



FICHE D'INFORMATION PATIENT N°32

FRACTURE DU CALCANEUS

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

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

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

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

Fiche consultable en ligne sur les sites

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

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

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

CLIQUEZ SUR LE QR CODE





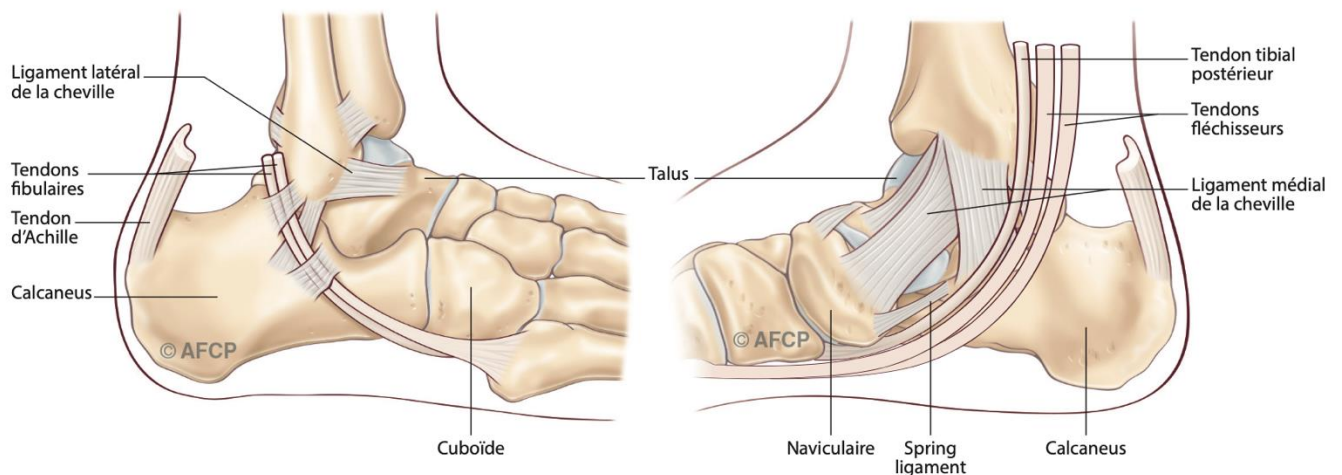
Vous présentez une fracture de votre calcanéus (ou calcaneum). **Il s'agit d'une fracture rare mais grave de l'arrière-pied. Malgré une prise en charge adaptée, le risque de séquelles ou d'évolution vers une arthrose (usure des surfaces articulaires) est réel.**

L'ANATOMIE

Le calcaneus est l'os du talon, il s'agit du plus volumineux os du pied.

Il est en contact directement avec le sol, supporte l'ensemble du poids du corps et redistribue les contraintes vers la jambe et le pied au moyen de 2 articulations. Il participe à l'équilibre de l'arrière-pied, l'adaptation du talon aux terrains accidentés et a un rôle d'amortisseur des impacts liés à la marche.

Il s'articule en haut avec le talus (anciennement astragale) au niveau de l'articulation sous talienne, et avec le cuboïde en avant dans l'articulation calcanéocuboïdienne.



Le calcaneus est en contact avec des tendons importants pour le fonctionnement et la stabilité du pied et de la cheville :

- En dedans se trouve le tendon tibial postérieur et les tendons fléchisseurs (d'orteils et de l'hallux) ;
- En dehors passent les tendons fibulaires (court et long fibulaires) qui longent la face latérale de l'os sous la malléole externe.
- En arrière, le tendon d'Achille vient s'insérer directement sur lui.

Il présente aussi des points attaches ligamentaires importants pour les ligaments latéraux et médiaux de cheville ainsi que pour le spring ligament qui participe au soutien l'arche interne du pied.

