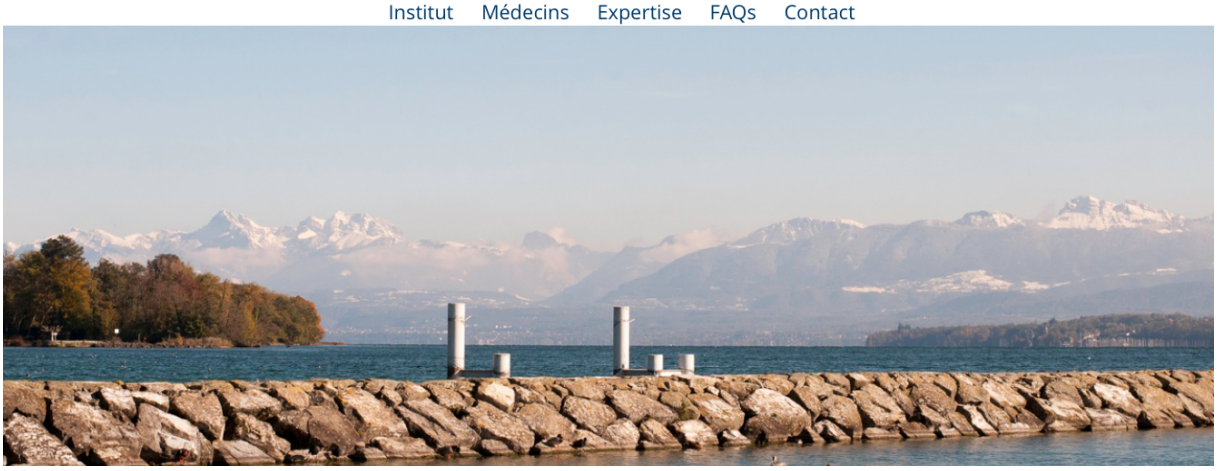
Informations pour les patients et les soignants
et consentement éclairé du patient

ITOLS
INSTITUT DE TRAUMATOLOGIE
ET D'ORTHOPÉDIE DU LÉMAN SUISSE

Institut Médecins Expertise FAQs Contact



Centre de médecine et de chirurgie du pied et de la cheville

Clinique de Genolier (Genolier) et clinique de Montchoisi (Lausanne)

La chirurgie du pied et de la cheville

Percutanée,
Mini-invasive,
Arthroscopique et
Ouverte

Introduction

Les déformations de l'avant-pied (Hallux valgus "oignon", orteils en griffe ou en marteau, quintus varus "oignon du 5ème orteil", hallux rigidus "arthrose", …) sont fréquentes et plus manifestement chez la femme que chez l'homme. Ces déformations peuvent être gênantes soit en raison des douleurs, des difficultés de se chausser, esthétiques "avec influence psychique de crainte de montrer ses pieds", ou une association de deux ou trois symptômes.

D'autres pathologies du pied sont plus rares (telles éperon calcanéen, aponévrosite plantaire, arthrose du mediotarse ou de l'arrière pied, lésions ostéochondrales ou ligamentaires de la cheville, rupture du tendon d'Achille, …) et peuvent bénéficier de chirurgie.

Les fractures peuvent intéressées tous les os du pied et la cheville. Leur traitement doit aussi évoluer et être le plus fonctionnel possible.

La chirurgie du pied a énormément évolué ces dernières années. Elle est passée d'une chirurgie lourde, très douloureuse et transitoirement impotente fonctionnellement, à une chirurgie plus confortable, plus fonctionnelle et esthétique.

Actuellement, on peut corriger les déformations de l'avant pied (Hallux valgus "oignon", orteils en griffe ou en marteau, quintus varus "oignon du 5ème orteil", arthrose, …) en percutané (sans incision et donc sans cicatrice) ou en mini-invasif (petite incision de quelques millimètres dite MIS : minimal invasive surgery), comme on peut traiter d'autres lésions par scopie ou en utilisant des implants adaptés.

Les résultats de ce type de chirurgie sont identiques à moyen et long terme que la chirurgie ouverte qui reste toujours pratiquée.

En effet, ce genre de chirurgie, délicate, pratiquée un peu partout au monde et de plus en plus répandue, trouve son intérêt dans l'agression minimale des structures et l'utilisation minimale d'implants internes. De ce fait, les suites post opératoires sont plus simples, autorisant ainsi une intégration de la vie quotidienne plus rapidement (selon la gravité des déformations, d'un ou deux pieds, l'âge et l'état de santé des patients).

Pour les fractures, le traitement peut être percutané, mini-invasif ou ouvert selon l'importance de la lésion. Par contre, on privilégie la mobilisation immédiate des articulations et l'appui immédiat sans contention plâtrée.

