



**AFCP
FFAS**

Association
Française de
Chirurgie du
Pied

French
Foot and
Ankle
Society



FICHE D'INFORMATION PATIENT N°36 :

SYNDROME DE L'OS NAVICULAIRE ACCESSOIRE

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

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/>)

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

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

QU'EST-CE QU'UN OS NAVICULAIRE ACCESSOIRE ?

Un os naviculaire accessoire n'est pas une maladie mais une variante anatomique commune de la face interne du pied. Il s'agit d'un os surnuméraire congénital situé en regard de la face interne de l'os naviculaire dont il existe plusieurs formes décrites. Il s'associe fréquemment à des troubles d'axes du pied (pied plat valgus ou pied creux).

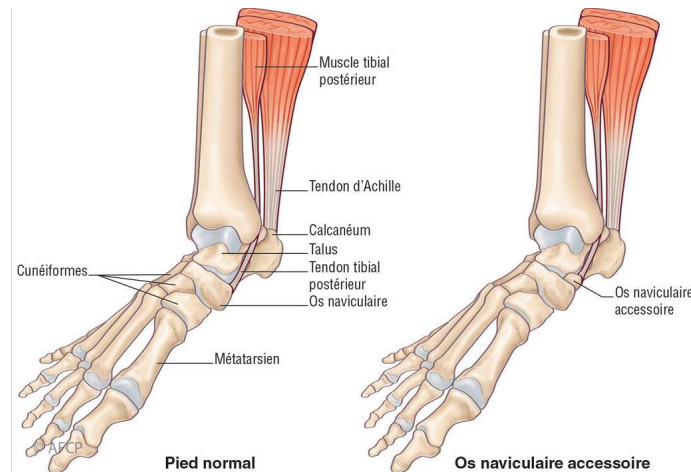


Schéma 1 : Anatomie

L'ANATOMIE

L'os naviculaire est un os important de l'arrière-pied. Il s'articule en amont avec le talus (os de la cheville) et en aval avec les 3 os cunéiformes. Sur son bord interne, vient s'insérer un tendon essentiel pour la mobilité du pied et de la cheville : le tendon tibial postérieur.

Ce tendon est responsable des mouvements d'impulsion (comme la course, ...) mais aussi des mouvements d'adduction et d'inversion du pied (mouvement du pied en dedans).

L'os naviculaire accessoire se situe à l'insertion du tendon tibial postérieur sur l'os naviculaire. Il existe plusieurs variantes cliniques et radiologiques. Le type 1 représente un petit os naviculaire accessoire enchassé dans l'épaisseur du tendon tibial postérieur. Dans sa forme la plus fréquente (type 2), l'os naviculaire accessoire est relié à l'os naviculaire par des tissus fibreux solide dit de synchondrose qui peuvent se déstabiliser et s'inflammer à l'occasion d'un traumatisme de cheville. Le type 3 correspond une nette déformation du naviculaire sur le bord interne du pied.

Il s'agit d'une variante de l'anatomie normale souvent présente depuis la naissance et pouvant devenir douloureux à l'occasion d'un traumatisme, d'un conflit direct avec la chaussure ou par dégénérescence du pied.

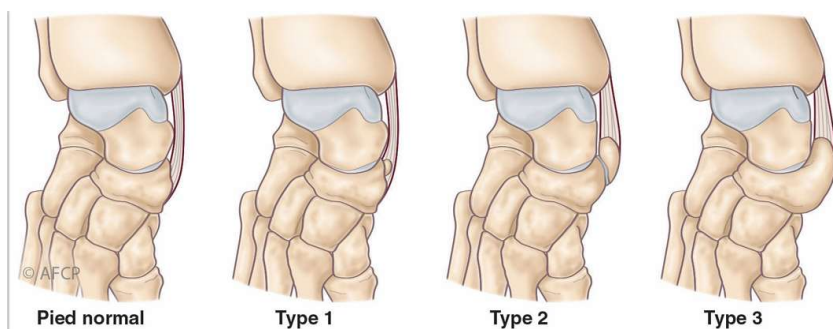


Schéma 2 : 3 formes d'os naviculaire accessoire

LE DIAGNOSTIC

C'est généralement la douleur qui amène à consulter : il s'agit d'une douleur sur la face interne de la cheville et du pied soit par conflit direct de l'os naviculaire avec la chaussure soit lors des sollicitations du tendon tibial postérieur.

