



FICHE D'INFORMATION PATIENT N°34

LE SYNDROME DU 2^{ème} RAYON

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.

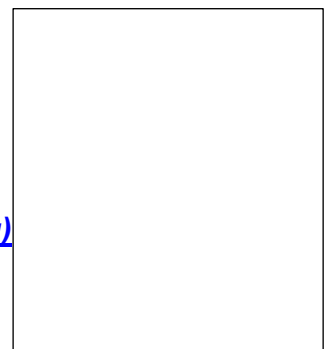
Fiche réalisée par la commission médico-juridique de l'Association Française de Chirurgie du Pied et de la Cheville (AFCP)

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> onglet "Production Orthorisq")



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).

Le Syndrome du 2^{ème} rayon est une cause particulière et spécifique de métatarsalgies mécaniques touchant isolément le second métatarsien.

L'ANATOMIE

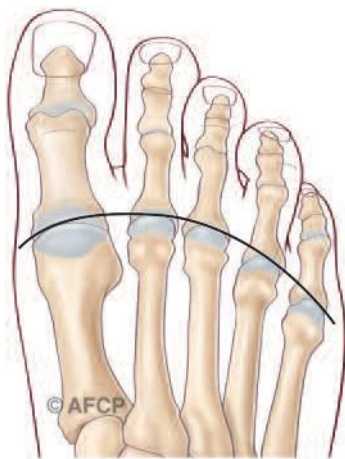
Le squelette de l'avant-pied est constitué de 5 os longs et parallèles (les métatarsiens), se prolongeant par plusieurs phalanges (le squelette des orteils).

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 palmaire, 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 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.

Fig1a

LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

Le Syndrome du 2^{ème} rayon est un syndrome douloureux résultant d'un excès de pression mécanique sur l'articulation métatarso-phalangienne du 2^{ème} orteil. Cet excès de contraintes et de sollicitations va progressivement irriter l'articulation puis blesser les structures ligamentaires et notamment la plaque plantaire.

Celle-ci peut être irritée, fissurée de manière plus ou moins importante allant jusqu'à la rupture et la luxation (dislocation) de l'articulation.

Le syndrome du 2^{ème} rayon va initialement induire des douleurs centrées sur l'articulation métatarso-phalangienne puis provoquer une déformation du 2^{ème} orteil (déviation latérale, élévation avec perte d'appui de l'orteil, déformation totale anciennement dénommée « griffe », ...)

Ce syndrome peut apparaître spontanément, sans cause déterminée (dit idiopathique) mais peut souvent être favorisée par de nombreux facteurs locaux (pied creux, excès de longueur métatarsienne, hallux valgus, ...), régionaux (rétraction musculo-tendineuse du mollet...) ou 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.

LA CLINIQUE

Le syndrome du 2^{ème} rayon se traduit différemment selon son stade d'évolution :

- Des douleurs sous l'avant pied, dans le capiton plantaire peuvent initialement apparaître 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.
- Un épisode inflammatoire très douloureux empêchant la marche peut apparaître, il traduit souvent l'atteinte de la plaque plantaire. L'évolution se fera par la suite vers une déformation progressive du 2^{ème} orteil qui dépendra de l'importance de la lésion de la plaque plantaire (fissure simple ou complexe, déchirure) : déviation de l'orteil d'un côté ou de l'autre, perte d'appui, chevauchement d'orteils, apparition d'une « griffe », dislocation articulaire métatarso-phalangienne.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic de syndrome du 2^{ème} rayon est clinique mais le recours à des examens d'imagerie reste souvent nécessaire pour contrôler l'importance des lésions mais aussi rechercher une cause afin de pouvoir la traiter.

L'examen clinique objectivera la déformation et recherchera des mouvements anormaux (laxités) de l'articulation métatarso-phalangienne.

Il recherchera une origine locale (hallux valgus, pied creux, ...) ou régionale (rétraction d'Achille ou des chaînes postérieures) et permettra d'éliminer d'autres diagnostics de métatarsalgies (syndrome de Morton, ...).

Votre chirurgien pourra ainsi vous prescrire des examens paracliniques pour confirmer ou éliminer, et objectiver les facteurs favorisants ou déclenchants.

