SOFCOT ORTHORISQ AFCP FFAS Association Française de Chirurgie du Pied French Foot and Ankle Society L'association le lien

FICHE D'INFORMATION PATIENT N°33

LA MALADIE DE FREIBERG

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 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)

SCAN ME

On regroupe sous le terme de « métatarsalgies » l'ensemble des douleurs mécaniques se projetant sous l'avant du pied, en regard des métatarsiens (os longs de l'avant-pied qui s'articulent avec les phalanges des orteils).

La maladie de Freiberg est une cause particulière de métatarsalgies mécaniques touchant isolément un métatarsien. Il s'agit d'une ostéonécrose partielle d'une tête métatarsienne.

L'ANATOMIE

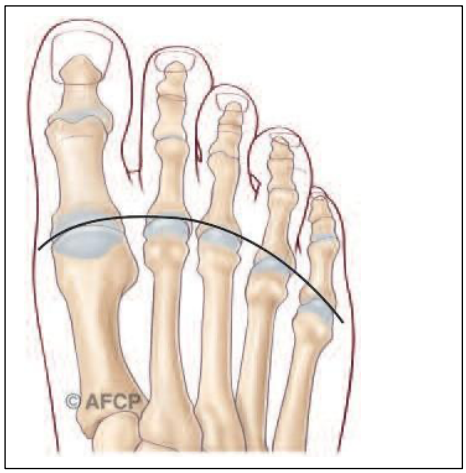
Le squelette de l'avant-pied est constitué de 5 os longs et parallèles (les métatarsiens), se prolongeant par plusieurs phalanges (le squelette des orteils).

Les métatarsiens s'articulent en amont avec le dos du pied ou le cou de pied : ces articulations sont peu mobiles.

Les métatarsiens s'articulent en aval avec les orteils. Ces articulations, dites métatarso-phalangiennes, sont en revanche très mobiles.

Les articulations métatarso-phalangiennes sont essentielles pour la marche :

- Le glissement est facile et indolore grâce au cartilage qui recouvre les extrémités osseuses
- La stabilité est assurée par à un manchon fibreux : «la capsule articulaire ». De chaque côté, cette capsule est épaissie au niveau des ligaments collatéraux alors qu'au niveau plantaire, elle est épaissie par une structure fibro-cartilagineuse «la plaque plantaire », augmentant la résistance à l'appui et sur laquelle repose la tête du métatarsien
- La mobilité est commandée par des tendons, prolongement des muscles de la jambe et du pied s'attachant sur les différents segments osseux. Le gros orteil bénéficie d'un système tendineux plantaire particulier avec des relais osseux « les sésamoïdes » s'articulant avec la face plantaire de la tête du premier métatarsien
- La sensibilité est sous la dépendance des nerfs sensitifs, terminaison des gros troncs nerveux de la jambe



Cette anatomie articulaire et fonctionnelle des métatarsiens permet ainsi une fonction dans la marche (phase de propulsion), mais aussi dans l'équilibre et la posture.
La fonction des os métatarsiens et des articulations métatarso-phalangiennes est ainsi de transmettre les forces venant de la cheville et de l'arrière-pied vers les orteils. Ceci se fait également aux moyens de systèmes élastiques composés des muscles de la jambe, d'une membrane puissante située dans la plante du pied (aponévrose plantaire) et de tendons extenseurs et fléchisseurs qui animent les orteils.

p

LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

La maladie de Freiberg est une ostéonécrose aseptique partielle d'une tête métatarsienne (c'est-à-dire qu'une partie de l'os de la tête métatarsienne « meurt » en raison d'un problème de vascularisation (=infarctus osseux).

