Ces interventions durent de 30 minutes à 2h, en position à plat dos sur la table opératoire ou couché sur le côté.

➤ LA FIXATION EXTERNE

La stabilisation du pied et de la cheville peut nécessiter l'emploi de fixation externe (fixation hors de la peau maintenue par des broches passées au travers de la peau) en cas de fractures complexes et/ou comminutives non réparables, de lésions vasculo-nerveuses associées (stabilisation rapide permettant la réparation des vaisseaux sanguins assurant la survie du pied) ou si l'état général ne permet pas de chirurgie plus complexe.

Cette intervention peut être le préalable à d'autres intervention au niveau de la cheville et de l'arrière-pied.

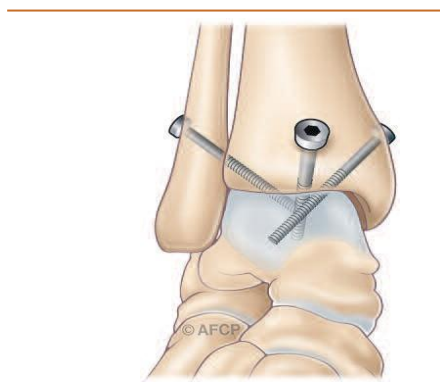
Cette intervention dure entre 1 à 2h en position à plat dos sur la table chirurgicale. Un coussin peut être placé sous la fesse pour orienter correctement la cheville.

➤ L'ARTHRODESE

Elle consiste en un blocage définitif d'une ou plusieurs articulations du pied et/ou de la cheville en cas de lésion articulaires graves non réparables au moyen de matériel chirurgical (vis, plaque, clou, ...). Les arthrodèses entraînent des raideurs séquellaires variables en fonction des articulations lésées.

L'intervention, généralement en chirurgie conventionnelle à ciel ouvert, nécessite une ou plusieurs incisions de 15 à 20 cm sur la face antérieure, externe ou interne de la cheville selon les fractures et prend généralement entre 1 et 2h en position à plat dos ou sur le côté. L'emploi de la radiographie pour contrôler le matériel est quasi systématique.

Une immobilisation est généralement nécessaire pendant quelques semaines suivant l'opération et l'appui est plus ou moins rapide selon les consignes de votre chirurgien.



Exemple d'arthrodèse de cheville

➤ 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-OPÉRATOIRE

➤ L'HOSPITALISATION

La durée moyenne d'hospitalisation varie de l'ambulatoire à 1 semaine. Elle dépend de l'intervention, des gestes associés, ainsi que de votre situation médicale et sociale.

➤ LA DOULEUR

Ces interventions faisant appel à des gestes osseux, ligamentaires ou tendineux, elles peuvent parfois être douloureuses. Ainsi, l'utilisation d'antalgiques puissants est fréquente (en comprimés, en perfusions, en injections). Il est également parfois utilisé une anesthésie plus ou moins prolongée et complète du membre opéré (bloc anesthésique ou anesthésie locorégionale) pour diminuer ou supprimer les douleurs durant les premiers jours.

➤ LE DRAINAGE

En fin d'intervention et pour éviter un hématome, il peut être mis un drainage (système pour évacuer le saignement post opératoire). Celui-ci est retiré au bout de quelques jours.

➤ LE LEVER – L'IMMOBILISATION

Le lever est le plus précoce possible, fonction de votre état de santé et de l'intervention effectuée (généralement le lendemain de l'intervention). Il doit alterner avec la surélévation du membre opéré lorsque vous n'êtes pas debout.

Il est parfois nécessaire d'être immobilisé (plâtre, attelle...) et de respecter une période sans appui variable selon l'intervention réalisée.

➤ LE PANSEMENT

Il 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 souvent envisagée selon l'évaluation de votre état de santé par le chirurgien et le médecin anesthésiste, et surtout en fonction du type d'opération réalisé (autorisant ou non l'appui).

➤ L'ŒDÈME POST-OPÉATOIRE

Il correspond au gonflement de la cheville, du pied et des orteils. Il est habituel en chirurgie de la cheville et du pied, et ne constitue 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-OPÉATOIRES

Ces interventions importantes, intervenant sur une articulation portante, nécessitent un suivi attentif et régulier par votre chirurgien, par des contrôles cliniques, radiologiques et éventuellement biologiques dont les résultats seront incorporés dans votre dossier.

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, ainsi qu'à la vérification de l'absence de déplacement de la correction chirurgicale grâce à des radiographies. Les consultations ultérieures concernent la surveillance de l'évolution des gestes effectués et de votre récupération fonctionnelle.

