



AFCP
FFAS

Association
Française de
Chirurgie du
Pied
French
Foot and
Ankle
Society



FICHE D'INFORMATION PATIENT N°34 :

HALLUX LIMITUS FONCTIONNEL

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

Il vous a expliqué les modalités de cette prise en charge (alternatives thérapeutiques, déroulement de l'opération, suites opératoires, résultats prévisibles, mais aussi les principales complications possibles...).

Ce formulaire est un outil supplémentaire que votre chirurgien met à votre disposition pour vous rappeler les points clés de cette pathologie et vous permettre de revenir sur les points importants de l'opération à venir.

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

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

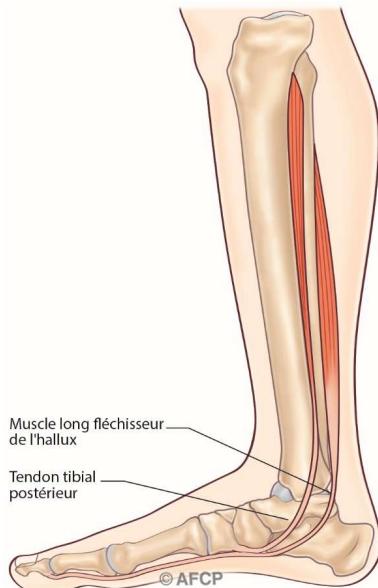
Fiche consultable en ligne sur les sites

AFCP (<https://www.afcp.com.fr/infos-publiques/infos-patients/>)
SOFCOT (<http://www.sofcot.fr/infos-public-Patients>)
ORTHORISQ (<http://www.orthorisq.fr>)

L'hallux limitus fonctionnel est un trouble du fonctionnement normal du premier orteil (« gros orteil » ou « hallux ») lié au blocage d'un tendon (tendon long fléchisseur ou l'hallux ou FHL) en arrière de la cheville. Ce dysfonctionnement de l'hallux peut engendrer plusieurs types de symptômes sur l'avant du pied et la cheville.

L'ANATOMIE

Anatomie du tendon du Long Fléchisseur de l'Hallux (ou Flexor Hallux Longus FHL)



Le squelette osseux du gros orteil (« hallux ») est constitué du premier métatarsien (M1) se prolongeant par deux phalanges (P1 et P2). L'articulation entre la tête du premier métatarsien et la base de la première phalange (articulation « métatarso-phalangienne ») est normalement rectiligne ou peu inclinée vers l'extérieur (10° de valgus en moyenne). Lors de la marche, le gros orteil peut ainsi bouger facilement et sans douleur pour s'adapter au terrain et à la chaussure.

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

Le glissement est facile et indolore grâce au cartilage qui recouvre les extrémités osseuses.

La sensibilité est sous la dépendance des nerfs sensitifs, terminaisons des gros troncs nerveux de la jambe.

La stabilité est assurée par un manchon fibreux, « la capsule », renforcée par des « ligaments ».

La mobilité est commandée par des tendons, prolongements des muscles de la jambe s'attachant sur les différents segments osseux. Les tendons extenseurs permettent de relever le gros orteil. Les tendons fléchisseurs sont au nombre de 2 : le court fléchisseur provient de la plante du pied et rejoint la 1^{ère} phalange. ; le tendon long fléchisseur de l'hallux ou flexor hallux longus (FHL) part du muscle situé en arrière de la jambe et rejoint le gros orteil en passant dans un tunnel fibreux en arrière de la cheville puis sous le pied.

LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

L'hallux limitus fonctionnel est un problème mécanique du pied souvent sans déformation apparente des orteils. Le dysfonctionnement de l'hallux est lié à un blocage du tendon long fléchisseur en arrière de la cheville dans un tunnel fibreux



anatomique. Ce blocage va perturber le déroulé du pas et donc le bon fonctionnement du pied lors de la marche. Cela peut engendrer une limitation de mobilité du gros orteil mais aussi des répercussions sur le reste du pied et de la marche.

