

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES CONFLITS DE LA CHEVILLE

Dr O. LAFFENETRE, Dr L. VILLET, Pr D. CHAUVEAUX, DR V. DARCEL, Dr G. ANDRAULT
Service d'orthopédie-traumatologie (C)



QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il existe de nombreux types de « conflits » au niveau de la cheville : un tissu (os ou « parties molles ») vient « se coincer » dans l'articulation. La localisation peut être en avant de l'articulation (plutôt en interne pour l'os, et en externe pour les tissus mous) ou en arrière (à la fois pour l'os et les tissus mous). Les causes en sont multiples, principalement dues au sport (par micro-traumatismes répétitifs ou entorses) tels la danse de ballet, le football....



Arthroscopie postérieure

Ils peuvent bénéficier d'une prise en charge par arthroscopie. Elle peut se pratiquer pour le patient sur le dos, explorant ainsi la partie antérieure de l'articulation, ou sur le ventre, pour la partie postérieure

LES SIGNES D'APPEL

Le diagnostic se fait essentiellement sur l'interrogatoire : le patient décrit des douleurs de localisation variable, parfois accompagnées d'une sensation d'instabilité (la cheville ne « tient pas »), de blocages, ressauts, claquements ou gonflement articulaire. On retrouve souvent une histoire d'instabilité de la cheville. L'examen confirmera souvent l'hypothèse diagnostique, parfois par la réalisation d'une infiltration supprimant la douleur durant un certain temps.

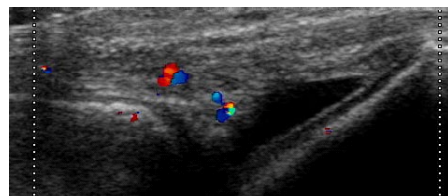
Conflit antérieur



Conflit postérieur

LA LOCALISATION

Elle oriente quand même sur l'origine du problème à traiter : ainsi les douleurs antéro-latérales sont en général évocatrices d'un conflit tissulaire du même nom, les douleurs strictement antérieures, internes ou postérieures, d'un conflit osseux.



LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES UTILES

L'échographie spécialisée peut apporter une réponse sur le diagnostic d'un conflit tissulaire, et guider une infiltration (qui sera le seul traitement pouvant guérir la pathologie).

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT

SUR LES CONFLITS DE LA CHEVILLE

Dr O. LAFFENETRE, Dr L. VILLET, Pr D. CHAUVEAUX, DR V. DARCEL, Dr G. ANDRAULT

Service d'orthopédie-traumatologie (C)



La radiographie du pied en charge et selon certaines incidences analyse parfaitement la structure osseuse et fait en général le diagnostic des conflits osseux antérieurs ou postérieurs, voire d'éventuels troubles statiques associés.



L'arthro-scanner plus que L'IRM sont des examens plus sophistiqués non indispensables, prescrits en général à visée pré-opératoire, pour faire un bilan précis des lésions.

TRAITEMENT MEDICAL

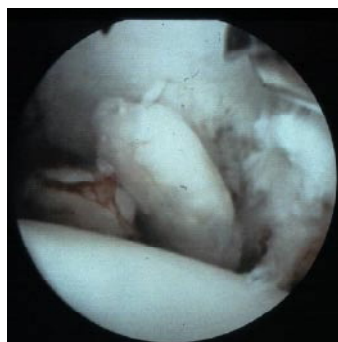
Le traitement médical peut soulager certaines douleurs en diminuant l'inflammation par :

- L'ANALYSE ET L'ADAPTATION DE LA PRATIQUE SPORTIVE
- DES ANTI-INFLAMMATOIRES en infiltration locale au mieux guidée sous échographie
- LA REEDUCATION, par les massages, la physiothérapie et le travail de la stabilisation agit préservant la souplesse articulaire, et soulageant l'inflammation
- UN CHAUSSAGE ADAPTE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

