



CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL - LANNEMEZAN
UNITÉ DE CHIRURGIE

Dr Ali GHORBANI

GUIDE

POUR LA CHIRURGIE DE L'AVANT-PIED



Sommaire

Préambule	p. 3
Contacts	p. 3
Avant-pied normal	p. 4
Avant-pied porteur d'un Hallux Valgus	p. 5
Feuille de route	p. 8
Votre séjour à l'hôpital.....	p. 10
Les suites opératoires	p. 11
Le traitement post-opératoire	p. 12
Cas particuliers	p. 14
À distance	p. 19
Complications	p. 20
Questions fréquentes	p. 23



PRÉAMBULE



**Vous envisagez de vous faire opérer ?
Voici quelques principes de base à retenir.**

La chirurgie de l'avant-pied a beaucoup évolué et n'a plus rien à voir avec celle pratiquée il y a quelques années. Elle est peu douloureuse.

Quand les deux pieds doivent être pris en charge, en règle générale, nous vous proposons d'effectuer ces interventions à 15 jours d'intervalle. Un délai plus long est bien sûr possible.

La durée du séjour au CMC est de 2 à 3 jours.

L'arrêt de travail est en moyenne de 2 mois à adapter selon le type d'intervention et bien sûr selon votre profession et votre motivation.

La marche sera reprise le 1^{er} jour post-opératoire au moyen de chaussures spéciales dont il faudra faire l'acquisition (voir pages suivantes).

La conduite automobile sera autorisée après 3 à 6 semaines selon le type d'intervention.

3



CONTACTS

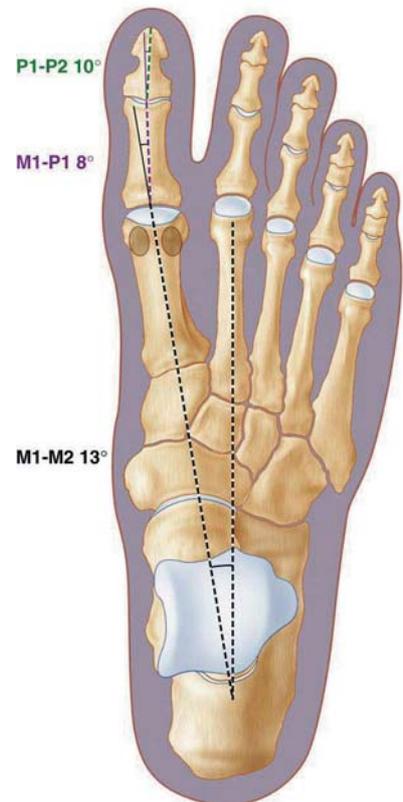
Secrétariat des Consultations Externes : 05 62 99 53 30

Secrétariat de Chirurgie : 05 62 99 53 90

Unité de Chirurgie : 05 62 99 53 87

Fax : 05 62 99 52 00

AVANT-PIED NORMAL



4

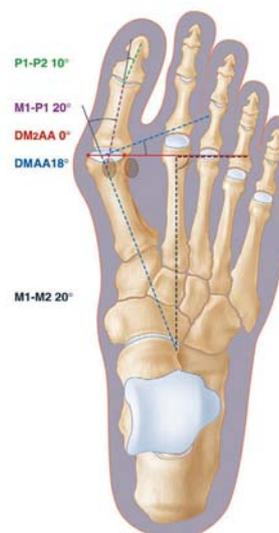
Le gros orteil est pratiquement dans le prolongement du métatarsien (10° d'hallux valgus physiologique). Les sésamoïdes (deux taches blanches) sont cachés derrière la tête du premier métatarsien.

D'autres éléments sont à vérifier :

- la bonne orientation du cartilage de la tête du 1^{er} métatarsien qui doit être perpendiculaire à l'axe du pied.
- un axe modéré d'environ 10° entre la 1^{re} et la 2^e phalange du gros orteil.



AVANT-PIED PORTEUR D'UN HALLUX VALGUS



La déformation du 1er rayon

Le gros orteil est dévié en dehors.

La « bosse » ou « oignon » est formée par le sommet de l'angle entre le premier métatarsien dévié en dedans et le gros orteil déporté en dehors.

Le sésamoïde externe apparaît entre les deux premiers métatarsiens.



5

La déformation est irréversible tant que le métatarsien n'aura pas été replacé sur les sésamoïdes, ce qui ne peut être obtenu que par la chirurgie.

La déformation est douloureuse

Les douleurs en regard de la bosse (oignon) sont liées au port de la chaussure et à la souffrance de l'articulation qui ne « travaille » pas dans de bonnes conditions bio-mécaniques. La souffrance articulaire peut générer des douleurs « profondes » de l'articulation métatarso-phalangienne.

