



FICHED'INFORMATION PATIENT :

LES COALITIONS DU TARSE POSTERIEUR

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

Il vous a expliqué les modalités de cette prise en charge (alternatives thérapeutiques, déroulement de l'opération, suites opératoires, résultats prévisibles, mais aussi les principales complications possibles...). Ce formulaire est un outil supplémentaire que votre chirurgien met à votre disposition pour vous rappeler les points clés de cette pathologie et vous permettre de revenir sur les points importants de l'opération à venir.

Celui-ci se tient également à votre disposition avant l'intervention pour répondre à nouveau à vos questions.

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

Fiche consultable en ligne sur les sites

AFCP (<https://www.afcp.com.fr/infos-publiques/infos-patients/>)

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

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

L'ANATOMIE

Une coalition tarsienne correspond à l'existence d'un pont d'union, qui n'existe pas habituellement, entre deux ou plusieurs os de l'arrière du pied.

Ce pont peut réunir des os qui s'articulent normalement entre eux et « bloquer » une articulation normalement existante ou réunir et « bloquer » des os n'ayant pas d'articulation habituelle entre eux.

Ce pont peut être :

- Osseux : on parle de synostose (le blocage est complet) ;
- Fibreux : on parle de synfibrose (le blocage est incomplet) ;
- Cartilagineux : on parle de synchondrose (le blocage est incomplet).

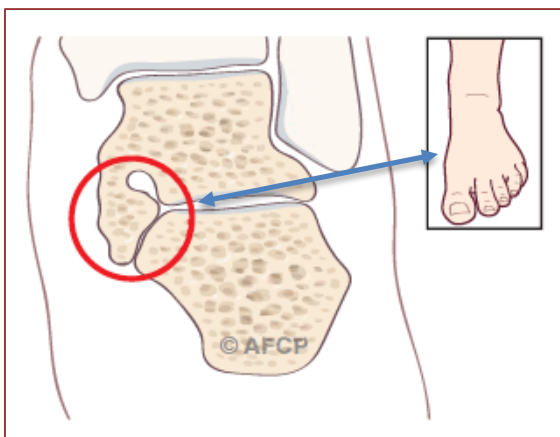
Il s'agit d'une anomalie de développement survenant pendant la formation du pied. Certains os, au lieu de s'individualiser au cours de la genèse du pied vont rester reliés par un pont osseux, cartilagineux ou fibreux.

Certaines formes pourraient avoir une origine héréditaire ou relever d'un terrain familial mais le plus souvent il n'y a pas de cause particulière.

L'atteinte bilatérale est fréquente.

Les localisations les plus habituelles (80 à 90% des cas) sont situées entre :

- Le calcanéum et le naviculaire, on parle alors de coalition calcanéonaviculaire :
 - Elles peuvent se révéler dès l'enfance
 - Habituellement situées entre la partie antérieure du calcanéum et le bord externe du naviculaire
 - Il en existe des formes rudimentaires lorsque le bec calcanéen est trop long
- Le talus et le calcanéum, on parle alors de coalition talocalcanéenne :
 - Habituellement située à la face interne de cette articulation
 - Elles se révèlent classiquement plus tardivement
- D'autres localisations existent mais sont beaucoup plus rares.



Synostose talocalcanéenne

LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

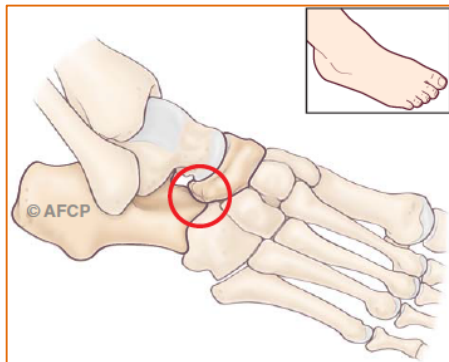
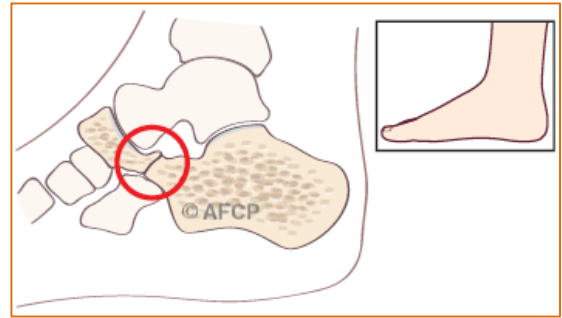
L'existence d'un pont plus ou moins rigide entre des os habituellement séparés va retentir :