Le blocage du tendon peut avoir différentes origines comme un corps musculaire trop bas venant buter contre la poulie, un os accessoire surnuméraire ou un épaississement fibreux de la poulie naturellement trop petite ou bien d'origine post traumatique et inflammatoire. Le tendon du long fléchisseur de l'hallux peut aussi être le siège d'une maladie entraînant un épaississement du tendon bloquant son passage normal dans le tunnel fibreux.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'hallux limitus fonctionnel est tout d'abord clinique. Il peut dans certains cas exister une déformation du gros orteil avec apparition d'une bosse sur le dessus de l'articulation. Souvent il n'existe pas de déformation apparente mais un problème de mobilité du gros orteil vers le haut. Certains patients peuvent présenter des douleurs directement en arrière de la cheville, sur le trajet du tendon sous le pied ou sous le gros orteil, qui peuvent être prises à tort pour un autre problème. Le diagnostic repose sur des tests cliniques dynamiques montrant l'impossibilité de relever le gros orteil dans certaines conditions.

Le diagnostic sera dans la majorité cas confirmé par un examen d'imagerie des parties molles comme une IRM ou une échographie spécifique. D'autres examens complémentaires (d'imagerie comme un bilan radiographique, scanner... et parfois biologiques : prise de sang) pourront être demandés par votre chirurgien afin de rechercher une origine particulière suspectée lors de la consultation ou pour guider le geste chirurgical.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX (NON CHIRURGICAUX)

Le traitement médical va à la fois essayer d'agir sur le blocage du tendon mais aussi sur les répercussions de celui-ci à la marche.

Un traitement médicamenteux antalgique ou antiinflammatoire peut être utile pour diminuer les phénomènes douloureux, mais il ne pourra pas à lui seul débloquer le tendon.

Le traitement médical pourra comporter des soins de rééducations, des exercices d'auto rééducation et des séances d'ostéopathie pour améliorer la mobilité du tendon, des orthèses plantaires réalisées par un pédicure-podologue (semelles orthopédiques), une adaptation du chaussage.

Des traitements médicamenteux complémentaires pourront être nécessaires en fonction de l'origine suspectée par votre chirurgien comme, par exemple, une



infiltration locale de corticoïdes pour un problème local ou un traitement médicamenteux de fond institué par un rhumatologue en cas de maladie inflammatoire associée.

Le traitement chirurgical (visant à décoincer le tendon) est proposé quand les douleurs limitent vos activités malgré un traitement médical bien conduit.

QUE SE PASSE-T-IL SI ON NE FAIT RIEN ?

Au fur et à mesure du temps (avec une vitesse d'évolution différente selon les causes), le blocage tendineux s'accentue, conduisant à une aggravation des symptômes. Par ailleurs, la perturbation du fonctionnement du gros orteil peut engendrer des répercussions sur le reste du pied et conduire à l'apparition d'autres problèmes (métatarsalgies, tendinopathies, ...). Sur le long terme, il peut apparaître une usure prématuée de l'articulation du gros orteil (arthrose).

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

En l'absence d'amélioration avec le traitement médical et podologique, ou d'apparition de complications, il est possible d'envisager une prise en charge chirurgicale.

L'HOSPITALISATION

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

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 pourra être locorégionale (anesthésie d'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 rare dans ce type de chirurgie où le saignement est très limité.

L'INSTALLATION AU BLOC

Au bloc opératoire, vous serez généralement installé à plat ventre, 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.

LE DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

La durée de l'intervention varie de 30 minutes à 1h30. Le temps dépend de la technique choisie, des difficultés rencontrées et des éventuels gestes complémentaires réalisés pendant 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 ou de la jambe.

L'incision

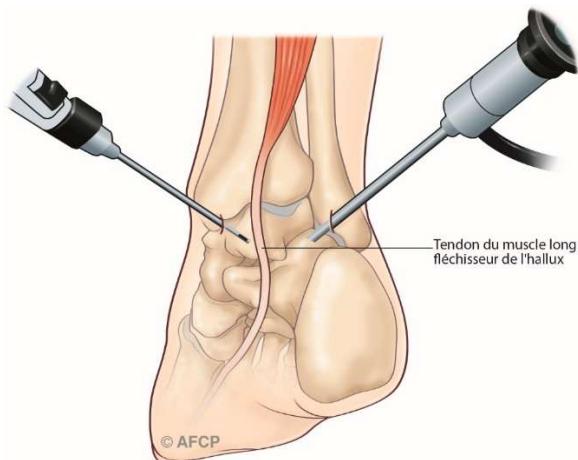
Les incisions se situent généralement en arrière de la cheville autour du tendon d'Achille. Leurs tailles et localisations dépendent de la technique chirurgicale utilisée, mais font généralement moins de 10 cm.