Les douleurs secondaires

1) Elles seront plantaires sous la tête du 2^e métatarsien quand le gros orteil perd son rôle d'appui (syndrome d'insuffisance du premier rayon). C'est une douleur de transfert liée à un appui anormal. Dans un second temps, les autres têtes métatarsiennes peuvent être concernées.

2) Elles se localisent sur les petits orteils s'ils viennent à se positionner en griffe.

3) Elles se localisent sur l'ensemble du pied, voire du membre inférieur, avec des phénomènes de crampes ou de surcharge fonctionnelle au niveau des articulations (genou, hanche, dos) qui travaillent dans de mauvaises conditions quand les appuis ne sont plus bons.

Les déformations secondaires

Les modifications d'appuis entraînent des surcharges fonctionnelles sur les rayons latéraux. La 2^e articulation métatarso-phalangienne est la première à souffrir de cet excès d'appui.

Si la situation persiste les structures articulaires viennent à se rompre puis disparaissent. On a alors une luxation irréversible de l'articulation.

Dans ces situations de souffrance mécanique, une infiltration, même si elle peut soulager provisoirement, présente un risque important d'accélérer l'apparition d'une telle dislocation.

Sous la poussée du gros orteil, les rayons latéraux peuvent se dévier en dehors. On voit alors apparaître une clinodactylie. Cette déviation provoque corps, oeils de perdrix et difficultés au chaussage.

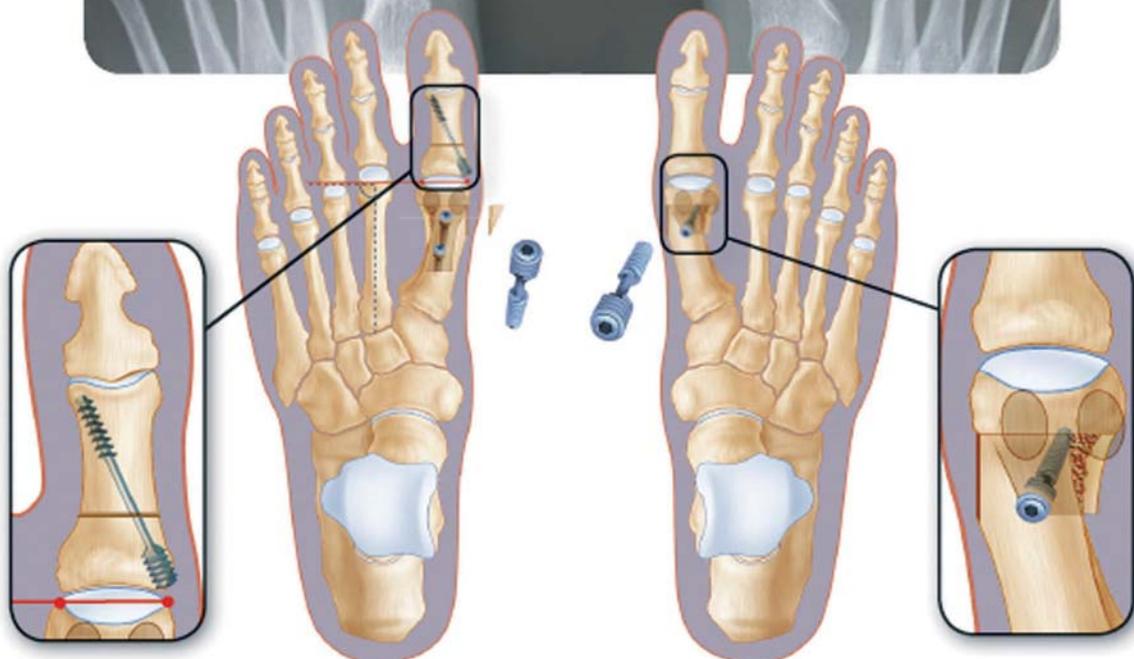
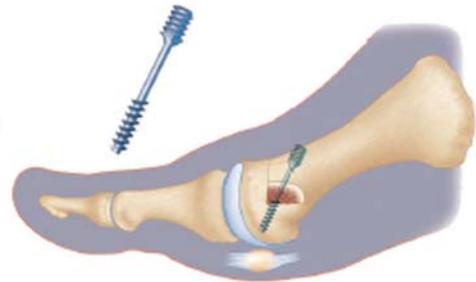
6





Principe de correction des déformations

Le principe essentiel est de ne pas se contenter de « raboter la bosse » mais de s'attaquer à la cause, c'est-à-dire réduire l'angle métatarso-phalangien. Pour cela, il faut ramener le premier métatarsien vers le second et aligner la phalange du gros orteil dans le prolongement du premier métatarsien. Les autres anomalies seront réglées à la demande en fonction des gênes ressenties.



7

Fixation par vis des ostéotomies métatarsiennes et phalangiennes corrigeant les déformations.