Le diagnostic est avant tout clinique. Une déformation du bord interne du cou-de-pied est quasi systématiquement présente. Les douleurs à la palpation directe de l'os naviculaire accessoire, de l'insertion du tibial postérieur ou lors de test dynamiques de ce tendons sont des éléments en faveur du diagnostic.

L'examen clinique va rechercher la déformation typique en face interne du pied et des signes d'irritation ou d'inflammation sur le tendon tibial postérieur.

Il va aussi apprécier la morphologie spécifique du pied (pied plat, pied creux) ainsi que sa réductibilité (sa souplesse). D'autres facteurs favorisants peuvent être recherchés (rétraction des chaînes postérieures, ...).

L'appréciation de la fonction du tendon tibial postérieur et de la qualité des ligaments internes de chevilles (spring ligament, ligament latéral interne de cheville) est très souvent recherchée.

Un épaissement de la peau (hyperkératose) en regard de la déformation est souvent retrouvé.

> LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La présence d'un os naviculaire accessoire peut être notée sur des radiographies classiques de pied et de cheville. S'agissant d'une variante anatomique normale, l'affirmation de la présence d'un os naviculaire accessoire est très souvent insuffisante à porter le diagnostic. Le diagnostic de syndrome de l'os naviculaire accessoire nécessite souvent la réalisation d'autres examens (échographie, IRM, Scintigraphie osseuse, ...) afin de montrer son implication dans les douleurs.

Votre chirurgien pourra être amené à demander des compléments d'imageries (radiographies en charge par exemple) en fonction de la morphologie de votre pied ou pour rechercher une cause favorisante à vos douleurs.

QUE SE PASSE-T-IL SI ON NE TRAITE PAS ?

Si on ne fait, la gêne ou les douleurs à la marche et le conflit au chaussage persistent et s'amplifient : les souffrances tendineuses s'accroissent pouvant aller jusqu'à l'arrachement complet de l'os naviculaire accessoire et une déformation du pied (accentuation d'un pied plat) engendrant des problèmes sur d'autres structures à la fois du pied et de la cheville.

LE TRAITEMENT MEDICAL (NON CHIRURGICAL)

Le traitement médical va essayer d'agir sur l'os naviculaire accessoire et le tendon tibial postérieur.

Un traitement médicamenteux antalgique et/ou anti inflammatoire peut être utile pour diminuer les phénomènes douloureux mais se montre souvent insuffisant de manière isolée.

Le traitement médical pourra ainsi comporter, en fonction des cas, des exercices de rééducation, des exercices d'auto-rééducation ou de séances d'ostéopathie ; la réalisation d'orthèses plantaires (semelles orthopédiques) par un pédicure-podologue ; le port d'une

chevillière ou une adaptation du chaussage.

Des traitements médicamenteux complémentaires pourront parfois être nécessaire en fonction de l'origine suspectée par votre chirurgien comme, par exemple, une infiltration locale de corticoïdes ou de PRP.

La lutte contre les facteurs favorisant tels que l'excès pondéral par exemple est également essentielle.

Votre chirurgien peut aussi selon les cas être amené à prescrire une injection locale de corticoïde ou de PRP.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

En l'absence d'amélioration avec le traitement médical et podologique, ou en cas d'apparition de complication, il est possible d'envisager une prise en charge chirurgicale.

> LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

L'intervention chirurgicale a pour but de retirer l'os naviculaire accessoire douloureux tout en préservant la fonction du tendon tibial postérieur (procédure de Kidner). Cela peut parfois nécessiter, en fonction de l'importance de l'os naviculaire accessoire et de sa localisation, des gestes de réinsertion du tendon tibial postérieur afin de préserver la force et la fonction de la cheville et du pied. La réinsertion du tendon tibial postérieur peut ainsi nécessiter la pose de matériel (ancre, vis, ...).

Dans certains cas, il est possible de proposer un vissage direct en fonction de la taille et des habitudes chirurgicales.