Si les examens les plus fréquemment prescrits sont des radiographies, une échographie ou une IRM, votre chirurgien pourra demander d'autres examens complémentaires (scanner, scintigraphie, ...) s'il le juge nécessaire pour affiner 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 ».

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 sur la correction de la déformation du 2^{ème} orteil mais aussi la prise en charge d'une cause (exemple : hallux valgus, dysharmonie de longueur métatarsienne, ...) lorsque celle-ci est identifiée. Il existe plusieurs types d'interventions dont le choix va dépendre de votre maladie et de son étendue, du stade de déformation ou d'arthrose ainsi que des habitudes de votre chirurgien. Ces techniques peuvent être utilisées isolément ou associées entre elles selon les cas.

Les Corrections de déformations du 2^{ème} orteil :

La correction des déformations du 2^{ème} orteil peut faire appel à 2 «types» de chirurgie :

* La chirurgie conventionnelle (dite à « ciel ouvert »), permettant grâce à une incision de quelques centimètres d'intervenir sur les tendons, les os ou les articulations sous le contrôle de la vue.

* La chirurgie percutanée, consistant à intervenir par des incisions de seulement quelques millimètres, sur les tendons, les os ou les articulations à l'aide d'instruments spécifiques, le plus souvent sous contrôle radiologique pour contrôler les gestes effectués.

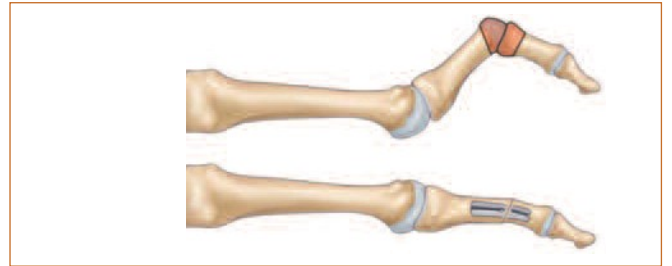
Ces 2 types de chirurgie ne s'opposent pas, dépendent de votre déformation et des habitudes de votre chirurgien. Elles sont même parfois associées dans une même intervention.

Parmi les interventions possibles, que votre chirurgien vous expliquera, on peut citer :

- Les ostéotomies phalangiennes : elles consistent à couper (« ostéotomie ») un segment osseux pour le faire consolider dans une position corrigeant la déformation. Ceci peut se faire sur les 3 phalanges.
- Les ténotomies : elles consistent à couper les tendons rétractés qui sont à l'origine ou qui pérennisent la déformation.
- Les transferts tendineux : cette technique consiste à dévier un tendon rétracté (qui pérennise la déformation) pour le refixer en un endroit où il

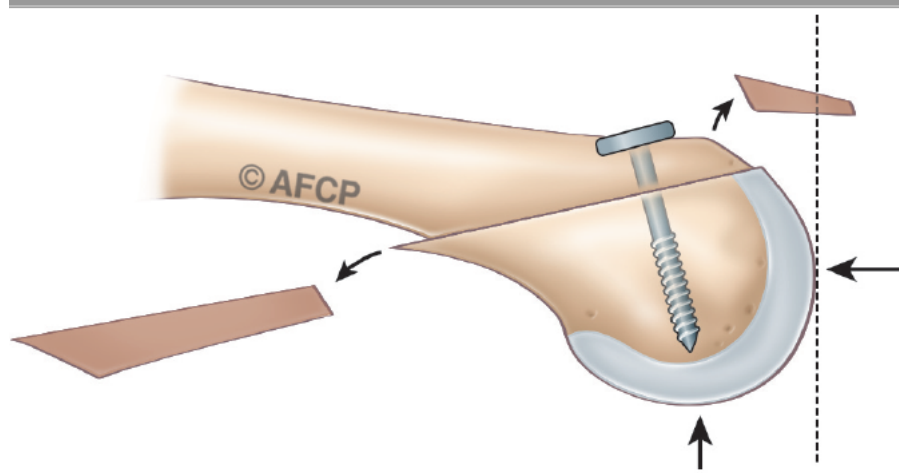
luttera contre cette même déformation.