FEUILLE DE ROUTE

Le rendez-vous de consultation avec l'anesthésiste

Ce rendez-vous est obligatoire. Si vous programmez votre intervention juste après la consultation, nos secrétaires se tiennent à votre disposition pour prendre ce rendez-vous.

La pré-admission

Le jour de votre consultation avec l'anesthésiste, vous ferez également votre pré-admission.



Munissez-vous à cet effet de votre carte de sécurité sociale, de votre carte de mutuelle et rendez-vous au Bureau des Entrées.

Le formulaire de « Consentement Éclairé »

Comme vous le savez, chaque opération, aussi minime soit-elle, comporte un risque de complications. Notre rôle est, comme nous l'avons toujours fait, de vous prévenir de ces complications et de rester à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions. La jurisprudence actuelle nous oblige à recueillir votre consentement.

Les radiographies

Le jour de l'entrée vous devez impérativement venir avec vos radiographies (celles prescrites le jour de la consultation ou celles que vous aviez déjà). Si aucune radio ne vous a été prescrite, il peut s'agir d'un oubli.

8



Merci de bien vouloir contacter alors le secrétariat pour qu'une ordonnance vous soit délivrée.

La chambre particulière

La réservation est faite par nos soins : il vous suffit de préciser aux secrétaires si vous souhaitez bénéficier d'une chambre particulière. Malgré notre souci de vous apporter un maximum de confort durant votre séjour, nous ne pouvons vous garantir cette chambre dès votre arrivée car sa disponibilité dépend des possibilités du service.

Le supplément facturé pour une chambre particulière est de 40 € par jour.

Nous vous conseillons de vous renseigner auprès de votre mutuelle pour connaître le montant de leur prise en charge.



Les chaussures post-opératoires



Suivant le type de chirurgie réalisée, ces chaussures vous seront indispensables car elles vous permettront de marcher dès le 1^{er} jour post-opératoire.

Ces chaussures sont à acheter et nous vous proposons :

- De vous les prescrire. Vous pourrez ainsi vous les procurer avant votre entrée en hospitalisation. Ne les oubliez pas car vous en aurez besoin très rapidement après l'intervention.
- On peut trouver sur le marché plusieurs modèles de chaussures post-opératoires. Nous conseillons le modèle Podalux de Donjoy, ou la chaussure de Sober. Elles permettent de protéger l'avant pied et de dérouler le pas tout en conservant une stabilité satisfaisante.

L'ensemble du pied est protégé par la chaussure. La chaussure est prise en charge en partie par la sécurité sociale et en partie par votre mutuelle (selon contrat).

Quelques accessoires qui peuvent vous aider

Les chaussures post-opératoires sont obligatoires après une chirurgie sur l'avant pied.



Certains accessoires sont souvent inutiles (fauteuil roulant, cannes anglaises...), d'autres peuvent vous rendre service. Parmi ceux-ci on peut citer :



Bandes cohésives



Une protection pour la douche



Un arceau de protection pour éviter le poids des draps du lit



Un système anti escarre du pied



Un pack de froid

VOTRE SÉJOUR A L'HOPITAL

La durée est d'environ 2 à 3 jours (2 à 3 nuits).

L'entrée se fait généralement le dimanche soir ou le lundi matin :

le Docteur GHORBANI opère les lundis. La sortie a généralement lieu le mardi.

Votre entrée

- Vous vous présenterez au service de Chirurgie (entrée principale du CMC), où l'équipe vous indiquera votre chambre.
- Vous leur remettez le formulaire de « Consentement Éclairé » dûment signé, si cela n'a pas été fait auparavant.
- N'oubliez pas d'apporter les radios qui ont été effectuées.
- Nous vous conseillons de ne pas apporter de bijoux , ni vos papiers, chèquiers, cartes et autres objets de valeur.

Votre préparation à l'intervention

- Vous bénéficierez la veille et le matin de l'intervention d'une préparation cutanée pré-opératoire (tonte si nécessaire, douche avec un savon anti septique).
- Vous resterez à jeun à partir de minuit.

L'intervention

Grâce à la prémédication éventuellement prescrite, vous serez complètement détendu(e) lorsque le brancardier vous conduira au bloc opératoire.

- Vous passerez d'abord en salle de préanesthésie où l'anesthésie loco-régionale est faite. Un moment d'attente est nécessaire (délai de « prise » de l'anesthésie). Puis, on vous installera en salle d'opération. L'intervention dure généralement une demi-heure.
- Après l'intervention, vous serez conduit(e) en salle de réveil.

10

L'heure de l'intervention

Il est toujours très difficile de prévoir avec précision l'heure de votre passage au bloc opératoire.

Le nécessaire est bien sûr fait pour que l'attente hors de la chambre soit réduite au minimum. Si vous devez être opéré(e) le matin, vous devez rester à jeun.