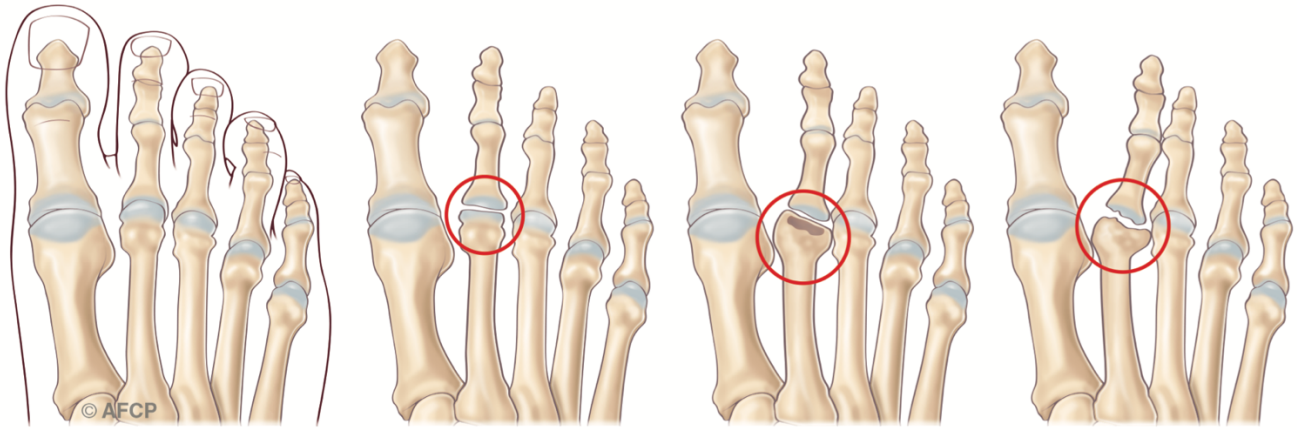
Elle touche très fréquemment le 2ème métatarsien mais peut survenir sur les autres métatarsiens.

La nécrose de l'os va initialement induire des douleurs centrées sur une articulation métatarso-phalangienne puis provoquer une évolution vers une arthrose plus ou moins importante de l'articulation en fonction de l'étendue de la nécrose.

L'arthrose de l'articulation métatarso-phalangienne peut être bien tolérée pendant longtemps et ne permettre de ce fait le diagnostic que lors des stades avancés.

Elle apparait souvent spontanément sans cause déterminée (dite idiopathique) mais peut être favorisée par de nombreux facteurs locaux (pied creux, excès de longueur métatarsienne, …), régionaux (rétraction musculotendineuse du mollet…) généraux (diabète, insuffisance rénale chronique, …).

Des facteurs micro traumatiques liés au mode de vie (course à pied sur terrain dur, …) peuvent aussi favoriser sa survenue.



Aplatissement de la tête métatarsienne

Déformation de la tête métatarsienne et séquestre osseux (arthrose avérée)

Arthrose sévère avec atteinte phalangienne en regard

LA CLINIQUE

La maladie de Freiberg se traduit différemment selon son stade d'évolution.

Des douleurs sous l'avant pied, dans le capiton plantaire peuvent apparaitre à l'appui debout ou à la marche, au saut, au travail, dans des chaussures à semelles dures… Parfois les douleurs se situent dans l'épaisseur du pied ou sur le dessus. Elles limitent souvent l'activité physique ou sportive, peuvent irradier vers le haut en direction de la cheville ou de la jambe.

En cas d'arthrose plus avancée, l'articulation concernée peut présenter un enraidissement et/ou une déformation dorsale qui peut occasionner un conflit de chaussage et être ainsi au premier plan des symptômes.

L'examen de l'appui plantaire recherchera des signes cutanés (durillons, cors…) évocateurs de surcharges mécaniques, éliminera d'autres douleurs d'avant pied (notamment neurologiques comme pour la maladie de Morton). Les articulations métatarso-phalangiennes seront examinées avec soin à la recherche de lésions des plaques plantaires.

L'examen clinique ne se limitera pas à l'avant pied, recherchant par un examen statique et dynamique à la marche des causes favorisantes sur l'ensemble du segment jambier, qu'elles soient osseuses, articulaires, musculaires ou tendineuses.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic peut être évoqué cliniquement dans les stades d'arthrose avancée mais reste souvent radiologique. On peut ainsi observer des modifications de morphologie d'une tête métatarsienne sur les radiographies. Des examens complémentaires (IRM, scanner,

p

scintigraphie …) peuvent être nécessaires pour le diagnostic mais aussi pour guider le traitement.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX

➢ LES PRINCIPES DU TRAITEMENT MEDICAL

Le premier traitement est médical et découle des causes favorisantes. Il doit essayer de limiter les douleurs à l'appui et de corriger les causes favorisantes de la pathologie. On commencera par l'aménagement des souliers (chaussures plus larges, plus souples et amortissantes, talons moins hauts).
Le recours à des semelles plantaires (orthèses plantaires réalisées par votre pédicure podologue) répartissant mieux les appuis permet une amélioration des douleurs. Parfois ces semelles peuvent corriger une attitude anormale (pied creux, trouble d'appui au sol…).

