

AFCP
FFAS



FICHE D'INFORMATION PATIENT **N° 30** :

Lésion Ostéocondrale du Dôme Talien(LODT)

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

Il vous a expliqué les modalités générales de cette prise en charge (alternatives thérapeutiques, déroulement de l'opération, suites opératoires, résultats prévisibles, mais aussi les principales complications possibles...). Ce formulaire est un outil supplémentaire que votre chirurgien met à votre disposition pour vous rappeler les points clefs 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-publicques/infos-patients/>)

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

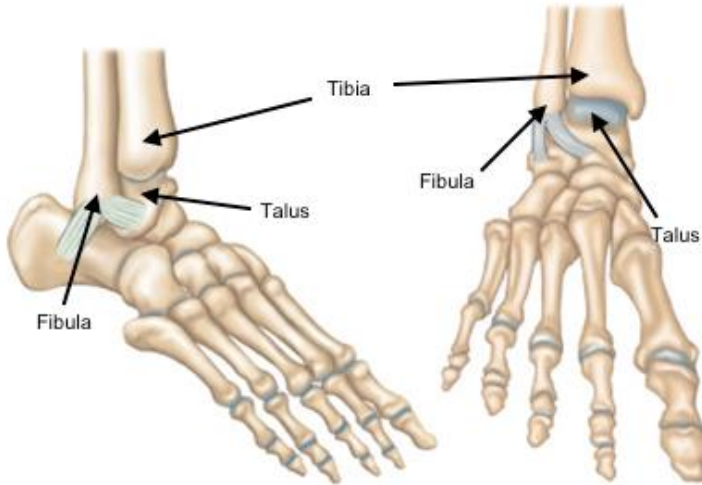
ORTHORISQ (<http://www.orthorisq.fr>)

*Scannez ou cliquez sur
le QR CODE*



Les **L**ésions **O**stéocondrale du **D**ôme **T**alien (LODT), ou anciennement dôme astragalien (LODA), correspondent à une lésion localisée, mécanique ou traumatique, de la surface articulaire (le « cartilage ») du talus à l'intérieur de la cheville. Sans ce cartilage qui les recouvre, les surfaces osseuses « frottent » l'une contre l'autre sans éléments d'interposition et de glissement.

L'ANATOMIE



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

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

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

Autour de l'articulation de la cheville passent des tendons importants pour le fonctionnement et la stabilité du pied :

- En avant sont situés les extenseurs, permettant les mobilités de l'articulation de la cheville, du médio-pied et même des orteils.
- En arrière sont situés les fléchisseurs, permettant la fonction de propulsion au niveau de la cheville mais permettant aussi la mobilité en flexion du médio-pied et des orteils.

On retrouve également, en avant comme en arrière de l'articulation de la cheville :

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

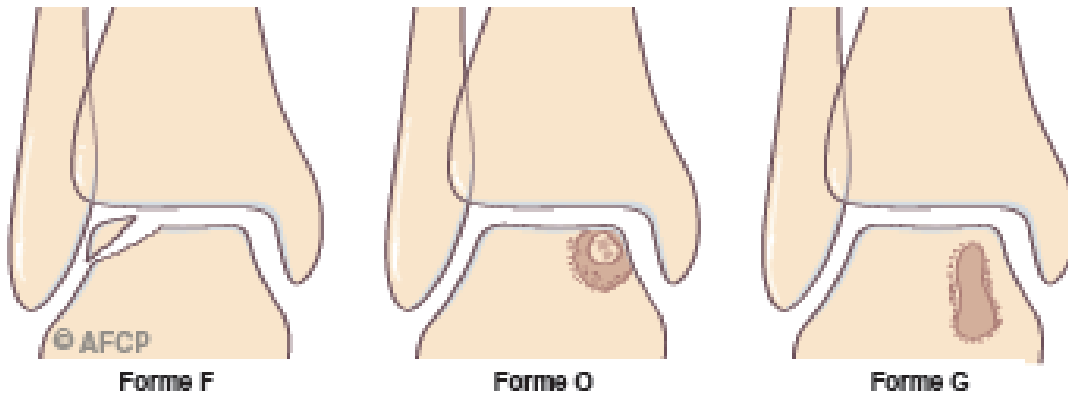
Les mobilités de la cheville se font principalement en flexion plantaire (pointe de pied en bas) et en flexion dorsale (ou extension : pointe de pied vers le haut). Il existe également de manière plus limitée des mouvements en inclinaison médiale (varus) et latérale (valgus).

LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

Les Lésions Ostéocondrales du Dôme Talien (LODT) sont des lésions acquises et localisées de la surface articulaire du talus au sein de la cheville. Il s'agit de lésions touchant à la fois le cartilage (c'est-à-dire la couche superficielle permettant le glissement dans l'articulation) ainsi que l'os en-dessous du cartilage.

Les LODT sont généralement classées en 3 formes selon la classification FOG :

- **Forme F pour Fracture** : il s'agit d'un arrachement d'un morceau de la surface articulaire ;
- **Forme O pour Ostéochondrite ou Ostéonécrose** : il s'agit d'une zone articulaire nécrotique c'est-à-dire morte ;
- **Forme G pour Géode** : il s'agit d'une ou plusieurs cavités creusant l'os sous le cartilage ;



Une LODT peut être « primitive », c'est-à-dire sans cause particulière, mais peut aussi être favorisée par des caractéristiques morphologiques comme un pied plat, un pied creux ou une déformation de l'axe du membre inférieur par exemple.

Elle peut aussi être « secondaire » c'est-à-dire causée par :

- Des séquelles de traumatismes anciens (entorse de la cheville laissant persister une laxité articulaire anormale, séquelles de fracture de la cheville ou de la jambe...) Ces séquelles peuvent entraîner la survenue d'une LODT même très longtemps après le traumatisme ;
- Des microtraumatismes répétés, notamment sportifs...

Les LODT sont considérées comme de premières lésions d'arthrose c'est-à-dire d'usure de l'articulation de la cheville. **Une absence de traitement conduit généralement à une aggravation et une extension de la lésion.**

LA CLINIQUE

Une LODT se manifeste généralement par :

- Des douleurs survenant lors de l'utilisation de la cheville (marche, course, station debout, conduite automobile...);
- Un gonflement articulaire par épanchement de liquide synovial.

On peut également retrouver des craquements, des blocages, une boiterie...

Ces symptômes sont variables selon les patients et le type de LODT mais aboutissent à une limitation du périmètre de marche et des activités.

LE DIAGNOSTIC

Une LODT est suspectée à l'interrogatoire sur les signes cliniques évoqués au chapitre précédent.

L'examen médical peut retrouver une diminution des mobilités articulaires et parfois des signes en rapport avec une cause favorisante (laxité séquellaire d'entorse, déformation de l'axe de la cheville et du pied constitutionnelle ou séquellaire d'un traumatisme).

Le diagnostic repose principalement sur le bilan radiographique retrouvant une lésion articulaire focale au sein de la cheville.

D'autres examens sont indispensables pour préciser les lésions, la cause éventuelle de la LODT et préparer l'intervention : scanner ou arthroscanner, IRM, scintigraphie osseuse, clichés des axes des membres inférieurs, de l'axe de la cheville, échographie précisant l'état ligamentaire...).

LES TRAITEMENTS POSSIBLES

Le traitement médical (non chirurgical) est souvent débuté en premier. Il pourra ainsi être mis en place:

- La correction d'un excès de poids.
- Des traitements médicamenteux (antalgiques, anti inflammatoires, ou protecteurs du cartilage).
- De la kinésithérapie.
- Le port d'orthèses plantaires (réalisées par votre pédicure podologue), de chaussures adaptées corrigeant les axes mécaniques et limitant les mouvements les plus douloureux.
- Des injections intra articulaires (corticoïdes, viscosupplémentation, produits dérivés du plasma) sont également possibles.