L'anesthésie

Le médecin anesthésiste saura discuter avec vous du type d'anesthésie le mieux adapté à votre cas.

Le plus souvent il s'agit d'une anesthésie loco-régionale sous guidage échographique. Cependant, si vous le souhaitez, l'anesthésie peut être complétée pour vous éviter de « voir » ou « d'entendre » ce qui se passe en salle d'opération.





LES SUITES OPÉRATOIRES

Vous resterez sous surveillance en salle de Soins Post-Interventionnelle (Salle de Réveil) puis les brancardiers vous reconduiront en Chirurgie après accord de l'anesthésiste.

En Chirurgie, vous bénéficierez d'une surveillance, d'une prise en charge de la douleur et d'une aide pour vos besoins car vous devrez rester allongé jusqu'au lendemain.

Le lendemain, on vous aidera pour vos auto-soins, on vous installera la chaussure Sober et vous pourrez marcher.

Les douleurs post-opératoires

Elles ont considérablement diminué grâce aux soins apportés à la lutte contre le saignement, et grâce à l'évolution des techniques anesthésiques. La majorité des patients ne ressent qu'une douleur modérée et de courte durée.

Le pansement

Il ne doit pas être refait.

Le pansement fait au bloc est stérile, il constitue un « plâtre mou » qui participe au maintien de la correction.

Il sera refait aux Consultations Externes du CMC après 15 jours.

Si le moindre problème se pose avec ce pansement, contactez nous.

Ne faites pas refaire ce pansement par l'infirmière ou votre médecin sans avoir notre accord.



La lutte contre l'œdème

Votre pied vient d'être opéré et aura tendance à gonfler (œdème).

Il est donc conseillé de :

- Limiter la marche à 15 minutes toutes les 2 heures ;
- Mettre un pack de froid sur votre(vos) pied(s) pendant 10 min à renouveler autant de fois que nécessaire ;
- Rester le plus possible allongé (éviter la position assise jambes surélevées) ;
- Dormir les pieds surélevés (cales de 10 cm sous chaque pied de lit).

Ceci est très important pour lutter contre l'œdème et accélérer sa récupération.

La sortie

Elle se fera le lendemain de l'intervention en début d'après-midi et après avoir marché.

Dans certains cas, il est bien sûr possible de sortir le surlendemain de l'intervention.

Vous ou votre entourage devrez passer au secrétariat du service de Chirurgie pour récupérer les ordonnances, la lettre pour votre médecin traitant et vos prochains rendez-vous. Vous passerez au bureau des entrées (situé au rez de chaussée) pour signer votre sortie et régler les frais de séjour.

Vous ne pourrez pas conduire, mais l'état de votre pied permettra la position assise.

Vous pourrez être transporté en VSL ou avec votre voiture particulière.

La maison de convalescence ou de rééducation

Ce type de chirurgie ne nécessite pas d'une façon générale un séjour en maison de convalescence.

Si toutefois votre état de santé ou votre situation familiale rendait nécessaire un placement dans un centre adapté il faudrait alors en parler au secrétariat des Consultations Externes lors de la programmation de votre chirurgie pour que nous puissions vous réserver une place, les délais d'attente étant relativement longs (15 jours à 3 semaines entre la demande et l'obtention de la place).

LE TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

Le pansement et les soins

Le pansement et le strapping sont réalisés au bloc opératoire. Ce pansement doit être laissé en place pendant 15 jours.

Au bout de 15 jours, il sera refait mais beaucoup plus léger. Ce nouveau pansement est fait à la consultation, ou au bloc opératoire si le deuxième pied doit être pris en charge. Afin d'améliorer la qualité de la cicatrice, un pansement siliconé sera mis en place ainsi qu'une bande cohésive.



Ces produits vous auront été prescrits dès la programmation de l'intervention. Vous devrez donc les amener pour la réfection du pansement.

Les points sont résorbables et tombent tout seuls vers le 20^e jour post-opératoire. La douche peut être autorisée, sous protection, avant la chute des points.

12

En cas d'oedème prolongé, il peut être utile de remettre en place tous les matins une bande cohésive au niveau du pied les premières semaines, voire les premiers mois.

Au bout d'un mois, le pansement sera généralement supprimé.

Un traitement anti-coagulant peut-être instauré à la sortie, pour une période de 15 jours à 1 mois et demi, en fonction du type d'intervention ou si vos antécédents constituent un facteur de risque. Un contrôle du taux de plaquettes sera alors à faire régulièrement.



Il est inutile et dangereux à ce stade de travailler la mobilité des orteils.



Reprise des activités

La marche avec appui de l'avant-pied sur le sol peut être douloureuse et doit être évitée. La chaussure a été conçue pour vous permettre de marcher avec une stabilité maximum et une protection complète de tout l'avant-pied.