Le suivi et l'ablation de l'immobilisation (quand celle-ci a été mise en place), la prescription de la rééducation (reprise d'appui...) et la validation de la reprise du travail et du sport se feront selon le protocole de votre chirurgien.

Les ostéotomies de réaxation 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. Pour les ostéotomies, le suivi sera ensuite régulier pour surveiller la vitesse d'évolution de l'arthrose et éventuellement réaliser d'autres interventions. Les arthrodèses, une fois consolidées, sont généralement stables dans le temps. Par contre, la surveillance clinique s'attachera aux articulations voisines qui vont être plus souvent sollicitées.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION

L'intervention a pour objectif de favoriser une consolidation osseuse et ligamentaire dans la position la plus anatomique possible afin de limiter ou ralentir l'évolution de l'arthrose. Dans les fractures les plus importantes, articulaires et complexes, il existe parfois des lésions cartilagineuses irréparables. L'intervention chirurgicale initiale aura alors pour but de réaligner les fragments osseux avant une nouvelle intervention de blocage articulaire dans un second temps.

La consolidation (cicatrisation) osseuse est généralement atteinte en 3 mois ; mais la récupération fonctionnelle est souvent plus longue entre 6 mois et 1 an.

La durée de l'arrêt de travail sera fonction de l'évolution de votre consolidation et de votre activité professionnelle. **Celle-ci peut varier de deux à six mois.**

Malgré toute l'attention et les soins portés par votre chirurgien, les fractures du talus restent des traumatismes graves pouvant fréquemment générer des séquelles en terme de douleurs, raideur, ou d'arthrose secondaire.

Par ailleurs, la vascularisation fragile du talus vous expose à un risque d'ostéonécrose (cf plus bas)

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 cette pathologie.

➤ 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'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 une immunodépression (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.

➤ 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 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 réintervenir pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons...

➤ LES COMPLICATIONS MÉDICAMENTEUSES

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.

➤ 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 thromboemboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse. **L'arrêt complet du tabac est recommandé 6 semaines après l'opération. (En cas de besoin n'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant).**

➤ LA RAIDEUR

Tout geste articulaire peut entraîner un enraidissement de l'articulation, temporaire ou définitif. Cette raideur peut nécessiter des séances de rééducation ou même une ré-intervention. Bien sûr, dans le cas d'une arthrodèse (=blocage), il ne s'agit pas d'un risque ou d'une complication, puisqu'il s'agit du but de l'intervention.

➤ 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 s'effectuer avec 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.

➤ LE DÉMONTAGE ET BRIS DE MATÉRIEL

Votre prise en charge chirurgicale fait appel à la mobilisation de segments osseux, nécessitant, le plus souvent, 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. Celles-ci peuvent être du fait de leur fragilité propre (rupture du matériel) ou secondaire au déplacement du montage du fait de contraintes mécaniques trop élevées (par exemple par non-respect des consignes de non appui) sur les structures où ils sont implantés (déplacement du matériel entraînant une perte de la correction).

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

➤ L'OSTÉONECROSE

Le talus possède une vascularisation fragile qui a pu être blessée lors du traumatisme ayant causé la fracture ce qui peut nuire à sa viabilité. L'ostéonécrose correspond à une zone de nécrose (mort) osseuse plus ou moins étendue à une ou plusieurs surfaces articulaires.

Le risque existe, quel que soit le traitement (médical ou chirurgical) pendant **2 à 3 ans suivant le traumatisme.**

Sa survenue, génératrice de douleurs, justifie habituellement de chirurgie reposant sur des arthrodèses avec réalisation de greffe osseuse.

➤ L'ARTHROSE

Les fractures articulaires traitées chirurgicalement ou médicalement perturbent les surfaces de glissement des articulations et donc leur bon fonctionnement. Il est possible d'observer secondairement une usure prématurée (arthrose secondaire) des articulations qui peut engendrer des douleurs, raideurs ou une limitation des capacités de marche. Cela peut nécessiter la réalisation de chirurgie ultérieure de blocages des articulations (arthrodèse) atteintes.

➤ 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.**

Questions fréquentes

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

Même si vous présentez une fracture bilatérale (=des deux chevilles), il n'est pas recommandé de faire les deux opérations en même temps. Un délai de quelques jours peut être proposé.

« *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 deviennent douloureux ou s'ils augmentent 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, cela 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) cela 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.