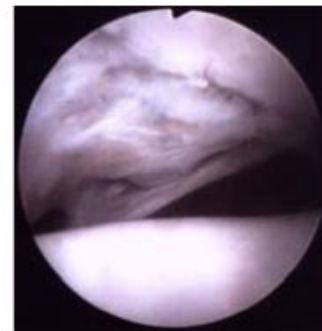


Popularisée en France dans les années 90, c'est aujourd'hui la 3e arthroscopie la plus fréquente après le genou et l'épaule. Il s'agit d'une technique consistant à introduire dans l'articulation une caméra et à effectuer un certain nombre de traitements sous contrôle de la vue grâce à des instruments spéciaux par des mini incisions. Elle peut se pratiquer pour le patient sur le dos, explorant ainsi la partie antérieure de l'articulation, ou sur le ventre, pour la partie postérieure.



De très nombreuses pathologies osseuses (conflits antérieur ou postérieur), du cartilage (LODA, arthrose, corps étrangers), ou même des tissus mous (conflits tissulaires) peuvent bénéficier de cette procédure.

L'emploi d'un matériel spécifique et d'une instrumentation motorisée permet tout d'abord une exploration complète de l'articulation, puis un « nettoyage », avant des gestes plus spécifiques tels la régularisation d'un éperon osseux, d'une cicatrice fibreuse, ou la résection totale du cartilage pour bloquer l'articulation (arthrodèse) dans certains cas en lieu et place d'une ouverture



SUITES OPERATOIRES

Simplifiées au maximum. Des soins infirmiers peuvent être nécessaires durant une quinzaine de jours. En général, l'appui complet est autorisé immédiatement. La rééducation peut démarrer de même selon les étiologies dès le premier jour : elle vous sera prescrite selon un protocole pré-établi dépendant de l'acte réalisé.

L'anti-coagulation peut être nécessaire pour quelques jours selon la pathologie traitée et votre état de santé.

La conduite n'est pas autorisée pendant 3 semaines environ.

L'arrêt de travail est en moyenne de 21 jours.

Les activités sportives peuvent être reprises entre 1,5 mois et 6 mois selon le niveau sportif et le geste réalisé.

LES RISQUES DE LA CHIRURGIE

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prendra toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Il existe des risques communs à toutes les opérations :

- **infection** dont le taux dans la littérature reste < 1% ; il est largement inférieur dans la chirurgie arthroscopique du fait de la quasi absence d'ouverture (en moyenne divisé par 10), et du protocole particulier de prise en charge post-opératoire.

- **syndrome douloureux régional ou algodystrophie** < 3% (il s'agit d'une réaction réflexe de l'organisme à une agression et chez certaines personnes en particulier : cela se traduit par essentiellement par des douleurs et un enraidissement des articulations au voisinage de la zone opérée et parfois plus à distance). Afin de prévenir spécifiquement ce risque et d'en diminuer l'incidence de 50%, un traitement de vitamine C à la dose d'un gramme par jour durant 3 semaines en commençant la veille de l'intervention peut vous être prescrit.

La chirurgie arthroscopique de la cheville n'est pas reconnue comme favorisant **les phlébites** (caillot de sang bouchant une veine de la jambe). La prévention par une piqûre quotidienne d'héparine n'est donc pas nécessaire à moins que l'équipe médicale ne relève un ou plusieurs facteurs de risque reconnu(s) qui conduiraient à mettre en place un tel traitement pour une courte période.



De plus, en fonction de votre état de santé, vous êtes plus ou moins exposés à d'autres risques : l'anesthésiste évaluera au mieux ces derniers lors de la consultation.

Un certain nombre de complications est très significativement augmenté 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.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de ce type d'intervention. Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes chirurgicaux complémentaires ou une nouvelle opération.

PENDANT L'INTERVENTION

Des difficultés peuvent se poser sur le plan technique ; il peut arriver de manière exceptionnelle que la caméra ou d'autres instruments se brisent. Le risque hémorragique est théorique car il n'existe pas dans le pied à cet endroit de vaisseau majeur qui puisse être endommagé. Le risque principal de toute chirurgie endoscopique est la lésion d'éléments anatomiques situés sur le trajet des points d'introduction du matériel (nerfs ou tendons, en particulier) : ces derniers ont été soigneusement déterminés par des travaux scientifiques.