Au bout de 15 jours environ, vous pourrez commencer à porter des chaussures larges et confortables et à solliciter votre avant-pied. Si vous ressentez encore des douleurs, vous pouvez remettre momentanément vos chaussures.

Dans certains cas, les chaussures doivent être conservées pendant 45 jours.



La conduite automobile pourra être reprise après 3 à 6 semaines, sauf avis médical contraire.

La reprise du sport est généralement possible au 3^e mois post-opératoire. En effet le geste réalisé crée souvent des fragilités osseuses provisoires ; il ne faut donc pas trop « forcer » sur le pied tant que la consolidation n'est pas obtenue totalement.

A noter que, durant toute cette phase post-opératoire et pendant plusieurs mois si besoin, il est fortement conseillé de mettre en place tous les matins une contention avec la bande cohésive. Cela limite l'oedème, améliore le confort et la sensation de tenue, et permet enfin d'optimiser le résultat final en « serrant » le pied lors de la phase de cicatrisation.

On obtient ainsi un pied plus fin et plus facile à chausser.

Ablation du matériel

Un rendez-vous pour enlever les vis peut vous être donné. Par défaut le matériel est laissé en place, mais il peut exister plusieurs avantages à retirer les vis quelques mois après la chirurgie initiale :

- Retirer un matériel qui peut être à l'origine de la persistance d'une inflammation ou d'un conflit.
- Mobiliser une articulation enraidie et gagner ainsi du temps sur la récupération finale.
- En profiter pour parfaire la correction si cela s'avère nécessaire.
- Compléter l'acte chirurgical, notamment sur les petits orteils, si une griffe ou une gène persiste malgré la remise en charge du premier rayon.

Cette intervention à l'origine d'une quinzaine de jour d'immobilisation, sera bien évidemment annulée, si lors de la consultation du 2^e mois rien ne la justifie.

CAS PARTICULIERS

Les renseignements qui viennent de vous être donnés dans ce manuel concernent la prise en charge d'une déformation selon une technique mini invasive avec ostéotomie en chevron.

Des modifications dans la prise en charge peuvent, bien sûr, survenir en fonction des techniques utilisées et en fonction des particularités individuelles de chacun.

Chirurgie percutanée

Dans certaines situations, il est possible de traiter l'hallux valgus de manière percutanée. La rançon cicatricielle est moindre mais les suites souvent plus difficiles car les ostéotomies ne sont fixées que par le pansement.

C'est une solution possible pour les petites déformations de la femme jeune. A l'opposé, c'est une solution souvent proposée aux personnes très âgées, fragiles ou avec de lourds antécédents présentant d'importantes déformations.

Si cette solution vous est proposée, vous n'aurez pas de vis ni de broche.

14



*Contrôle radioscopique
per-opératoire*



Radiographie post-opératoire



Déformations majeures

Les déformations majeures et/ou les hallux valgus avec instabilité de la base du 1^{er} métatarsien (pied qui s'étale lors de la mise en charge) peuvent nécessiter une prise en charge différente avec une correction au niveau de la base du premier rayon. Souvent, une double ostéotomie est réalisée.



a. Ostéotomie basale

Dans ce cas là, on effectue une ostéotomie à la base du métatarsien pour mieux le réorienter et pour associer un effet d'abaissement. C'est une chirurgie plus lourde mais qui permet de corriger dans de très bonnes conditions les grosses déformations.

Cette technique génère des contraintes supplémentaires :

- Protection de l'appui par cannes anglaises pendant 2 semaines.
- 1 mois de chaussure post-opératoire.



b. Arthrodèse cunéo-métatarsienne

Cette intervention encore appelée « intervention de Lapidus » est fort utile dans les importantes déformations avec instabilité de l'articulation à la base du 1^{er} métatarsien.

Cela est observé dans les grosses pertes d'appui du 1^{er} rayon, dans les arthroses ou dans certains pieds plats.



Là aussi, la fixation se fait par plaque mais les suites sont plus lourdes car elles nécessitent de mettre en décharge l'avant-pied (appui interdit) pendant 45 jours.

Arthrodèse métatarso-phalangienne du gros orteil



Si la déformation ou l'atteinte cartilagineuse l'exigent, il n'est plus possible de conserver l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

L'opération réalisée porte le nom d'arthrodèse et consiste en un blocage complet et définitif de l'articulation. Il s'agit d'une chirurgie efficace et très bien tolérée.

Nous sommes bien sûr à votre entière disposition pour répondre à toutes les questions que vous vous poserez si cette technique vous est proposée.

En post-opératoire, il ne faut pas tenter de mobiliser l'articulation que l'on cherche à fusionner.

La récupération est relativement rapide avec reprise immédiate de l'appui et de la marche. Les suites sont tout à fait comparables à celles observées dans la chirurgie « classique » de l'hallux-valgus.