Le maintien de la souplesse des articulations du pied par des séances de rééducation et des exercices d'auto-assouplissement quotidiens est capital surtout en cas de rétraction tendineuse, par exemple « rétraction des gastrocnémiens ».

Dans certains cas, une infiltration articulaire à visée antalgique pourra être prescrite.

Il faudra également contrôler le suivi médical des pathologies générales et chroniques pouvant favoriser l'apparition ou l'évolution d'une maladie de Freiberg.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

➢ LES PRINCIPES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical intervient en cas de résistance au traitement médical ou dans les stades plus évolués de la maladie.

Le traitement chirurgical repose principalement sur 2 types d'interventions dont le choix va dépendre de votre maladie et de son étendue, du stade d'arthrose et des habitudes de votre chirurgien :

Le Débridement articulaire (nettoyage articulaire) :

Les ostéotomies de nettoyage (débridement ou cheïlectomie) visant à supprimer un conflit de chaussage isolé en cas de déformation dorsale avec prolifération osseuse sans douleurs articulaires dans les nécroses très limitées ;

p

Les Ostéotomies :

Il s'agit de gestes de chirurgie osseuse visant à traiter localement la maladie en conservant l'articulation malade. L'ostéotomie va permettre de « couper l'os » et de la réorienter en fonction de l'étendue de la maladie ou de facteurs locaux. Il existe plusieurs types d'ostéotomie mais on peut citer :

- **Les ostéotomies de ré axation** comme l'ostéotomie de Gauthier. Cette intervention vise à retirer la partie malade de l'articulation et de réaxer la surface articulaire saine restante.

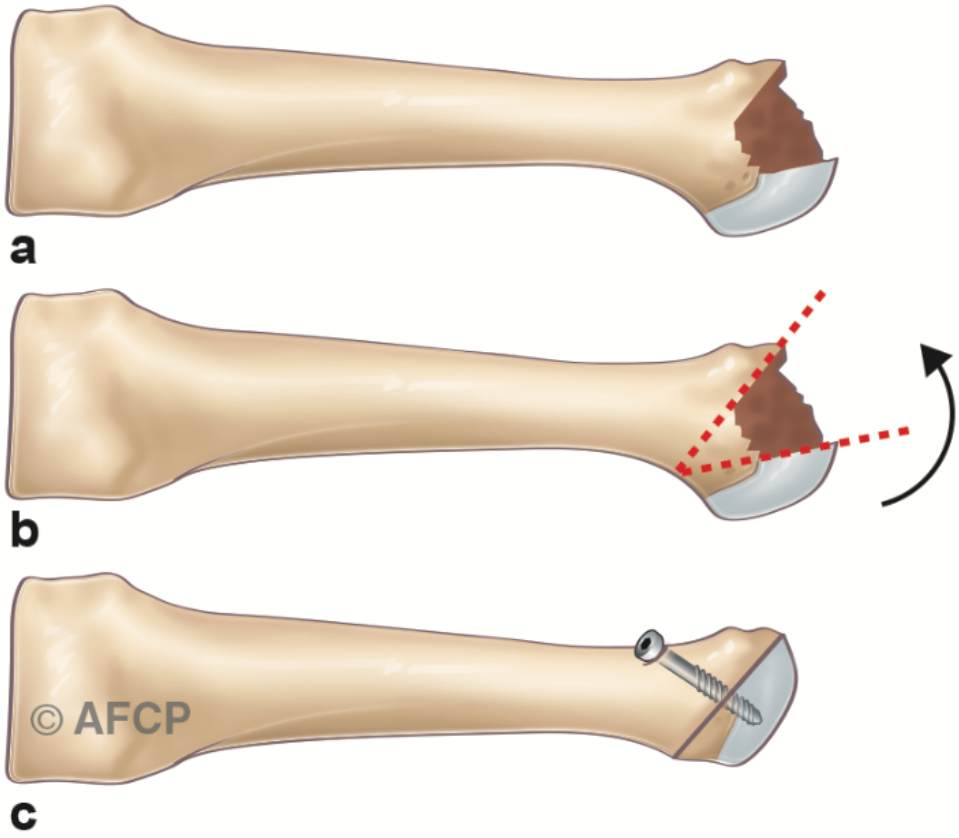
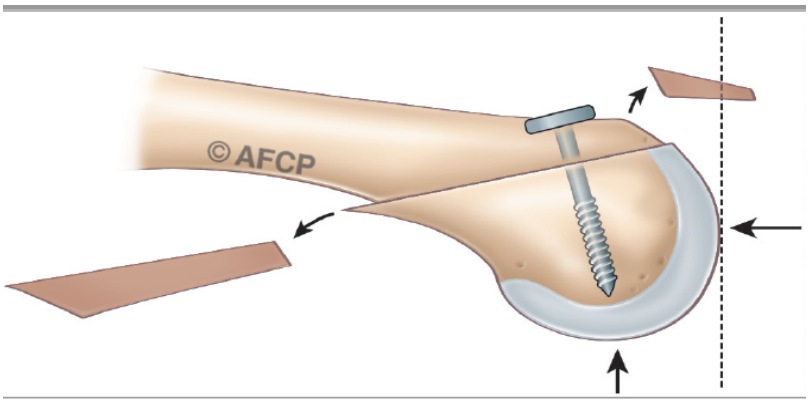