Le geste chirurgical principal

L'acte opératoire a pour but de corriger le blocage du tendon long fléchisseur de l'hallux dans sa poulie fibreuse en intervenant sur les os et/ou les tendons et les ligaments. Le choix de la technique employée dépend de l'importance du blocage ainsi que sa cause identifiée, de l'existence d'une arthrose articulaire, de votre âge et des habitudes de votre chirurgien.

LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

Plusieurs techniques chirurgicales peuvent être utilisées pour libérer le tendon et lui redonner une course normale. La libération tendineuse pourra être réalisée en chirurgie conventionnelle ou sous arthroskopie en fonction de la nature du blocage et des habitudes de votre chirurgien. Votre chirurgien va ainsi nettoyer le tendon long fléchisseur de l'hallux en ouvrant le tunnel fibreux où se situe le blocage et aussi agir dans le même temps sur l'origine du blocage comme par exemple le retrait d'un os surnuméraire si celle-ci a été identifiée.



- Schéma d'une arthroskopie postérieure de 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.

LE POST OPERATOIRE

> LA DOULEUR est liée à l'hématome, le gonflement du pied, une irritation d'un nerf sous cutané, une souffrance cicatricielle et d'autres causes moins fréquentes. La prise en charge de cette douleur débute souvent par le bloc anesthésiant réalisé en salle de pré-anesthésie. La levée de l'anesthésie peut être à l'origine d'une recrudescence de la douleur qu'il faudra prévenir. Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent vous être prescrits comme les antibiotiques, les antalgiques, les anti inflammatoires ou d'autres traitements. Ils comportent des risques propres et il ne faut pas hésiter à consulter votre médecin en cas d'inefficacité ou d'intolérance. Il est également parfois utilisé une anesthésie plus ou moins prolongée et complète du membre opéré (bloc anesthésique ou anesthésie loco-régionale) pour diminuer ou supprimer les douleurs les plus importantes des premiers jours.

> L'APPUI :

L'appui est généralement permis dans les suites immédiates de l'intervention, souvent sans déroulé du pas. Celui-ci pourra se faire par l'intermédiaire d'une botte d'immobilisation médicale post-opératoire ou sans aide technique selon les recommandations de votre chirurgien. Des cannes peuvent être utiles dans les premiers jours. Dans les cas de déformations les plus importantes, ou de fragilité osseuse, une période sans appui de quelques semaines peut vous être demandée. La reprise de la marche sera progressive, avec sevrage de l'immobilisation puis reprise d'une chaussure large avant de reprendre votre chaussage habituel. Les délais sont fonction de la pathologie initiale, de l'intervention réalisée, des habitudes de votre chirurgien et de facteurs qui vous sont propres (poids, solidité osseuse, importance du blocage initial, antécédents médicaux...)

> L'ŒDEME POST- OPERATOIRE

L'œdème postopératoire est habituel en chirurgie 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 du pied et la mise en place d'une contention veineuse peuvent être utiles.

> LA PREVENTION DES PHLEBITES :

En fonction des suites opératoires recommandées par votre chirurgien, il peut s'avérer nécessaire de mettre en place un traitement anticoagulant pour éviter la formation de caillots sanguins, pouvant boucher une ou plusieurs veines. En fonction de vos antécédents et de votre état de santé, ce traitement pourra être adapté (doses différentes, produit par injection réalisée par une infirmière ou par voie orale...)



> LE PANSEMENT est réalisé avec soins lors de l'intervention selon les habitudes de votre chirurgien. 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.

> ARRÊT DE TRAVAIL

Un arrêt de travail est généralement nécessaire après l'intervention chirurgicale. Sa durée est en moyenne de 2 à 4 semaines mais dépend de votre activité professionnelle et des gestes chirurgicaux réalisés.