16



Arthrolyse métatarso-phalangienne du gros orteil

Lorsqu'il existe une usure de l'articulation (arthrose) avec conservation totale ou partielle de la mobilité, on préférera réaliser un nettoyage et une décompression de l'articulation.

Dans ce cas, on peut quelques fois être amené à reculer légèrement la tête du premier métatarsien ou à raccourcir la 1^{re} phalange.

C'est une bonne solution pour les arthroses débutantes avec conservation partielle de la mobilité articulaire.



Gestes sur les petits orteils

Lorsque l'hallux valgus est pris en charge à un stade évolué, il peut être nécessaire d'effectuer un geste complémentaire sur un ou plusieurs petit orteil.

Le plus souvent ce geste n'influe pas sur la récupération post-opératoire. Il s'agit d'une chirurgie mini invasive ne nécessitant que rarement la mise en place de broche. Le pansement joue alors un rôle fondamental.



La prise en charge des griffes du 2e orteil peut poser des problèmes, et techniques, et en terme de récupération.

Aussi on peut proposer, à ce niveau là, une prise en charge spécifique avec blocage de l'articulation inter-phalangienne proximale par un système d'agrafe interne.

17

A la carte, on réalisera :

- *Allongement tendineux* : il peut être proposé sur une griffe simple ; l'allongement s'effectue en fonction des besoins sur les fléchisseurs et/ou sur les extenseurs.
- *Geste ostéo-articulaire sur l'orteil* : souvent nécessaire en cas de griffe raide. Il consiste alors en des ostéotomies phalangiennes. Ce geste réaligne l'orteil et peut permettre de le raccourcir. En cas de raccourcissement, une broche provisoire peut-être mise en place (1 mois).

Réalignement des métatarsiens Prothèse Métatarso-Phalangienne latérale

Chirurgie « définitive » de l'avant-pied, accompagnée souvent d'une arthrodèse du gros orteil.

Ce geste est réservé aux déformations majeures, fixées ou aux récidives quand aucune autre solution n'est possible.

- En cas de réalignement, il est nécessaire de mettre en place une broche dans les orteils. Ces broches dépassent des orteils et doivent être enlevées 1 mois plus tard lors d'une courte hospitalisation (ambulatoire).
- Si l'on choisit de mettre une petite prothèse cela n'est pas nécessaire. La marche est alors reprise plus rapidement et dans de meilleures conditions.

DMMO (*Distal Mini invasive Metatarsal Osteotomy*)



En cas d'instabilité métatarso-phalangienne ou bien de trop grande souffrance articulaire sur les rayons latéraux, il peut être nécessaire de réaliser un geste spécifique permettant de traiter l'hyper appui plantaire douloureux.

On procède alors à une coupe osseuse (ostéotomie) percutanée des 2-3-4^{es} métatarsiens, en arrière des articulations. Cela permet de détendre le pied et de remonter les points d'appui. Ces fractures chirurgicales ne sont pas fixées et c'est l'appui dans la chaussure qui équilibre les pressions sous la plante du pied.

18

L'idéal est bien sûr de réaxer le gros orteil avant d'en arriver à ce stade.

Lorsque cette intervention est nécessaire, elle est à l'origine d'un allongement important du temps de récupération global, du fait d'un oedème du pied plus important et plus long à disparaître. Il faut par ailleurs savoir que, malheureusement, on ne peut pas toujours obtenir un résultat de qualité parfaite, car ce geste se fait dans des situations dégradées où les structures articulaires ont disparu.

Il est très important d'être assidu dans l'auto-rééducation après cette chirurgie. Des mobilisations, à réaliser à domicile, de 10 minutes, deux fois par jour vous seront enseignées lors des consultations de suivi (2-3 mois).

Les images radiologiques sont souvent surprenantes et peuvent inquiéter un radiologue ou un médecin généraliste peu habitués à ce type d'intervention.





Désépaississement métatarsien

Solution simple pour régler des problèmes isolés d'hyperappuis quand ils sont localisés. On désépaissit la tête du ou des métatarsiens concernés. L'appui est alors rapidement repris dans de bonnes conditions.

Weil

Ostéotomie de recul des métatarsiens latéraux. C'est une ostéotomie fixée par vis qui permet de prendre en charge les luxations irréductibles des articulations métatarso-phalangiennes. Réputées enraidissantes, on les réserve à ces indications spécifiques.



À DISTANCE



La première consultation a lieu entre le deuxième et le troisième mois post-opératoire.

Généralement, une consultation à un an est programmée. Cette visite est nécessaire, même si vous allez bien. Un geste ostéoarticulaire a été fait et il est utile d'en contrôler la tolérance.

De plus, le pied peut évoluer et si besoin, certaines actions préventives pourront alors être entreprises (semelles, rééducation...)

19

Vous devrez donc venir à cette consultation avec vos anciennes radios et les nouvelles qui vous auront été prescrites.