- Sur le fonctionnement du pied ;

- Et/ou sur sa forme :

L'absence de mobilité entre les os anormalement réunis va retentir :

- Sur l'ensemble des os du pied et leurs mouvements relatifs. Le fonctionnement des autres articulations du pied va être perturbé par le blocage des os coalisés. A terme, ce dysfonctionnement peut finir par abîmer ces autres articulations qui sont anormalement sollicitées.
- Sur la forme définitive du pied. Le plus souvent ces modifications se traduisent cliniquement par une morphologie de type pied plat.
- Sur la forme des autres os du pied qui ont dû s'adapter à ce blocage pendant la croissance.



Synostose calcanéonaviculaire

Elle peut également être la cause de phénomènes douloureux liés :

- A des micros mouvements surtout dans les formes non osseuses.
- A l'évolution vers une « arthrose » au niveau de l'articulation concernée ou des articulations avoisinantes.
- Plus rarement, à l'apparition de fracture de fatigue (spontanée) d'un pont osseux.

LA CLINIQUE

Les symptômes révélateurs sont variés et souvent peu spécifiques. Ils peuvent survenir dès l'enfance ou ne se manifester qu'à l'âge adulte.

On peut retrouver :

- Des chutes répétées ;
- Des entorses fréquentes ou des sensations d'instabilité à la marche sur terrain irrégulier ;
- Un pied plat douloureux pendant l'enfance avec parfois une contracture musculaire ;
- Des douleurs mécaniques du pied...

Ces symptômes peuvent survenir progressivement ou apparaître dans les suites d'un traumatisme ou d'une activité physique (sportive ou professionnelle) plus ou moins intense.

Les douleurs peuvent être aiguës dans le cas d'une fracture révélant la coalition du tarse.

Mais parfois, en l'absence de tout symptôme, une coalition du tarse est suspectée devant la découverte d'un enraidissement plus ou moins partiel des articulations du pied lors d'un examen systématique, d'une tuméfaction osseuse du pied ou un bilan de pied plat. Elle est parfois découverte de manière fortuite lors d'un bilan radiologique faite pour une autre raison.



LE DIAGNOSTIC

Divers examens d'imagerie peuvent être utilisés, seuls ou en association :

- Pour confirmer le diagnostic de coalition des os du tarse en objectivant l'anomalie anatomique ;
- Pour permettre d'apprécier, en cas de doute, sa responsabilité dans les symptômes douloureux ressentis ;
- Pour étudier l'état des autres articulations.

Votre chirurgien vous prescrira selon ce qu'il veut rechercher ou confirmer :

- Des radiographies « standard » du pied et de la cheville ;
- Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville et/ou du pied ;
- Un scanner de la cheville et/ou du pied ;
- Une scintigraphie osseuse isolée ou couplée avec un scanner (pet-scan).

Une infiltration « test » d'une coalition peut être proposée. Le soulagement des symptômes douloureux est un argument pour confirmer la responsabilité de l'anomalie dans les symptômes douloureux.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX

Dans les formes asymptomatiques (sans signe et sans douleur), aucun traitement n'est habituellement proposé sauf parfois la réalisation de semelles orthopédiques et la délivrance de conseils pour le chaussage ou pour les activités physiques.

Dans les formes symptomatiques, le plus souvent, un traitement conservateur peut être instauré de première intention. Il peut comprendre en fonction des symptômes et de l'analyse de votre chirurgien :

- Des antalgiques (médicaments contre la douleur), ou des anti-inflammatoires per os ;
- Une paire de semelles orthopédiques et l'adaptation du chaussage ;
- Une mise au repos relatif ;
- Une orthèse de maintien ou un strapping ;
- Une immobilisation, voire une décharge (= pas d'appui) dans certaines formes hyperalgiques.

Pour les coalitions fibreuses ou cartilagineuses, un traitement par infiltration unique ou répétée (selon le résultat obtenu) peut être proposé. Il est majoritairement réalisé sous repérage radiologique (scopie, scanner...).