> LES CONSULTATIONS POST OPERATOIRES

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

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION

L'intervention permet d'améliorer le fonctionnement du gros orteil en lui redonnant de la mobilité et de diminuer les douleurs mécaniques engendrées par son blocage, vous permettant de reprendre vos activités professionnelles, les activités de loisir et même la pratique du sport.

4 à 6 semaines après l'opération, un chaussage normal est généralement repris. Il est confortable et large, adapté à l'évolution de votre pied. Un chaussage plus fin (escarpins...) est possible, en fonction de votre cas, mais le plus souvent après plusieurs mois.

Après l'intervention, une activité légère (natation, vélo d'appartement...) est possible à partir de la 6^{ème} semaine. Des sports plus contraignants (footing, randonnée, step, tennis, ...) redeviennent possibles au bout de trois à six mois.

La conduite automobile est généralement reprise au bout d'un mois. La reprise peut être différée du fait du maintien du chaussage médical.



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 (= 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.

> 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 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 les 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 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 REGIONALES

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, 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 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 thrombo-emboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse.

L'arrêt complet du tabac est recommandé pendant au moins 6 semaines avant l'intervention et 6 semaines après l'intervention (En cas de besoin n'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant).

> LA RAIDEUR DOULOUREUSE

Tout geste tendineux peut entraîner un enraideissement de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil, temporaire ou définitif. Cette raideur peut nécessiter des séances de rééducation ou même une réintervention



> LA RECIDIVE

Le résultat clinique des interventions conservatrices peut se dégrader dans le temps, par récidive du blocage ou dégradation de l'articulation. Ces interventions conservatrices peuvent ainsi faire l'objet d'une reprise chirurgicale secondaire. Le résultat après l'opération n'est pas toujours celui que vous espérez. Le pied reste parfois déformé et/ou douloureux.

> LES MAUVAISES CICATRISATIONS

La prise en charge chirurgicale de votre pathologie est basée sur la cicatrisation des tissus qui est un phénomène biologique. Cependant, celle-ci peut faire défaut, ou l'objet d'un trouble de cicatrisation. Une nouvelle intervention chirurgicale peut alors être nécessaire.

> 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 traitement personnel nécessitant une modification ou un arrêt (par exemple, anticoagulants ou antiagrégants comme l'aspirine...),
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'événement non prévu au bloc opératoire, pouvant interrompre le déroulement de l'opération y compris après réalisation de l'anesthésie.

CONCLUSION

L'hallux limitus fonctionnel est dû au blocage du tendon long fléchisseur de l'hallux (FHL) dans sa poulie à la partie postérieure et médiale de la cheville entraînant un déroulé du pas vers l'extérieur (supination).

Cela peut entraîner différentes conséquences mécaniques :

- **Douleurs le long du tendon bloqué (sous la voûte plantaire, sous le talon ou derrière la malléole interne et parfois dans le mollet)**
- **La supination du pied (appui sur l'extérieur du pied) peut entraîner des douleurs sous les capitons plantaires (Morton, lésion de plaques plantaires...)**
- **Douleur sur le dessus de la tête du premier métatarsien pris à tort pour un hallux valgus.**
- **Sensation d'instabilité de cheville...**

L'hallux limitus fonctionnel peut faire l'objet d'une prise en charge opératoire après échec des traitements non chirurgicaux. La libération chirurgicale du



tendon long fléchisseur de l'hallux reste l'option thérapeutique chirurgicale adaptée.

Questions fréquentes :

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

Le plus souvent et même si vous présentez la même pathologie sur les deux pieds, il n'est pas recommandé de réaliser les interventions sur les deux côtés dans le même temps opératoire.

« Comment vais-je faire à mon domicile ? »

Selon l'opération réalisée, vous pourrez ou non reposer le pied par terre avec ou sans l'aide de cannes anglaises (béquilles).

Dans le cas de la chirurgie de l'avant-pied, vous pourrez marcher avec une (ou deux) chaussure(s) spéciale(s), prescrite(s) par votre chirurgien. Cette chaussure protège votre pied le temps de la consolidation de l'os, et de la cicatrisation des tissus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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