On retrouve également à proximité :

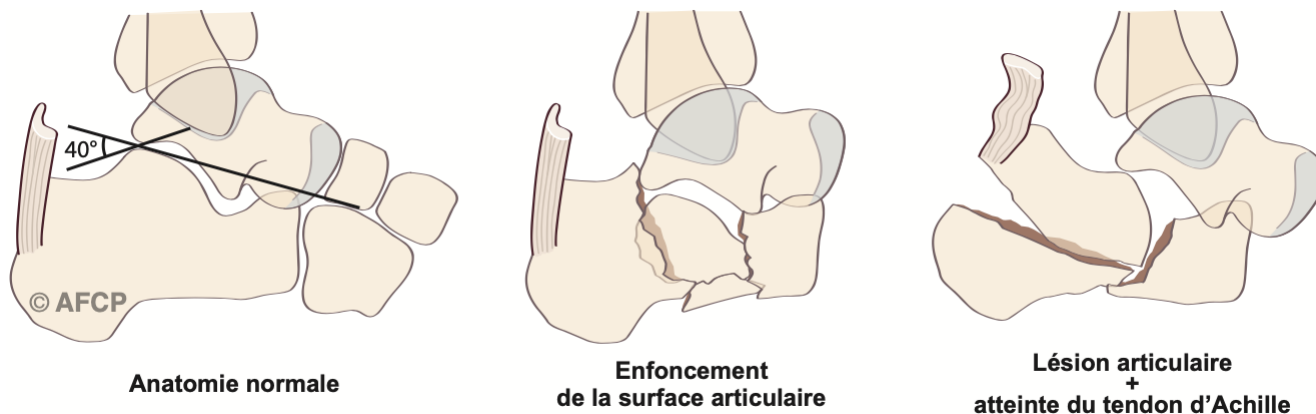
- Des éléments nerveux, responsables de la commande motrice des muscles et de la sensibilité de l'ensemble de la cheville et du pied ;
- Des éléments vasculaires artériels et veineux assurant la vascularisation depuis la cheville jusqu'aux orteils.



LA FRACTURE

Les fractures du calcaneus représentent 60% des fractures des os de l'arrière-pied mais seulement 1 à 2% des fractures de l'ensemble du squelette. Il s'agit de fractures graves pourvoyeuses de complications et pouvant laisser des séquelles.

Elles comprennent à la fois les fractures de la grosse tubérosité du calcaneus (partie postérieure de l'os) et des fractures articulaires (passant par une articulation, souvent l'articulation sous-talienne). Les fractures de la partie articulaire du calcaneus représentent 75% des cas, et sont souvent complexes et comminutives (plusieurs fragments osseux). Elles entraînent les lésions cartilagineuses les plus graves et sont le type de fracture le plus arthrogène (= provoquant l'apparition d'une arthrose plus ou moins tardivement).



Elle survient en général après une chute d'une hauteur élevée avec réception sur le talon ou lors d'accident de la voie publique. Il existe souvent un hématome important qui peut faire différer une prise en charge chirurgicale de plusieurs jours.

LE DIAGNOSTIC

À la suite d'un traumatisme, votre pied et votre cheville sont douloureux et peuvent être déformés avec un gonflement appelé « œdème » qui apparaît rapidement. L'œdème est souvent volumineux et la marche est difficile voire impossible.

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 souvent nécessaire de réaliser un scanner qui va permettre de mieux définir la fracture que vous présentez.

LES TRAITEMENTS

LE TRAITEMENT FONCTIONNEL

Après quelques jours d'immobilisation (une dizaine en moyenne), et pour des fractures non déplacées on peut proposer une déambulation sans appui avec les cannes anglaises puis mise en charge progressive entre le 30ème et le 45ème jour avec la supervision d'un kinésithérapeute.

LE TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE (NON CHIRURGICAL)

Le traitement orthopédique repose sur la confection d'une immobilisation plâtrée de la cheville. Il peut vous être proposé pour traiter certaines fractures non déplacées, ou non opérables.



LE TRAITEMENT CHIRURGICAL (LES OPERATIONS)

➤ L'HOSPITALISATION

Votre hospitalisation peut durer une journée (en ambulatoire) ou quelques jours en fonction de paramètres qui vous sont personnels (âge, pathologies associées, traitements médicamenteux importants, lieu éloigné de votre domicile, isolement personnel...), mais surtout du type de fracture que vous présentez et du traitement que votre chirurgien vous conseillera.