Le traitement chirurgical peut être proposé quand le traitement médical n'est pas efficace ou en première intention sur certaines formes (notamment Fracture). Le traitement chirurgical des LODT doit prendre en compte :

- La cause : dans le cas des LODT secondaires à une cause identifiée (comme par exemple une instabilité de cheville séquellaire d'entorse ou un trouble d'axe de l'arrière pied , ...), votre chirurgien peut être amené à traiter cette cause lors d'une première opération ou dans le même temps opératoire ;
- L'accès à la lésion : les LODT sont des lésions situées dans l'articulation de la cheville et dont l'accès difficile peut nécessiter la réalisation de gestes chirurgicaux complémentaires comme par exemple une ostéotomie de la malléole interne c'est à dire de couper puis de réparer le tibia afin de donner un jour nécessaire et suffisant à la réalisation du traitement de la LODT ;
- Le traitement même de la LODT : les différentes solutions chirurgicales possibles ont pour but de soigner ou de stabiliser les LODT afin d'améliorer les symptômes mais aussi de préserver l'avenir de l'articulation.

Dans les stades très évoluées, la chirurgie fera alors appel aux interventions de l'arthrose correspondant à deux types principaux d'interventions :

- **Le blocage des surfaces articulaires ou « arthrodèse »;**
- **La mise en place d'une prothèse de cheville ou « arthroplastie », remplaçant les surfaces articulaires.**

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 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...). Dans les interventions de « lavage débridement », cette transfusion est plus exceptionnelle que dans les interventions osseuses (ostéotomie, prothèse, arthrodèse).

LES OPERATIONS

L'intervention se déroule généralement allongé sur le dos (d'autres installations sur côté ou sur le ventre peuvent être parfois nécessaires).

Lors de votre passage au bloc opératoire, ne vous étonnez pas si l'on vous demande

plusieurs fois votre identité, le côté à opérer (à votre arrivée, lors de votre installation...) : c'est une procédure obligatoire pour tous les patients (appelée « check-list de sécurité » et demandée par la Haute Autorité de santé (HAS)).

Ces interventions sont de durée variable, de 30 min à 2 heures selon le type d'intervention. Un garrot peut être utilisé, pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Celui-ci peut être mis en place au niveau de la cuisse, de la jambe ou même de la cheville.

➤ LE DEBRIDEMENT ARTICULAIRE.

Quand il existe un fragment libre dans l'articulation ou un clapet cartilagineux mobile, il peut être proposer de nettoyer l'articulation en retirant les corps étrangers et/ou d'aviver son site d'origine. Il peut être effectué sous arthroscopie (les instruments et l'optique de la caméra étant alors introduits par de petites incisions centimétriques) ou en chirurgie classique avec une incision de plusieurs centimètres si le nettoyage doit être plus conséquent. Une immobilisation et/ou une période sans appui sont possibles en fonction des gestes réalisés.

Ces interventions durent de 30min à 1h, en position à plat dos sur la table opératoire. Un petit coussin peut être placé sous la fesse pour orienter correctement la cheville.

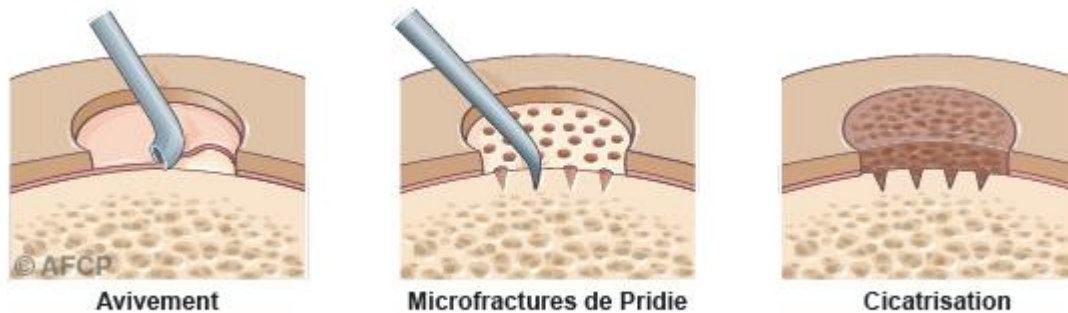
➤ LES MICROFRACTURES DE PRIDIE

Elles consistent en un nettoyage de la lésion en avivant l'os sous-jacent et à réaliser des forages dans celui-ci pour permettre une cicatrisation de la zone articulaire si besoin en s'aidant de « pansements biologiques ».