Schéma ostéotomie de Gauthier

- **Les ostéotomies raccourcissantes** qui visent à décomprimer l'articulation. Celles-ci peuvent être réalisées en chirurgie conventionnelle (dite « à ciel ouvert ») comme l'ostéotomie de Weil ou en chirurgie percutanée.

p



Les Arthroplasties :

En cas d'arthrose avancée, il peut exister une destruction de la tête métatarsienne qui ne permet plus de conserver l'articulation. L'intervention visera alors à la remplacer par un matériel prothétique synthétique afin de conserver la mobilité articulaire.

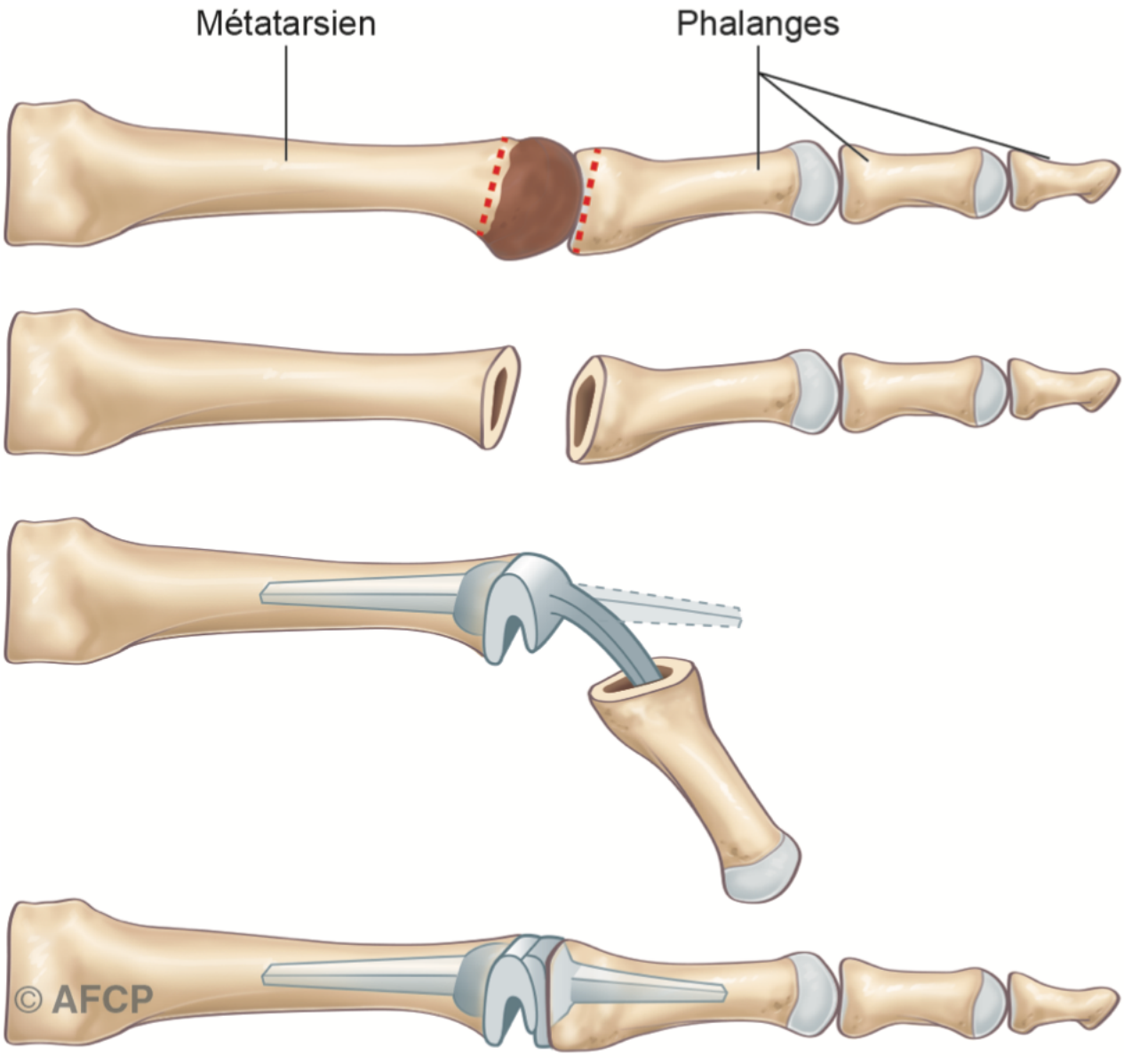


Schéma Arthroplastie

p

L'HOSPITALISATION

L'hospitalisation en ambulatoire est habituelle (une seule journée). En fonction de l'importance de l'opération, de gestes associés ou de paramètres qui vous sont personnels (âge, pathologies associées, traitements lourds mis en œuvre pour l'opération ou déjà prescrits, lieux éloignés de votre domicile, isolement personnel…) l'hospitalisation peut être de quelques jours.

➢ L'ANESTHESIE

Une consultation pré-opératoire 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 sur des risques propres.
L'anesthésie peut être locale (anesthésie de l'orteil et du métatarsien concerné), loco-régionale (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. L'anesthésie se fera avant l'opération, en salle de pré-anesthésie ou directement en salle d'opération.
Une transfusion sanguine est exceptionnelle dans ce type de chirurgie où le saignement est très limité.

➢ L'INSTALLATION AU BLOC