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL (LES OPERATIONS)

Un traitement chirurgical sera proposé selon la réponse au traitement conservateur initial ou parfois plus rapidement selon l'intensité douloureuse et/ou le type lésionnel parfois peu accessible à un traitement non chirurgical.

L'HOSPITALISATION

L'hospitalisation peut être ambulatoire (une journée d'hospitalisation) ou de quelques jours suivant vos pathologies associées (par exemple hypertension, diabète...), votre situation médicale ou sociale.

> 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 sur des risques propres.

Les interventions pour coalition tarsienne peuvent être réalisées sous anesthésie générale, rachidienne (péridurale, rachianesthésie...) ou locorégionale.

Une transfusion sanguine est exceptionnelle dans ce type de chirurgie où le saignement est très limité.

> LE DEROULEMENT DE L'OPERATION

- **L'installation** se fait le plus souvent en décubitus dorsal, c'est-à-dire, couché sur le dos, ou parfois en décubitus latéral, c'est-à-dire, couché sur le côté.
- **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).
- **La durée** de l'intervention varie selon la technique et les lésions constatées allant d'une vingtaine de minutes à parfois plus d'une heure.
- **Un garrot** peut être utilisé pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Dans ce cas, celui-ci peut être placé au niveau de la cuisse ou de la cheville.

> LES OPERATIONS

Les techniques chirurgicales essentiellement utilisées sont principalement de deux types :

- **La résection isolée de la coalition tarsienne**
C'est la suppression du pont osseux, fibreux ou cartilagineux pour séparer les os anormalement réunis.
- **Un geste d'arthrodèse**
Il s'agit de réaliser un blocage définitif plus ou moins étendu des articulations de l'arrière pied en fonction de leur participation aux symptômes douloureux et de leur altération dégénérative (arthrosique)

La résection isolée de la coalition tarsienne

L'intervention se déroule habituellement avec une ou plusieurs cicatrices de quelques centimètres de longueurs. Parfois certaines formes de coalitions peuvent être traitées sous arthroscopie avec une ou plusieurs incisions de quelques millimètres.

La résection consiste en la suppression du pont d'union anormal entre les os. Parfois, il est réalisé une interposition complémentaire de tissus mous dans l'espace de résection. Votre chirurgien peut utiliser un tendon, de la graisse, du muscle ou de la cire chirurgicale sur les berges de la résection pour éviter que le pont d'union ne se reforme.

En fin d'intervention, il peut être mis en place un drain pendant quelques heures ou quelques jours pour éviter un hématome.

Une immobilisation (plâtre, attelle, botte amovible...) est souvent nécessaire pendant quelques semaines de même qu'une période sans appui ou d'appui soulagé, variables selon les cas et la localisation de la lésion traitée.

Les techniques d'arthrodèse

Elles consistent en un blocage définitif d'une ou des articulations concernées par les phénomènes douloureux.



Dans la majorité des cas, la coalition tarsienne est réséquée (= enlevée) pour permettre un meilleur positionnement et une meilleure consolidation du ou des foyers d'arthrodèse.

L'intervention se déroule habituellement avec une ou plusieurs cicatrices de plusieurs centimètres de longueur.

Un apport d'os complémentaire est parfois nécessaire sous forme de greffe osseuse (pouvant nécessiter une autre incision éloignée de l'arthrodèse). Cette intervention nécessite la fixation de l'arthrodèse par du matériel (vis, agrafes, plaques, ...) pour maintenir les os entre eux le temps que l'arthrodèse consolide.

En fin d'intervention, il est parfois mis en place un drain pendant quelques jours pour éviter un hématome.

Une immobilisation (plâtre, attelle, botte amovible...) est le plus souvent nécessaire pendant quelques semaines ou mois de même qu'une période sans appui ou d'appui soulagé, variables selon les cas.

Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation ou un événement imprévu ou inhabituelle imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement. Une fois réveillé et l'intervention terminée, la démarche de votre chirurgien et les actes réalisés vous seront expliqués.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'OPERATION

L'objectif est de limiter ou de supprimer les phénomènes douloureux en rapport avec le dysfonctionnement du pied lié à l'existence d'une coalition tarsienne.

La reprise des activités quotidiennes se fait dans un délai de quelques mois et dépend des suites opératoires (appui et/ou immobilisation éventuelle) et du geste réalisé. Il est parfois nécessaire d'avoir recours à la réalisation de semelles complémentaires après la chirurgie.