L'œdème, parfois important, au niveau de l'arrière-pied peut présenter un risque accru cicatriciel et obliger votre chirurgien à décaler l'intervention afin de diminuer le risque de complication cutanée et cicatricielle.

➤ L'ANESTHESIE

Une consultation préopératoire avec un médecin anesthésiste-réanimateur est obligatoire, y compris en urgence. 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 (en cas de fracture ouverte par exemple), 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 parfois nécessaire dans les suites de cette chirurgie ; car 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 TECHNIQUES

➤ L'INSTALLATION AU BLOC OPERATOIRE

Au bloc opératoire, vous serez installé à plat dos avec un coussin sous la fesse pour orienter correctement votre pied, sur le côté ou à plat ventre en fonction de la fracture et du traitement.

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 DUREE DE L'INTERVENTION

L'intervention peut durer de 30 minutes à plus de deux heures. Le temps dépend du type de votre fracture, de sa complexité, de la technique choisie, des difficultés rencontrées et des gestes réalisés pendant l'intervention.

➤ UTILISATION D'UN GARROT

Un garrot peut être utilisé pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Celui-ci est mis en place au niveau de la cuisse.

➤ LES INCISIONS

Les incisions peuvent être d'une quinzaine de centimètre ou punctiformes en fonction du type de technique utilisée par votre chirurgien :



-La technique conventionnelle (dite à « ciel ouvert »), permettant d'intervenir sous contrôle de la vue

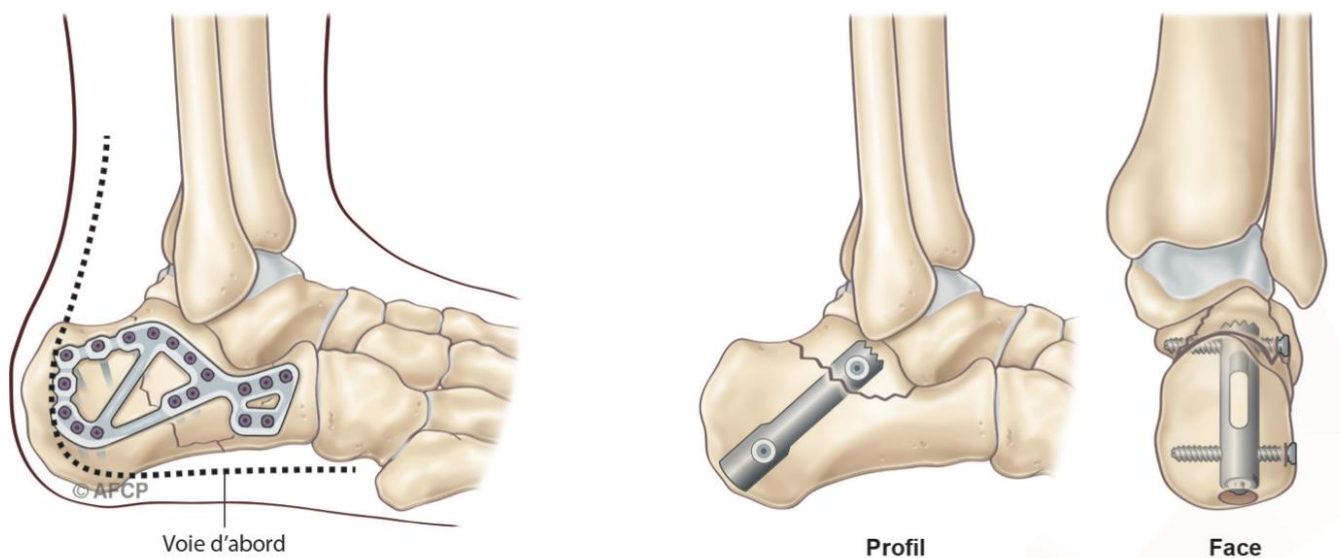
-La technique percutanée consistant à intervenir par des incisions de quelques millimètres à l'aide d'instruments spécifiques, le plus souvent guidés sous contrôle radiologique.