Le plus souvent, vous serez installé sur le dos ; parfois légèrement incliné sur le côté, pour mieux dégager l'endroit à opérer. Parfois, et notamment pour les gestes d'allongement du mollet, une installation à plat ventre peut être utilisée. L'installation peut également être modifiée en raison d'autres gestes programmés. **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)).**

Lors de l'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 en fonction de la zone à opérer.
L'utilisation d'un appareil de radiologie en salle d'opération est fréquente, en particulier en cas de geste percutané.

- **LA DUREE** de l'intervention dépend des gestes chirurgicaux retenus. Elle peut aller de 15 mn à quelques heures.

- **LES INCISIONS** dépendront des gestes effectués et des techniques choisies. Les longueurs peuvent aller de quelques mm à plus de 10 cm. Leurs nombres et situations seront très variables et pourront intéresser le genou, la jambe, la cheville et le pied. Elles vous seront expliquées par votre chirurgien en fonction du programme opératoire retenu.

p

➢ 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, silicone, pyrocarbone, 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 REPRISE DE L'APPUI

- En cas de chirurgie limitée à l'avant pied, 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.

➢ L'ŒDEME POST-OPERATOIRE (=gonflement du pied et des orteils)

Cet œdème 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 LOCAUX 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. Dans le cas de la chirurgie percutanée, le plus souvent le pansement est refait par le chirurgien ou son équipe.

p

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.

➢ LES IMMOBILISATIONS

En cas de chirurgie limitée à l'avant pied, il n'y a pas habituellement d'immobilisation stricte.