COMPLICATIONS

Il faut savoir que, comme toute chirurgie, la chirurgie du pied peut présenter des complications.

La première d'entre elles à connaître, est un risque septique, qui, bien que très rare, arrive quelquefois. Heureusement, les infections au niveau du pied sont la plupart du temps traitées sans problème.

Il peut par contre arriver que l'on ait besoin d'effectuer des corrections secondaires après une chirurgie. Dans l'immense majorité des cas, ces retouches, quand elles surviennent, ont des conséquences bien moins lourdes et contraignantes, que la chirurgie initiale. La plupart du temps, nous profitons de l'ablation des vis pour les réaliser.

En cas d'excès ou d'insuffisance de correction, il est souvent préférable de réagir rapidement et même si la décision est souvent difficile, il ne faut pas hésiter à reprendre la chirurgie initialement réalisée. Chaque cas est bien sûr particulier et doit être discuté.

D'autres complications bien plus rares sont à connaître, citons les risques d'algodystrophie, les risques de névromes post-opératoires (douleurs sur petits nerfs sensitifs) ou encore d'arthrose.



Rappelons également que l'incidence d'un certain nombre de complications est très significativement augmentée par une intoxication tabagique (trouble de cicatrisation, infection, problème de consolidation osseuse) : l'arrêt du tabac est donc RECOMMANDÉ au moins 3 mois AVANT tout geste chirurgical programmé.



Pendant l'intervention

Des difficultés peuvent se poser chez les personnes possédant des os particulièrement fragiles qui risquent de se casser, ou si le matériel que le chirurgien veut mettre en place ne s'accorde pas bien à vous.

Après l'intervention

La chirurgie de l'avant-pied n'est pas reconnue comme favorisant les phlébites (caillot de sang bouchant une veine de la jambe) cependant une prévention par une piqûre quotidienne d'héparine sera mise en place par l'équipe médicale en fonction des risques personnels et du type de chirurgie réalisée.

La raideur : toute ostéotomie peut entraîner une perte de 15 à 20° de mobilité. La flexion dorsale est souvent excellente, par contre, une raideur en flexion plantaire est habituelle. La qualité tissulaire du patient est déterminante et non prévisible ; une mobilisation sous anesthésie générale voire une arthrolyse (libération articulaire) peuvent être indiquées dans certains cas.

L'hématome : il peut s'accompagner de douleurs lancinantes et il est un facteur favorisant les infections. On le prévient en suivant les consignes post-opératoires de prudence à la reprise de la marche dans les premiers jours. Une fois avéré, il nécessite un glaçage régulier jusqu'à sa disparition en trois semaines environ.

Le gonflement : (cf. page 11, Lutte contre l'oedème) n'est pas à proprement parlé une complication, mais un élément normal des suites opératoires, surtout en cas de chirurgie percutanée des rayons latéraux. Il dépend bien sûr du type de chirurgie, mais également de particularités qui vous sont propres, et en particulier la qualité de votre réseau veineux. Il sera pris en charge par le glaçage du pied, par le maintien du membre opéré en position déclive et par des soins de rééducation assidus (drainages lymphatique, cataplasmes d'argile verte après cicatrisation parfaite...).

21

Les complications neurologiques : l'anesthésie (perte de sensibilité) sur une cicatrice est banale ; le nerf peut être abîmé, étiré au cours de l'intervention entraînant une diminution de la sensibilité (hypoesthésie), ou plus rarement des fourmis (paresthésies). Ces signes, en général, sont régressifs.

Les troubles de la cicatrisation : (simple retard ou désunion) sont plutôt associés aux techniques conventionnelles où la cicatrice est plus importante.

La chirurgie mini invasive que nous pratiquons le plus souvent diminue largement l'incidence de cette complication.

Ils sont favorisés par une reprise précoce des activités ou un hématome post-opératoire et augmentent le risque infectieux.

La correction de la déformation est stable dans le temps, cependant

Une insuffisance de correction, souvent bien tolérée, peut survenir pour différentes raisons : déformation très sévère, tissus de mauvaise qualité, notamment lorsque des épisodes de « bursite » ont précédé l'intervention, voire insuffisance dans le geste qui a été réalisé.

Il existe enfin de véritables récives alors que le résultat initial était parfait.

Même si une telle situation est souvent vécue difficilement par le patient et par le chirurgien, il faut savoir qu'il existe toujours une solution de reprise chirurgicale permettant de traiter dans de bonnes conditions cette insuffisance de traitement.

L'excès de correction (hallux varus) est par contre mal toléré : il nécessite une reprise chirurgicale : nouvelle ostéotomie ou arthrodèse.