L'intervention peut se dérouler:

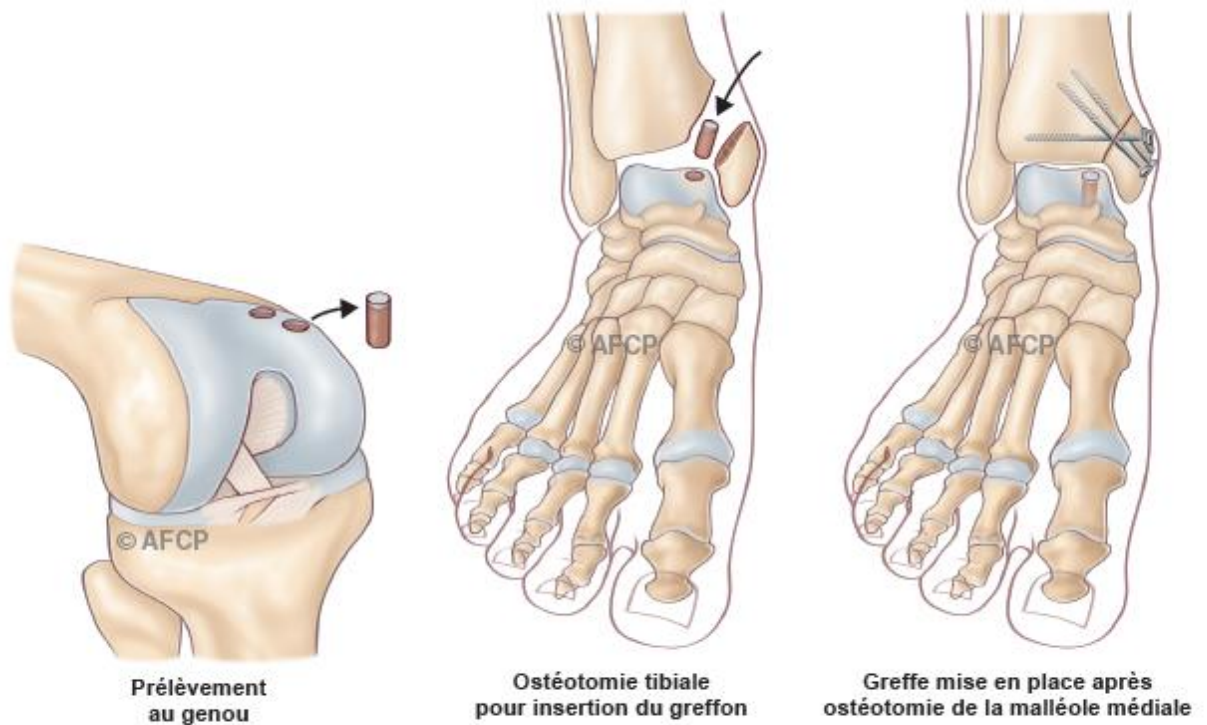
- De façon conventionnelle avec une ou plusieurs cicatrices de quelques centimètres de longueur permettant d'intervenir sous contrôle de la vue.
- Sous arthroscopie avec introduction des instruments et de l'optique (caméra) par des incisions centimétriques ;

Une immobilisation (plâtre, attelle...) et/ou une période sans appui sont possibles en fonction des gestes et des techniques réalisés. Ces interventions durent généralement de 30min à 1h30.



➤ LES AUTOGREFFES D'OS ET DE CARTILAGE (OU MOSAÏC-PLASTY)

Certaines lésions profondes et/ou étendues peuvent nécessiter de réaliser une greffe de cartilage et d'os sous-jacent permettant son intégration. L'intervention consiste à prélever des « carottes » d'os et cartilages sur un site dans une zone articulaire non essentielle (comme par exemple au genou) et à venir les greffer dans le talus pour remplacer la LODT. L'accès à la lésion nécessite le plus souvent de réaliser un geste complémentaire d'ostéotomie c'est-à-dire de couper un os afin d'insérer la carotte osseuse puis de le réparer (vis, plaque...) comme montré sur les schémas ci-dessous.