Selon les lésions et le type d'intervention réalisée, une reprise des activités sportives peut être autorisée après un délai de quelques mois. Elle est parfois limitée, voire être difficile ou impossible.

En cas de résection d'une coalition tarsienne, des douleurs peuvent persister ou réapparaître (plus ou moins rapidement) et nécessiter une ré-intervention. Selon les cas, il pourra s'agir du même type d'intervention ou du recours secondaire à une arthrodèse.

LES CONSULTATIONS POST-OPERATOIRES

Les premières consultations portent sur la surveillance de l'état local. Elles dépisteront d'éventuels problèmes de cicatrisation ou d'infection.

Les consultations ultérieures concernent la surveillance de l'évolution des gestes effectués et de votre récupération fonctionnelle.

En cas de résection, elles permettront d'autoriser la reprise d'appui et l'ablation d'une éventuelle immobilisation ainsi que de débiter, si nécessaire protocole de rééducation. Pendant les consultations de contrôle votre chirurgien évaluera aussi l'amélioration des phénomènes douloureux pré opératoire. Parfois la résection de la coalition tarsienne ne permet pas un soulagement complet ou définitif des douleurs.

En cas d'arthrodèse, les consultations de surveillance permettront un suivi radiologique (parfois sur plusieurs mois) pour surveiller la consolidation et permettre l'ablation d'une immobilisation et la reprise libre d'appui.

Il peut arriver parfois qu'une arthrodèse ne consolide pas et qu'il soit nécessaire de ré-intervenir pour la faire consolider.



Une fois acquise, la consolidation d'une arthrodèse est définitive. La surveillance ultérieure portera sur la tolérance du matériel implanté et sur les articulations voisines qui peuvent, à terme, devenir arthrosiques par sollicitation excessive et nécessiter un traitement adapté.

LE POST-OPERATOIRE

> LA DOULEUR

Ces interventions peuvent parfois être douloureuses.

Le contrôle de la douleur est assuré par des 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) pour diminuer ou supprimer les douleurs initiales.

> LE LEVER APRES L'OPERATION

Le premier lever est le plus précoce possible, en fonction de votre état de santé et de l'intervention effectuée (parfois le jour même en cas d'hospitalisation en ambulatoire), il doit alterner avec la surélévation du membre opéré lorsque vous n'êtes pas debout.

> L'IMMOBILISATION

Parfois, il peut être nécessaire d'être immobilisé (plâtre, attelle, botte amovible...).

Une période sans appui ou d'appui soulagé peut également être envisagée selon les modalités opératoires, les lésions constatées et les gestes réalisés.

> 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. En moyenne les soins sont prévus pour une durée de 15 jours à un mois.

> PREVENTION DES PHLEBITES

Selon les situations et le type de l'opération réalisée, l'appui immédiat n'est pas toujours complètement autorisé, voire interdit pour une période plus ou moins longue. Dans ce cas, il peut être prescrit par votre chirurgien ou votre anesthésiste des traitements anticoagulants, afin d'éviter la formation d'un caillot, pouvant boucher une ou plusieurs veines. En fonction de vos antécédents et de votre état de santé, ce traitement pourra être adapté (doses différentes, produit par injection réalisée par une infirmière ou par voie orale...).

> L'OEDEME POST-OPERATOIRE

L'œdème post-opératoire (=gonflement du pied et des orteils) n'apparaît pas comme une complication, mais nécessite un repos articulaire et surtout une surélévation attentive surtout la première semaine. Cet œdème peut durer longtemps (plusieurs semaines, voire plusieurs mois) et ne prête pas à conséquence : il peut obliger à adapter transitoirement les chaussures.



> LA REEDUCATION :

Des consignes de rééducation sont enseignées par les kinésithérapeutes selon le protocole du chirurgien : appui autorisé ou non, mobilisation de la cheville et des orteils.

>L'ARRET DE TRAVAIL

Un arrêt de travail est généralement nécessaire après l'intervention chirurgicale. Sa durée est en moyenne d'1 à 3 mois mais dépend de votre activité professionnelle et des gestes chirurgicaux réalisés.

LES RISQUES

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

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, tout traitement comporte malheureusement une part d'échec mineure. Cet échec peut aller d'a réapparition des symptômes, mais peut aussi. Ces risques peuvent être le fait du hasard, de la malchance, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non).