Les complications osseuses

En raison des coupes réalisées sur les os et de l'immobilisation partielle qui suit l'intervention, vos os sont moins solides et risquent de se casser plus facilement (fracture) ou de se déplacer (déplacement du matériel, et plus tardivement après consolidation, cal vicieux). Il faut donc être très prudent quand vous recommencez à appuyer sur l'avant de votre pied. Les retards de consolidation sont parfois observés jusqu'à 1 an, rarement plus et peuvent s'accompagner de douleurs. Les pseudarthroses (absence de consolidation) sont rares et ne seront réopérées que si elles sont douloureuses. Les nécroses osseuses (mort de l'os autour de la zone d'ostéotomie) sont elles aussi très rares. Enfin, l'arthrose post-opératoire est possible nécessitant parfois la réalisation secondaire d'une arthrodèse (blocage articulaire).



QUESTIONS FRÉQUENTES

> **Est ce douloureux ?** Grâce à la prise en charge anesthésique et chirurgicale moderne, cette chirurgie réputée douloureuse ne l'est en principe plus.

> **Quel est le type d'anesthésie ?** Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une anesthésie locorégionale qui n'endort que le pied et la jambe. Néanmoins, dans certains cas (certains types d'intervention, malade anxieux...) il est possible de réaliser une anesthésie générale complémentaire.

> **Y a-t-il des soins infirmiers ?** En règle générale, le premier pansement est refait par nos soins, aux consultations externes, le 15^e jour. Ensuite, une simple bande élastique cohésive, qui pourra être retirée quotidiennement pour la douche, permet de lutter contre l'œdème. La douche est possible après ce premier pansement. En cas de douleur anormale, d'un écoulement ou de toute autre anomalie, il faut prendre contact avec le secrétariat pour revenir consulter, ne pas prendre d'antibiotiques (y compris en application locale).

> **Peut-on opérer les deux pieds à la fois ?** Il est déconseillé de faire les deux pieds à la fois.

La nécessité de partager entre les deux cotés les doses de produit anesthésiant utilisé peut rendre cette chirurgie douloureuse. De plus, le handicap immédiat est bien plus important et la récupération souvent plus longue au final.

Cependant, en cas d'exigence particulière (familiale, professionnelle) une telle prise en charge peut être discutée.

> **Quand pourrais-je reconduire ?** Entre la 3^e et la 6^e semaine.

23

> **Combien de temps suis-je arrêté(e) ?** L'arrêt de travail est bien sûr fonction de votre métier. Il est le plus souvent compris entre 6 et 8 semaines et peut être prolongé jusqu'à trois mois si vous devez effectuer de longs trajets à pied ou si votre activité nécessite une station debout prolongée.

> **Quand pourrais-je reprendre une activité sportive ?** La natation est autorisée au 30^e jour. Le vélo peut être débuté au 45^e jour, les courtes marches après 2 mois. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football...) peuvent être débutés après le 3^e mois, à condition que les douleurs soient absentes. Pour le sport de haut niveau (ex : marathon), il faut compter 6 mois.

D'importantes variations peuvent exister en fonction du type de chirurgie réalisée.

> **Quand puis-je voyager ?** Avant 6 à 8 semaines les vols long-courriers sont déconseillés pour le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire. En revanche un vol intérieur ou un voyage en train sont possibles dès la sortie du service de chirurgie. Le matériel métallique que vous portez ne fait pas sonner les portiques de sécurité. Les voyages touristiques avec marches sont possibles après 4 mois.

> **Quand pourrais-je me rechausser ?** La marche avec talons est possible généralement après le 4^e mois. Il est recommandé de ne pas dépasser 4 cm sauf de façon exceptionnelle (soirée). Entre le 6^e mois et la fin de la première année, il est généralement possible de chausser des chaussures de ville fine (escarpins...) et de mettre des talons plus haut.

> **Serais-je remboursé de mes transports ?** Il n'y a pas de remboursement pour les visites. En revanche les trajets liés à l'hospitalisation sont pris en charge. Cependant, nous vous conseillons de vous renseigner auprès de votre caisse et de votre assurance (mutuelle).

> **Le matériel implanté doit-il être retiré ?** Il peut tout à fait rester en place et ne sera retiré qu'en cas de gêne, parfois tardive (après 1 an). Cependant, dans certains cas, cette ablation est plus systématique (plaques).

> **Qu'attendre de cette chirurgie ?** Les résultats ont été améliorés, d'une part par l'hyperspécialisation, et d'autre part par l'émergence de nouvelles techniques moins invasives. Le taux de bons et très bons résultats est compris entre 90% et 100%.

CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL - HOPITAUX DE LANNEMEZAN

**644 Route de Toulouse
BP : 90 167
65308 LANNEMEZAN CEDEX**

**Standard : 05 62 99 55 55
Accueil CMC : 05 62 99 53 00
Fax CMC : 05 62 99 53 10
Site Internet : www.ch-lannemezan.fr**