Bien entendu, toutes ces pathologies peuvent être sujet à un traitement non chirurgical qui est discuté avant de conclure à un traitement chirurgical.

Pour les déformations du pied, peuvent être prescrit, des supports plantaires, des orthèses correctrices, de la physiothérapie, de la réflexologie,…

Pour les fractures, un traitement par immobilisation plâtrée ou équivalent est proposé.

Les avantages et inconvénients de chaque procédé sont détaillés et le choix revient au patient, parfois aidé par son médecin traitant.

Cette brochure traite que du traitement chirurgical dans ses grandes lignes. Le traitement conservateur non chirurgical discuté lors de cette consultation ainsi que les détails des deux traitements et surtout leurs éventuelles complications peuvent être retrouvé sur le net.

PD Dr Med. MOUHSINE EL Yazid

Technique

Durant la consultation, une indication opératoire peut être décidée. Si vous y adhérez, vous serez informé de la date opératoire et de la date d'une consultation de préhospitalisation avec l'anesthésiste. Par respect aux personnes qui organisent cette planification et aux patients qui auront pu bénéficier de ces plages de consultation et de chirurgie, vous êtes priés de ne confirmer la date opératoire qu'une fois que vous en êtes sûr et de ne pas l'annuler sauf en cas de réelle nécessité.

Hallux valgus (HV) et quintus varus (QV)

Il s'agit de la section de l'attache phalangienne du muscle abducteur du gros orteil, de l'ablation de l'exostose et la réaxation par ostéotomie (fracture) du premier métatarsien (HV) ou du cinquième métatarsien (QV). Le plus souvent il y'a nécessité de parfaire la correction en réaxant le premier orteil grâce à l'ostéotomie de la première phalange. Cette fracture guidée sera fixée par une broche en inox de 2mm apparente à la peau et qui sera enlevée au plus tard à 4 semaines après l'opération. Il est rare que cette broche soit nécessaire pour le 5ème orteil alors qu'elle est constante pour le premier. Ces gestes nécessitent un point d'entrée cutané dorsal et un interne si HV, un 2eme interne si complément sur l'orteil et un externe si QV.

Orteils en griffe

La correction consiste en le blocage de 1 ou 2 articulations de l'orteil numéro 2, 3, 4 ou 5. Ce blocage pourra être maintenu soit par une broche apparente, enlevée au bout de 4 semaines, soit par un implant interne. Un geste de ténotomie des fléchisseurs et ou des extenseurs peut y être associé ou isolé selon l'importance et le type de déformation.

Métatarsalgies

En relation avec une luxation ou subluxation des articulations MTP, une arthrose ou simplement une inégalité des métatarsiens (pied grecque par exemple). Elles peuvent être traitées par des ostéotomies de raccourcissement fixées ou non, ouvertes ou en percutanée.

Hallux rigidus (HR)
Cette pathologie est traitée surtout par arthrodèse (blocage définitif de l'articulation) ou par arthroplastie (remplacement de l'articulation par une prothèse). Toutefois, selon l'état de l'articulation et les besoins du patient, on peut procéder à la résection simple des excroissances osseuses (ostéophytes) par voie percutanée sans mise d'implant définitif ou provisoire. Ceci permet de réduire ou d'enlever les douleurs et d'augmenter la mobilité de l'articulation mais surtout d'améliorer le chaussage. Rarement ceci ne suffit pas et l'arthrodèse ou l'arthroplastie est pratiquée dans un 2eme temps.

Pied plat
En plus du traitement conservateur par support plantaires et ou chaussures adaptées, le traitement chirurgical est une alternative dans certaines conditions. Il s'agira soit d'ostéotomie de calcanéum et ou arthrodèse du médiotarse.

Indications aux gestes par scopie :
Ténotomie du long fléchisseur de l'hallux.
Débridement et forage par arthroscopie en cas de lésion ostéochondrale de la cheville.
Arthrolyse de la cheville en cas de conflit.
Avivement pour arthrodèse sous astragalienne.
Résection d'éperon calcanéen et ou tenolyse en cas d'aponévrosite plantaire.

Fractures :
Orteils : syndactylie
Métatarsiens : charge selon douleur ou rarement embrochage percutané ou réduction et ostéosynthèse par plaque et vis.
Arrière pied et fractures de cheville (malléoles ou pilon tibial) : Réduction et fixation percutanée ou ouverte.

Autres :
La liste ne pouvant être exhaustive, tout autre motif de consultation sera discuté selon les règles de l'art.

Votre chirurgien peut juger opportun de renoncer ou d'ajouter un geste respectivement prévu ou pas dans le but d'améliorer la correction des déformations.