APRES L'INTERVENTION

La douleur : est classiquement modérée après ce type de chirurgie, et, comme il le sera expliqué par l'équipe médicale, parfaitement maîtrisée par le traitement qui vous sera prescrit.

Le gonflement (œdème) : n'est pas à proprement parler une complication, mais un élément normal des suites opératoires. Certaines particularités qui vous sont propres, en particulier, la qualité de votre réseau veineux, le favorise. Selon son importance, il sera pris spécifiquement en charge par des cataplasmes d'argile verte voire, des drainages lymphatiques faits par le kinésithérapeute.

L'hématome : il peut s'accompagner de douleurs lancinantes et 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.

Les complications neurologiques : la complication la plus grave est la section nerveuse conduisant à l'anesthésie (perte de sensibilité) et/ou la paralysie motrice (impossibilité de commande musculaire) ; le nerf peut être seulement abîmé ou « agressé » (sans aucune lésion), entraînant une diminution de la sensibilité (hypoesthésie), ou plus rarement des fourmis (paresthésies). Ces signes rares sont en général régressifs.

Les complications tendineuses : la complication la plus grave est la section tendineuse lors de la réalisation de la voie d'abord ou pendant le geste, pouvant conduire à reprise chirurgicale ou à des séquelles.

Les troubles de la cicatrisation (simple retard ou désunion) sont très rares, par rapport à une procédure classique où la cicatrice serait plus importante. Ils sont favorisés par une reprise précoce des activités ou un hématome post-opératoire et augmentent le risque infectieux. Très rarement on peut constater une cicatrisation nodulaire avec des adhérences entre la peau et le plan plus profond, responsables de tiraillements ou douleurs.



DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT

SUR LES CONFLITS DE LA CHEVILLE

Dr O. LAFFENETRE, Dr L. VILLET, Pr D. CHAUVEAUX, DR V. DARCEL, Dr G. ANDRAULT
Service d'orthopédie-traumatologie (C)

Rassurez-vous, votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

QUESTIONS FREQUENTES

- **Est ce douloureux ?** Grâce à cette prise en charge arthroscopique et une anesthésie moderne, cette chirurgie n'est en principe pas ou peu douloureuse. Elle permet une reprise très rapide de l'autonomie.
- **Quel est le type d'anesthésie ?** Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une anesthésie loco-régionale qui n'endort que le pied et la jambe. Néanmoins, dans certains cas (certains types d'intervention, malade anxieux, ...) il est nécessaire de réaliser une anesthésie générale.
- **Y-a-t-il des soins infirmiers ?** Des soins infirmiers peuvent être nécessaires pour une durée maximale de 2 semaines.
- **Quand pourrais-je reconduire ?** Vers la 3^e semaine.
- **Combien de temps suis-je arrêté(e) ?** L'arrêt de travail est compris entre 3 et 4 semaines.
- **Quand pourrais-je reprendre une activité sportive ?** Le vélo est autorisé dès le 21^e jour, la natation après un mois. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football, ...) peuvent être débutés après la 6^{ème} semaine, à condition que les douleurs soient absentes. Pour le sport de haut niveau (ex: marathon), il faut compter 3 mois.
- **Qu'en est-il de mon niveau sportif ?** Il n'y a pas de perte de niveau en général après une chirurgie de ce type à la condition de bien suivre les recommandations du chirurgien.
- **Quand puis-je voyager ?** Avant 2 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 de la clinique. Les voyages touristiques avec marches sont possibles après 2 mois.
- **Serais-je remboursé de mes transport ?** Le remboursement pour les visites et l'hospitalisation est variable en fonction de votre centre de sécurité sociale qu'il vous faudra contacter.
- **Qu'attendre de cette chirurgie ?** Les résultats ont été améliorés par l'hyperspécialisation des praticiens, et l'amélioration récente des connaissances grâce à la société française de d'arthroscopie. Le taux de bons et très bons résultats est compris entre 90% et 95%.