Elles peuvent se situer sur les côtés du talon ou en arrière de celui-ci. Il peut y avoir plusieurs incisions en fonction des fractures à traiter et des techniques.

➤ **LES TECHNIQUES CHIRURGICALES SONT NOMBREUSES**
 ○ **Ostéosynthèse**

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 pour qu'ils puissent consolider en bonne position. Les moyens de fixation sont variables : on peut utiliser des vis, plaques, broches, clou, fils, parfois on utilise un système extériorisé (fixateur externe). Ces différentes possibilités peuvent être associées entre elles. Ces matériels peuvent quelquefois être source de douleurs résiduelles et justifier son ablation plusieurs mois après la consolidation.

Dans le cas des fractures articulaires avec enfoncement de la surface articulaire, il peut être de réaliser un greffe de soutien au moyen de matériaux synthétiques ou d'os de banque.



Votre cheville peut être immobilisée par une attelle (amovible ou non), une botte en résine ou en plâtre. La durée habituelle d'immobilisation est de 6 à 8 semaines, mais en fonction du type de fracture, elle peut varier de 3 semaines à 4 mois. L'appui est généralement supprimé pendant la période d'immobilisation au minimum.

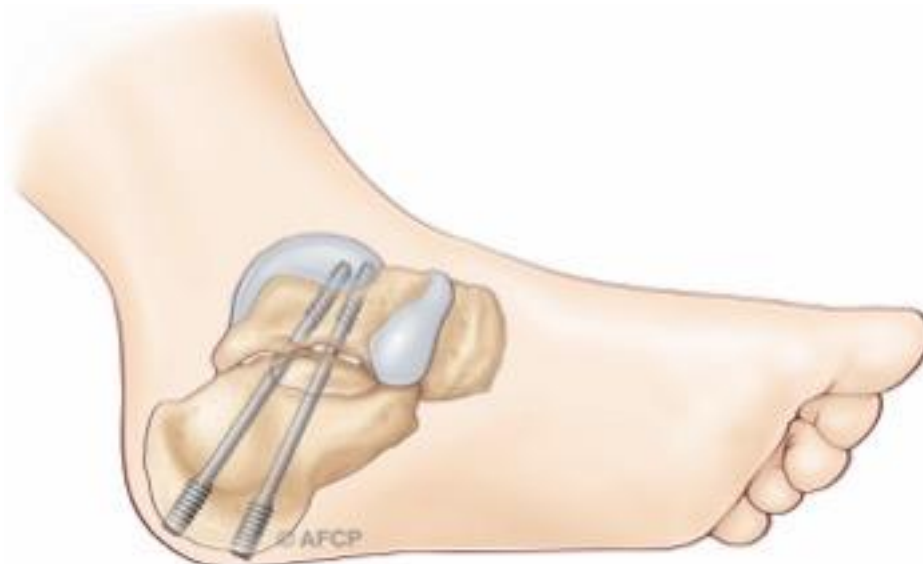
En fonction du type d'immobilisation et de l'intervention réalisée des soins de pansement pourront être réalisés. L'œdème post-opératoire est habituel, il vous faudra ainsi surélever la cheville, surtout les premières semaines.

La durée de l'arrêt de travail sera fonction de l'évolution de votre consolidation et de votre activité professionnelle. Celle-ci varie de deux à neuf mois.

○ Arthrodèse

Dans certaines fractures avec atteintes articulaires sévères, il peut être réalisée un blocage articulaire définitif (arthrodèse) de l'articulation sous talienne. Ce blocage peut intervenir de première intention ou parfois secondairement à distance après une première intervention d'ostéosynthèse (réparation osseuse) qui aura permise de réaxer le calcaneus et de la faire consolider en meilleure position afin de faciliter l'arthrodèse. L'intervention nécessite de fixer l'arthrodèse par du matériel orthopédique (clou, vis, plaque...).