Anesthésie
L'opération peut se faire sous anesthésie générale, anesthésie rachidienne ou locorégionale. Cela dépendra de l'état de santé du patient limitant une ou l'autre anesthésie, ou selon le désir du patient. L'anesthésie locorégionale permet une antalgie durant les heures qui suivent l'opération mais peut ralentir la rééducation.

Garrot
Il n'est pas utilisé pour la correction des déformations de l'avant pied. Il peut être utilisé pour les pathologies de l'arrière pied et de la cheville.

Suites post opératoires

Bien entendu, les suites peuvent varier selon le type, le degré des déformations corrigées, l'âge et l'état de santé du patient, son seuil à la douleur, un ou deux pieds opérés,… Mais dans la majorité des cas, c'est ainsi:

Marche
Elle se fait en appui total de suite avec une chaussure adaptée. Les cannes ne sont pas nécessaires, mais fournies à la demande du patient s'il en juge la nécessité. La chaussure adaptée peut être abandonnée après 4 semaines. A pieds nus, la marche est autorisée à domicile.
Pour les fractures de la cheville et de l'arrière pied, la marche est immédiate et en charge avec des baskets et deux cannes. Les cannes peuvent être abandonné dès indépendance (deux semaines en général).
Cette marche permet d'avoir une activité quotidienne y compris voyager, mais à un rythme adapté à cette chirurgie. Il faut donc ménager des moments de repos pour surélever le pied. La douche se fait à l'aide d'une chaussette spéciale ou un sac en plastic.

Sortie de l'hôpital
En général, ces techniques permettent un retour à domicile soit le même jour que l'opération ou dans les cinq jours suivants selon le type de chirurgie et les comorbidités de l'opéré. En effet, selon l'âge, l'état de santé, la bilatéralité de la chirurgie, le seuil de la douleur, le type de chirurgie, le retour à domicile peut être plus ou moins inconfortable, nécessitant des cannes ou chaise roulante voir une adaptation de la médication.

Position assise
De préférence avec les pieds surélevés pour éviter le gonflement.

Conduite de voiture
Autorisée pour autant que les douleurs le permettent et que vous vous sentez maître de toutes vos capacités. En effet, la conduite ne compromet en principe pas le résultat de cette chirurgie. Vous êtes donc seul juge de vos capacités à conduire ou pas et d'affronter les éventuelles litiges assecurologiques en cas d'accident.

Travail
A titre indicatif mais c'est presque une généralité, pour une activité sédentaire (de bureau par exemple), la reprise peut être envisagée rapidement après une à deux semaines. Pour les personnes travaillants debout et avec une grande activité physique, et les longues marches, l'incapacité de travail peut atteindre jusqu'à six semaines, voir plus.
Là aussi, la reprise dépendra du type de travail, des capacités du patient et de l'importance des corrections pratiquées.

Pansements
Ils se font à rythme d'une fois par semaine chez notre assistante. Il n'est pas exclu que le pansement soit fait par le médecin traitant ou une infirmière expérimentée dans ce domaine, en accord avec le soignant et le patient.
Les fils sont enlevés en général à la 3eme semaine. La broche est enlevée à la 4eme semaine.

Contrôles
Une fois par semaine pendant 3 à 5 semaines selon le type de chirurgie chez notre assistante. Puis à 3 mois, 6 mois et une année chez le chirurgien. Le chirurgien est disponible à la demande de son assistante ou du patient en cas de besoin. Selon, l'évolution de la guérison, ces contrôles peuvent être adaptés.

Médication :
Des médicaments antidouleur seront prescrits pour votre confort même si ces techniques sont réputées peu douloureuses. Il n'y a pas d'indication absolue à une antibiothérapie prophylactique post-opératoire ni anti-thrombotique.
En cas de présence de facteurs de risque (alitement, antécédents de thrombose ou d'embolie, utilisation de garrot, …) une médication antithrombotique sera prescrite.

Supports plantaires sur mesure
Dans le but de mieux répartir le poids corporel sur les pieds, évitant ainsi les lésions de surcharge et l'affaissement progressif du pied, des semelles sur mesure peuvent être prescrites.
Semelles qui suivront les pieds dans les chaussures fermées ou chaussures de travail, sans que cela ne devienne une contrainte.

Oedème, douleur et craquement
Peuvent persister jusqu'à consolidation complète de l'ostéotomie, soit parfois 3 mois voire plus, mais en général sans compromettre une vie normale.
La douleur est variable selon le seuil de la douleur du patient, l'importance des déformations et par conséquents l'importance des gestes correctifs pratiqués. Mais dans la majorité des cas, cette douleur est supportable moyennant ou pas des antidouleurs, permettant ainsi une vie relativement indépendante.