Il est impossible de vous présenter ici toutes les complications possibles, mais nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans votre pathologie...

> DOULEUR CHRONIQUE ET ALGODYSTROPHIE

Toute prise en charge médicale ou chirurgicale dans le cadre de phénomènes douloureux, peut de manière aléatoire et imprévisible voir persister les phénomènes douloureux chroniques peuvent s'installer dans le temps sous la forme de douleur complexe et régionale, pouvant évoluer de nombreux mois, laissant parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires.

> 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.

Elle nécessite 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.

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.

> 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 telle 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.



> LE TABAC (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 thromboemboliques, 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).**

> COMPLICATIONS THROMBOEMBOLIQUES

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 grave voir fatale. La prévention de cette complication peut se faire par la mise en place d'une anticoagulation en fonction de la chirurgie et de votre état de santé.

> COMPLICATION DE VOISINAGE

Etant donné la proximité de la zone opératoire et d'éléments osseux, tendineux, vasculaires ou nerveux, il peut exister, de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments de proximités : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire... Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons, ...

> COMPLICATIONS MEDICAMENTEUSES

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

> DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

En cas d'ostéotomies conservatrices ou de blocage de l'articulation, votre prise en charge chirurgicale fait appel à l'immobilisation de segments osseux, nécessitant parfois la pose de matériel chirurgical (plaque, vis, broche, fils...) afin de corriger une déformation. Comme tout matériaux, ces implants chirurgicaux peuvent être responsables de complications, 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 une ré-intervention en cas de déplacement post-opératoire ou de complication propre.

Enfin, et à distance de l'intervention, une fois la période post-opératoire passée, et votre pathologie guérie, ce matériel peut également faire l'objet d'une ablation dans le cadre d'une chirurgie programmée en fonction de sa localisation ou si celui-ci est responsable d'une gêne ou d'un conflit local.

> RISQUES PROPRES DES TRAITEMENTS PROPOSES (RECIDIVES – DEFAUT DE CONSOLIDATION)

En cas de résection d'une coalition tarsienne, des douleurs peuvent persister ou réapparaître (plus ou moins rapidement) et nécessiter une nouvelle intervention du même type ou de type arthrolyse plus ou moins étendue des os de l'arrière pied.

Parfois il peut arriver qu'une coalition tarsienne se reconstitue progressivement nécessitant une ré-intervention



adaptée.

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'événement non prévu au bloc opératoire, pouvant interrompre le déroulement de l'opération, **y compris après réalisation de l'anesthésie.**

QUESTIONS FREQUENTES

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

Si vous présentez une coalition sur les deux chevilles, il est généralement déconseillé de traiter les deux chevilles en même temps afin de conserver un appui sécurisé sur le côté opposé. Parlez-en avec votre chirurgien qui saura vous expliquer les meilleurs choix pour vous et vous conseiller.

« Si je suis opéré, quelle sera ma douleur ? mon arrêt de travail sera-t-il long ? »

Pour la douleur le traitement est en général le même quelle que soit la technique et sera adapté à l'intervention réalisée (ou aux interventions si nécessaire).

En général l'arrêt de travail est plus ou moins long selon l'opération, la durée de consolidation et les possibilités de reprise de la marche. Selon le type de coalition et de traitement mis en oeuvre, l'arrêt de travail moyen peut être de 1 à 3 mois. Votre chirurgien vous expliquera en hospitalisation et au fil des consultations ce qui vous correspondra.

« Comment vais-je faire à mon domicile ? »

Dans le cas de la chirurgie de la cheville, l'appui immédiat n'est le plus souvent pas autorisé pendant une période plus ou moins longue selon le type de la lésion et/ou de son traitement. Vous pouvez avoir besoin soit d'une botte amovible, soit d'une immobilisation plus rigide (type plâtre ou résine). L'utilisation de béquilles (=cannes anglaises) est souvent nécessaire pour protéger l'immobilisation.

Parfois, il peut être transitoirement nécessaire d'utiliser un fauteuil roulant afin de faciliter vos déplacements.

« 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). Dans ce cas, n'hésitez pas à solliciter l'avis de votre chirurgien

« 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 (=anti coagulants) de protection.

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.