Votre cheville peut être, là aussi, immobilisée par une attelle, une botte en résine ou en plâtre. La durée habituelle d'immobilisation est de 6 à 8 semaines mais peut varier en fonction de la consolidation.



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

➤ **PREVENTION DE LA PHLEBITE** : L'appui étant le plus souvent interdit pendant une période plus ou moins longue après l'opération, un traitement anticoagulant vous sera prescrit pour limiter le risque de phlébite. Il tiendra compte de vos antécédents et de votre traitement personnel (Traitement anticoagulant au long cours pour une autre pathologie par exemple...). Sa mise en place et son suivi feront le plus souvent l'objet d'une décision commune de votre chirurgien et du médecin anesthésiste.

➤ **LES CONSULTATIONS POST-OPERATOIRES**

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

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

Les premières consultations portent sur la surveillance de la cicatrisation et de l'état local. Les consultations ultérieures concernent la surveillance de l'évolution des gestes effectués et de votre récupération fonctionnelle. Des radiographies et d'autres examens imagerie (scanner, IRM, ...) seront nécessaires pour vérifier l'absence de déplacement secondaire et la consolidation de votre fracture.

Viendront ensuite l'ablation de l'immobilisation et la reprise de l'appui (partiel puis complet). Des séances de rééducation pourront être réalisées, et votre récupération guidée jusqu'à la reprise de votre activité personnelle, professionnelle et le cas échéant sportive.

➤ **L'OEDEME POST-OPERATOIRE** (=gonflement du pied et des orteils) est habituel en chirurgie du pied et de la cheville, et n'est pas systématiquement 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 pas à conséquence : il peut obliger à adapter transitoirement les chaussures.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE

L'intervention a pour objectif de favoriser une consolidation osseuse et ligamentaire dans la position la plus anatomique possible.

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 (arthrodèse) dans un second temps. 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.**



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 prendront en charge, tout traitement comporte malheureusement une part d'échec. Cet échec peut aller de la réapparition des symptômes, mais peut aussi comporter 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). 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.

➤ ARTHROSE SECONDAIRE

Des douleurs peuvent perdurer du fait de l'existence de lésions cartilagineuses entraînant progressivement une arthrose de l'articulation sous-talienne. Cette arthrose pourra nécessiter un geste chirurgical ultérieur d'arthrodèse en cas de douleurs importantes et après un traitement médical.

➤ LA RAIDEUR

Après une fracture articulaire, l'enraidissement de l'articulation est fréquent. Cela peut nécessiter une prise en charge de kinésithérapie, voire une intervention chirurgicale pour « libérer » l'articulation.

➤ 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.

➤ 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 manière précoce ou beaucoup plus tardive. 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 lésions de la peau par suite du traumatisme, que ce soit une contusion ou une perte de substance, sont des facteurs favorisants à une infection du fait de l'exposition initiale de la fracture.



➤ 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 la contusion cutanée initiale, par une pathologie générale ou locale telle que le diabète ou les insuffisances circulatoires par exemple.

L'existence d'une plaie initiale lors de la fracture peut entraîner des troubles de cicatrisations. 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.

➤ L'INTOXICATION TABAGIQUE

L'intoxication tabagique est un facteur de risque important pour la chirurgie 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 au moins 6 semaines après l'opération et au mieux jusqu'à la consolidation de la fracture (En cas de besoin, n'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant).

➤ LES MAUVAISES CONSOLIDATIONS OU ABSENCE DE CONSOLIDATION OSSEUSE

La consolidation osseuse est obtenue en moyenne entre le 45^{ème} et le 90^{ème} jour. Parfois le délai de consolidation peut être allongé, on parle alors de retard de consolidation. Rarement la fracture peut ne pas consolider : on parle alors de pseudarthrose. Une nouvelle opération pour tenter d'obtenir la consolidation de la fracture est parfois nécessaire et peut dans certains cas justifier une greffe d'os (os prélevé à distance de la fracture, le plus souvent sur la crête iliaque en avant du bassin).

Parfois la fracture peut consolider en mauvaise position avec une déviation de la cheville (cal vicieux). Une nouvelle opération pour repositionner les fragments et obtenir la consolidation de la fracture en bonne position est parfois nécessaire.