Complications

Ce n'est pas parce que l'on en parle qu'elles vont survenir. Les complications sont très rares, mais il est lieu d'en parler. Il faut donc les connaître pour les détecter et les traiter plus rapidement. Ces mêmes complications sont décrites avec les autres techniques chirurgicales. La liste ci-dessous n'est ni contractuelle, ni exhaustive (choc anaphylactique, troubles de la crase, troubles neurologiques,…).

Infection
Très rare. Quand c'est le cas, l'infection est alors traitée par des antibiotiques et le cas échéant, le matériel implanté est enlevé. Par méconnaissance de la technique, il n'est pas exclu que le patient soit admis dans un hôpital ou on procèdera à une incision drainage. En cas d'immunité réduite (corticothérapie, diabète, infection systémique, mauvaise hygiène,…), l'infection peut être plus grave voir gangreneuse.

Thrombose et embolie pulmonaire :
Très rare. Surtout liées à des facteurs de risques : alitement, garrot, hypercoagulabilité, antécédents de thrombose et embolie,…
En cas de présence de facteurs de risques, une prophylaxie est prescrite. Toute fois, si vous sentez une douleur forte au mollet ou douleur thoracique et difficulté à respirer, il faut contacter votre médecin traitant ou les urgences de l'hôpital le plus proche, même si vous êtes sous médication prophylactique.

Non-consolidation de l'ostéotomie
Quand cela arrive, on investigue l'origine (ostéoporose, avitaminose, tabac,…). On traite la cause si possible et parfois, on se contente de prescrire du miacalcic. Mais en général, la consolidation finit par être acquise. Exceptionnellement, la consolidation n'est pas atteinte radiologiquement, mais sans symptômes cliniques. Il est très rare de recourir à une cure de pseudarthrose.
Beaucoup plus rare pour les fractures de la cheville, quand cela arrive, une cure de pseudarthrose se révèle nécessaire.

Insuffisance de correction
Selon la gravité des déformations, la correction peut apparaitre insuffisante. Dans ces cas, un complément de correction peut être nécessaire si le patient le juge nécessaire ou qu'il l'accepte sur suggestion du chirurgien.

Récidives
L'affaissement de la plante du pied étant très impliqué dans ce genre de déformation, nous prescrivons des supports plantaires en espérant éviter les récidives.
De même, une musculature postérieure (fléchisseurs) très courte (Chaussures à talon), peut favoriser la récidive. C'est pourquoi, il faut pratiquer régulièrement des étirements de cette musculature.

Mal alignement
L'ostéotomie n'étant fixée que par une broche, et l'appui étant total de suite, il arrive que la tête du premier métatarsien se lève (à moins que cela ne soit voulu durant la chirurgie selon les indications). Ceci peut entrainer une surcharge sur le 2ème métatarsien.
L'ostéotomie peut aussi être à l'origine de raccourcissement du premier rayon à l'origine de la même symptomatologie.
Cette surcharge peut, en général être gérée par les supports plantaires. Des fois, des ostéotomies de raccourcissements des métatarsiens peuvent s'avérer nécessaire ou en remplacement des supports. Il n'est pas toujours nécessaire de rabaisser ou d'allonger le premier rayon.

Fracture de fatigue
En évitant de charger l'ostéotomie et ainsi la douleur, on risque de surcharger les autres métatarsiens, sièges alors de fractures. Complication peu commune, mais possible. Elle consolide spontanément moyennant une adaptation du chaussage et une antalgie. Elle doit faire penser au diagnostic de l'ostéoporose.

Arthrose :
Préexistante ou suite à une nécrose de la tête métatarsienne, si elle est symptomatique, elle peut nécessiter le traitement d'un HR.
Pour la cheville et l'arrière pied, il s'agit d'une complication connue pour les fractures intra-articulaires auxquelles il faut adapter le traitement selon la symptomatologie.

Algo-neurodystrophie :
Très rare. Nécessite un traitement antalgique, du miacalcic et de la physiothérapie.

La raideur articulaire, l'oedéme, l'aponévrosite plantaire, troubles neurologiques, cicatrices collées (type dysesthésies ou insuffisance de coordination),…peuvent exister temporairement. En général, ils s'améliorent avec le drainage lymphatique, la réflexologie, la mobilisation, l'amélioration de la coordination neurosensorielle.

Conclusion
La meilleure information est celle prise auprès de patients déjà opérés (en faisant la part des choses), auprès de votre médecin traitant et lors de notre consultation. Et en cas de besoin de complément d'information, vous pouvez toujours, nous contacter soit :

par téléphone : **+41 22 366 92 34**
par fax : **+41 22 366 92 23**
par mail : **e.mouhsine@itols.ch**
Par poste : **Rte du Muids 3, CP 30**
CH-1272 Genolier

PD Dr El Yazid MOUHSINE