Ces interventions nécessitent souvent plusieurs cicatrices: une cicatrice sur le site donneur et une ou plusieurs au niveau de la cheville selon que la greffe se fasse en chirurgie conventionnelle ou sous arthroscopie.

Les suites opératoires font le plus souvent appel à une immobilisation de la cheville et/ ou du site de prélèvement (plâtre, attelle...) et au respect d'une période sans appui. Ces interventions durent de 1 à 2h, en position à plat dos sur la table opératoire. Un petit coussin peut être placé sous la fesse pour orienter correctement le genou ou la cheville.

➤ LES CURETAGES -COMBLEMENTS

Certaines lésions géodiques c'est-à-dire creusant le talus peuvent nécessiter la réalisation de nettoyage puis de comblement afin de remplir la lésion par des matériaux inertes (ciment chirurgical, substituts osseux,) ou vivant (autogreffe osseuse).

Ces interventions peuvent être réalisées en chirurgie conventionnelle, sous arthroscopie ou en chirurgie percutanée sous contrôle radiologique et durent généralement de 30 minutes à 1 heure en position couchée à plat dos. Une immobilisation est souvent nécessaire en post opératoire pendant les premières semaines.

➤ 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.

Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une découverte ou un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement. Le chirurgien vous expliquera après l'intervention ce qui a été réalisé.

LE POST-OPERATOIRE

➤ L'HOSPITALISATION

La durée moyenne d'hospitalisation varie de la chirurgie ambulatoire à une hospitalisation de quelques jours. Elle dépend de l'intervention, des gestes associés, ainsi que de votre situation médicale et sociale.

➤ LA DOULEUR

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

➤ LE DRAINAGE

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

➤ LE LEVER – L'IMMOBILISATION

Le lever est le plus précoce possible, fonction de votre état de santé et de l'intervention effectuée. Il doit alterner avec la surélévation du membre opéré lorsque vous n'êtes pas debout. Il est parfois nécessaire d'être immobilisé (plâtre, attelle...) et de respecter une période sans appui variable selon l'intervention réalisée.

➤ LE PANSEMENT :

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 DES PHLEBITES :

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

➤ **L'OEDEME POST-OPERATOIRE** (=gonflement de la cheville, du pied et des orteils)

est habituel en chirurgie de la cheville et du pied, et n'est pas le plus souvent une complication. La prise en charge de l'œdème est essentielle non seulement pour atténuer la douleur mais aussi pour améliorer la qualité de la cicatrisation : ainsi, une certaine période de repos, de surélévation et la mise en place d'une contention veineuse (Chaussettes de contention ou Bas à varices) peuvent être utiles. Cet œdème peut durer longtemps (plusieurs semaines, voire plusieurs mois) et ne prête le plus souvent pas à conséquence: il peut obliger à adapter transitoirement les chaussures.

LES CONSULTATIONS POST-OPERATOIRES

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

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

Les premières consultations portent sur la surveillance de la cicatrisation et de l'état local, et par des radiographies l'absence de déplacement de la correction chirurgicale. Les consultations ultérieures concernent la surveillance de l'évolution des gestes effectués et de votre récupération fonctionnelle. Le suivi et l'ablation de l'immobilisation (quand celle-ci a été mise en place), la prescription de la rééducation (reprise d'appui...) et la validation de la reprise du travail et du sport se feront selon le protocole de votre chirurgien.

Les chirurgies de LODT nécessitent un suivi d'imagerie (radiologie, IRM, Scanner, ...) sur plusieurs mois pour surveiller la consolidation, guider l'abandon d'une immobilisation, ou la reprise de l'appui.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION

En l'absence de traitement, l'évolution naturelle des LODT se fait vers l'aggravation des symptômes. L'évolution peut aller jusqu'à une arthrose globale de la cheville entraînant une limitation du fonctionnement de la cheville, retentissant sur la capacité à marcher et nécessitant des chirurgies plus lourdes telles une arthrodèse (blocage de l'articulation) ou une arthroplastie (remplacement par une prothèse).