- « La résection arthroplastique » : elle consiste, généralement par une incision dorsale, à l'ablation (= résection) des surfaces articulaires déformées. Cet espace laissé « vide » permet de remettre les segments osseux dans le bon axe. Une cicatrice fibreuse se forme en quelques semaines au niveau de cet espace vide, contribuant au maintien de la correction
- « L'arthrodèse » (avec ou sans implant) : elle consiste au blocage et à la consolidation de l'articulation (« arthrodèse ») dans la bonne position. L'incision, généralement dorsale, permet d'atteindre les surfaces articulaires avant de les bloquer, soit par une broche temporaire, des vis ou des implants (métalliques ou non).



Les Ostéotomies Métatarsiennes:

L'ostéotomie métatarsienne va permettre de « couper l'os » et de le réorienter afin de diminuer l'hyperpression sur l'articulation pour en préserver la plaque plantaire. Il existe plusieurs types d'ostéotomie qui peuvent être réalisées en chirurgie percutanée ou en chirurgie conventionnelle comme l'ostéotomie de Weil.

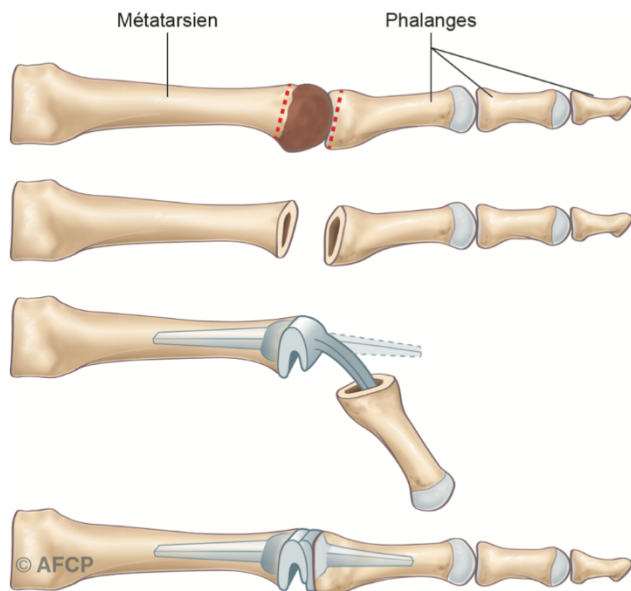


Les Réparations de Plaque Plantaire :

La réparation de la plaque plantaire peut être proposée dans certains cas bien précis de rupture. Elle est fréquemment associée à une ostéotomie métatarsienne (cf ci-dessus)

Les Arthroplasties :

Dans les dislocations articulaires anciennes, il peut être nécessaire de remplacer l'articulation métatarso-phalangienne par du matériel prothétique synthétique.



Les Gestes Associés :

Lorsqu'une cause évidente de votre syndrome du 2^{ème} rayon est identifiée, votre chirurgien pourra vous proposer conjointement ou non une prise en charge de celle-ci afin de limiter le risque de récurrence. Nous pouvons citer par exemple les plus fréquentes comme la présence d'un hallux valgus qui pourra être corrigé ou une rétraction du tendon d'Achille qui peut nécessiter d'un geste d'allongement.

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'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 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 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.

- **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 quelques centimètres. 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.
- **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. 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 facteurs de risque qui vous sont propres.

-**Les douleurs post opératoires** sont variables et 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 mais de rétablir la fonction de votre pied c'est-à-dire 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).

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 cicatrice disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection, et nécessiter une nouvelle opération.

➤ 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 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 médicaments 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,

décompresser 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 réintervention.

➤ LA RÉCIDIVE

Malgré une correction initiale favorable, une récurrence 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'OPÉRATION

Enfin il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- En cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- De modification récente de votre traitement habituel,
- De blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- D'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste,
- En cas de non-disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention, ou en cas d'évènement non prévu au bloc opératoire, pouvant interrompre le déroulement de l'opération, y compris après réalisation de l'anesthésie.

Questions fréquentes :

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

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 événement imprévu survient (comme 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 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.