➢ LES TRAITEMENTS MEDICAUX

-Un traitement anticoagulant peut dans certains cas vous être prescrit afin de limiter le risque de formation de caillot de sang dans vos veines (phlébite) ; il est fonction de l'importance de l'opération, de votre autonomie et de facteur de risque qui vous sont propres.
-Les douleurs post opératoires sont variables car dépendent de l'importance de l'intervention : un geste osseux et des parties molles sur les 5 orteils sera plus lourd qu'un geste uniquement tendineux sur un seul orteil… pourtant et même si des antalgiques forts peuvent être utilisés dans les suites immédiates, le retour à la maison avec des antalgiques simples est la règle.

CE QUE L'ON PEUT ATTENDRE DE L'OPERATION

L'objectif n'est pas de rétablir une anatomie normale. Le rétablissement de la fonction de votre pied a pour but un retour à une marche chaussée indolore. Bien entendu, certaines lésions avancées ne pourront pas être totalement corrigées et des douleurs secondaires limitées peuvent persister.

LES CONSULTATIONS POST OPERATOIRES ET LE SUIVI

Un suivi post opératoire adapté vous sera proposé par votre chirurgien, son rythme dépendra du geste opératoire et de son évolution.
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.

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 prothèses articulaires nécessitent une surveillance attentive, car il s'agit d'implants dont la durée de vie peut être limitée par des phénomènes d'usure ou de fragilité osseuse.
Le suivi habituel est d'environ 3 mois, correspondant au délai de consolidation osseuse habituel et au retour à un chaussage standard.

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).

p

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, tout traitement comporte malheureusement une part d'échec mineure. Cet échec peut être la réapparition des symptômes, mais peut aussi comporter des 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). Il est impossible de vous présenter ici toutes les complications possibles, mais nous avons listé les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent être rencontrées dans votre 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 justifier des réinterventions 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 aux soins infirmiers, il peut exister des troubles de cicatrisation parfois favorisés par une pathologie générale ou locale tel le diabète ou les insuffisances circulatoires par exemple. On peut ainsi retrouver un retard ou un trouble de cicatrisation pouvant aller de la cicatrise disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection.

➢ DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

Votre prise en charge chirurgicale peut faire appel à la mobilisation 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 complication, 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).
Ainsi ce matériel chirurgical peut parfois nécessiter d'être réopéré 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

p

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, réalisant une phlébite. Ce caillot peut même gagner la circulation pulmonaire et être responsable d'une embolie aux conséquences parfois graves voir fatales.
Les anticoagulants ayant leur propres risques (hémorragie, allergie) ils ne sont pas automatiques mais adaptés à chaque cas.

➢ 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… elles comportent bien sur des risques propres et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

➢ LES COMPLICATIONS « DE VOISINAGE »

Etant donné 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 proximités : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire… Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré intervenir, pour drainer un hématome, décomprimer un nerf, libérer des tendons…

➢ 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 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.

➢ 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.

➢ LA RECIDIVE

Malgré une correction initiale favorable, une récidive de la déformation est toujours possible. Elle est parfois la conséquence d'un état prédisposant personnel (hyperlaxité constitutionnelle) ou d'anomalie plus globale de votre pied (pied plat).

➢ 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

p

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 ? »

En cas de chirurgie sur l'avant-pied, il est parfois possible selon les habitudes de votre chirurgien, selon la technique choisie et selon le type d'anesthésie d'opérer les deux pieds en même temps. Cependant si des gestes plus lourds sont nécessaires au niveau de la jambe (par exemple allongement des gastrocnémiens(=jumeaux) ou du tendon d'Achille…) ou de l'arrière-pied (gestes osseux) il est généralement conseillé de ne pas opérer les deux côtés en même temps. Parlez-en avec votre chirurgien qui saura vous expliquer et vous conseiller sur les interventions les plus adaptées à 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).

En moyenne le temps pour retrouver une chaussure « normale » est d'environ trois mois.

« 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.

En cas de geste sur l'arrière-pied ou la jambe, l'utilisation d'une botte de marche amovible ou d'une botte rigide (plâtre ou résine) est parfois possible et l'appui complet peut ne pas être autorisé, et l'utilisation dans ce cas des béquilles indispensable.

« Que faire si mon pied ou ma cheville redeviennent 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, 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

p

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.

p