La prise en charge chirurgicale a pour but de diminuer les signes fonctionnels, de diminuer la douleur et de maintenir ou faire progresser la capacité à marcher mais aussi de préserver la cheville au long terme en ralentissant ou stoppant la vitesse d'évolution de l'arthrose.

Dans tous les cas, la durée de récupération de ces interventions peut être longue, généralement de plusieurs mois. Leur but est de permettre le retour à une activité sportive et une bonne qualité de marche. Selon les cas, certains sports à micro impacts répétés peuvent être interdits ou repris partiellement à distance.

LES RISQUES

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, tout traitement comporte malheureusement une part d'échec. Cet échec peut aller de la réapparition des symptômes à leur aggravation ou à d'autres risques plus importants. Ces risques peuvent être le fait du hasard, de la malchance, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non, locaux ou généraux). Il est impossible de vous présenter ici toutes les complications possibles, mais nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans 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'antibiotique, peuvent nécessiter des ré-interventions 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 tels le diabète ou les insuffisances circulatoires par exemple. On peut ainsi retrouver un retard ou un trouble de cicatrisation pouvant aller de la cicatrice disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection.

➤ LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES

Toute prise en charge chirurgicale, surtout du membre inférieur, peut favoriser la création d'un caillot sanguin obstruant les veines et réalisant une phlébite. Ce caillot peut même gagner la circulation pulmonaire et être responsable d'une embolie aux conséquences parfois graves voire fatales. La prévention de cette complication peut se faire par la mise en place d'une anti coagulation en fonction de la chirurgie et de votre état de santé.

➤ LES COMPLICATIONS DE VOISINAGE

Etant donnée la proximité de la zone opératoire d'éléments osseux, tendineux, vasculaires ou nerveux, il peut exister, de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments de proximité : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire... Compte-tenu du lieu de la cicatrice, l'atteinte d'un petit nerf peut entraîner une insensibilité voire des douleurs persistantes. Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons...

➤ LES COMPLICATIONS MEDICAMENTEUSES

Au décours de cette intervention, il pourra vous être prescrit des médicaments particuliers et spécifiques. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... ils comportent bien sûr des risques propres et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

➤ L'INTOXICATION TABAGIQUE

L'intoxication tabagique est un facteur de risque important pour la chirurgie du pied et de la cheville, favorisant notamment les troubles cicatriciels, les infections et les complications 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).

➤ LA RAIDEUR

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

➤ LES MAUVAISES CONSOLIDATIONS OU ABSENCE DE CONSOLIDATION OSSEUSE

La prise en charge chirurgicale de votre pathologie est basée sur la consolidation osseuse qui est un phénomène biologique. Cependant, celle-ci peut faire défaut, ou 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.

➤ LE DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

Votre prise en charge chirurgicale fait appel à la mobilisation de segments osseux, nécessitant, le plus souvent, la pose de matériel chirurgical (plaque, vis, broche, fils...) afin de corriger une déformation. Comme tout matériau, ces implants chirurgicaux peuvent être responsables de 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.

➤ AJOURNEMENT DE L'INTERVENTION

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

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

Questions fréquentes

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

Même si vous présentez une arthrose des deux chevilles, il n'est pas recommandé de faire les deux opérations en même temps.

« Comment vais-je faire à mon domicile? Pourrais-je conduire mon véhicule? »

Selon l'opération réalisée, vous pourrez ou non reposer le pied par terre avec ou sans l'aide de cannes anglaises (béquilles). Dans le cas de la chirurgie de la cheville, l'appui immédiat n'est pas toujours autorisé et vous pouvez avoir besoin soit d'une botte amovible, soit d'une immobilisation plus rigide (type plâtre ou résine). Pendant la période d'immobilisation, la conduite de votre véhicule n'est pas possible, voire dangereuse. Votre chirurgien pourra vous expliquer les possibilités de reprise de la conduite en fonction de votre évolution.

« Que faire si mon pied ou ma cheville 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 (=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.