Des déplacements secondaires de fragments osseux sont possibles et peuvent nécessiter un repositionnement chirurgical. Ces risques peuvent être augmentés en cas d'ostéoporose (os fragile).

➤ DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

Votre prise en charge chirurgicale fait appel à la pose de matériel chirurgical (plaque, vis, broche, fils...) afin de traiter votre fracture. 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 contraintes mécaniques trop élevées sur les structures (par exemple en cas de non-respect de consignes de non-appui de votre chirurgien) 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 responsable d'une gêne ou d'un conflit local.

➤ L'ABLATION DE MATERIEL

Le matériel d'ostéosynthèse mis en place est généralement enlevé après six à douze mois. Il peut être gênant pour se chausser ou entraîner des douleurs. Dans certains cas, le matériel implanté peut être laissé en place.



➤ COMPLICATIONS THROMBOEMBOLIQUES

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 voir fatales. La prévention de cette complication est faite par la prescription d'un traitement adapté durant la période d'immobilisation ou de décharge.

➤ COMPLICATIONS « DE VOISINAGE »

Elles concernent les éléments anatomiques de voisinage : les nerfs, les vaisseaux, les tendons, muscles et même les os, situés dans la région opératoire. Elles peuvent être affectées de façon directe ou indirecte par l'intervention avec des conséquences fonctionnelles variables : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité.

Les plus fréquentes dans la chirurgie des fractures du cou de pied sont les lésions du nerf sural avec des modifications de la sensibilité d'une zone du pied : anesthésie mais parfois hyperesthésie douloureuse.

Dans certains cas, il peut être nécessaire de réintervenir (par exemple : lorsqu'un hématome est volumineux, il peut nécessiter une évacuation chirurgicale et un drainage).

➤ COMPLICATION MEDICAMENTEUSE

Au décours de cette intervention, il pourra vous être prescrit des médicaments particuliers et spécifiques. Les plus fréquemment utilisées sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... Elles comportent bien sur des risques propres (par exemple allergie) et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

➤ AJOURNEMENT DE L'INTERVENTION

Enfin il peut arriver que votre intervention soit reportée de quelques jours pour assurer au mieux votre sécurité en cas :

- De traitements personnels à risque particulier (anticoagulants ou antiagrégants type Aspirine ou Plavix® par ex....)
- D'œdème important avec phlyctènes du site opératoire en fonction de l'avis du chirurgien,
- D'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste depuis l'hospitalisation (par exemple non-respect du jeûne...),
- En cas de non-disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention, de nécessité d'un matériel spécifique sur commande, 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 talons en même temps ? »

Si vous présentez une fracture des deux talons, il est possible de les opérer en même temps, ou sur deux opérations différentes à quelques jours d'écart. Parlez-en avec votre chirurgien qui saura vous expliquer les meilleurs choix pour vous et vous conseiller.

« Si je suis opéré des deux chevilles, quelle sera ma douleur ? mon arrêt de travail sera-t-il long ? »

Pour la douleur le traitement est en général le même quelle que soit la technique et sera adapté à l'intervention réalisée (ou aux interventions si nécessaire). En général l'arrêt de travail est plus ou moins long selon l'opération, la durée de consolidation et les possibilités de reprise de la marche. Selon le type de fracture, l'arrêt de travail moyen peut être de 3 à



6 mois. Votre chirurgien vous expliquera en hospitalisation et au fil des consultations ce qui vous correspondra.

« Comment vais-je faire à mon domicile ? Puis-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). Parfois, si vous avez une fracture des deux côtés, il peut être transitoirement nécessaire d'utiliser un fauteuil roulant pour vos déplacements. 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 redevient douloureux ou s'il augmente de volume (=œdème) ? »

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

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

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

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

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

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

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

Le risque est plus important si en fonction de l'opération réalisée vous n'avez pas le droit de poser le pied au sol : dans ce cas votre chirurgien vous aura prescrit des médicaments (=anti coagulants) de protection.

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.