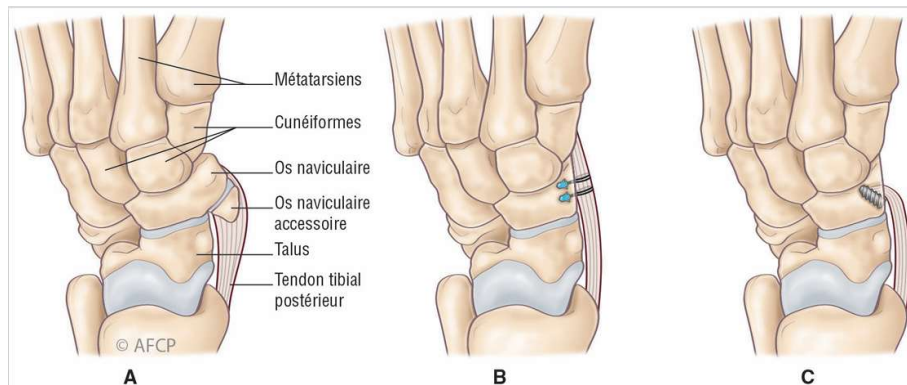


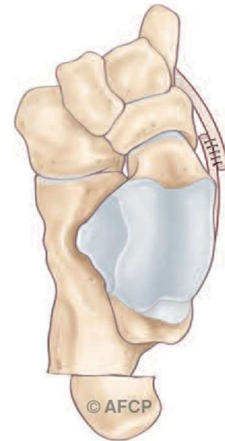
Figure 3 : Procédure de Kidner :

A : Anatomie préopératoire ; **B :** Résection du naviculaire accessoire et réparation du tendon tibial postérieur par ancrage ; **C :** Résection du naviculaire accessoire et transfert du tendon tibial postérieur fixé par vis.

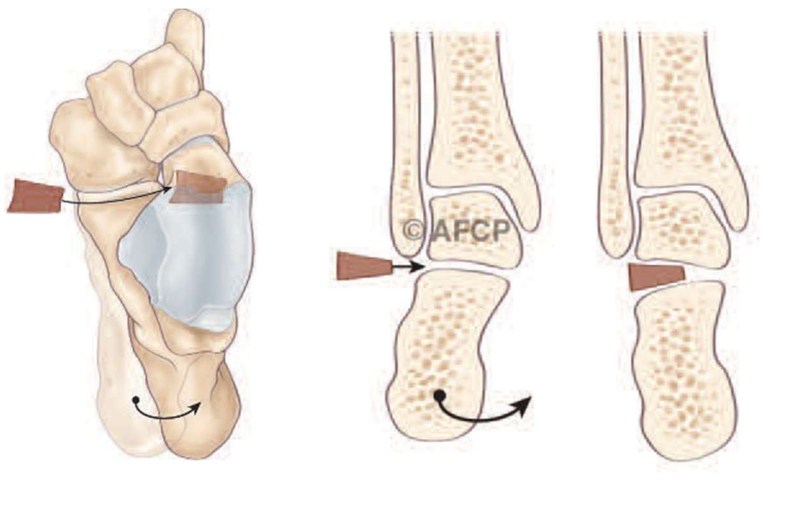
En cas de déformation importante du pied, notamment en cas de pied plat, la protection du tendon tibial postérieur peut nécessiter des gestes de réaxation osseuse complémentaires plus importants au niveau de l'arrière pied.

Parmi les techniques de réaxation d'arrière pied, on peut citer parmi les plus fréquemment utilisées :

- **L'ostéotomie de translation médiale du calcanéum** (schéma ci-contre) (on décale le talon en dedans pour qu'il se place sous l'axe de la jambe).

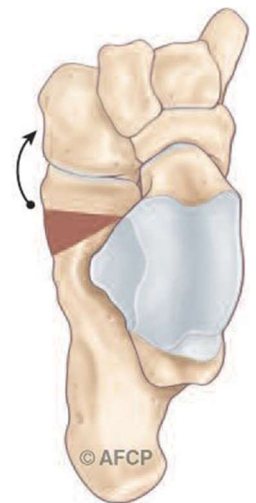


- **L'arthrorise par implant dans le sinus du tarse** (schéma ci-contre) (on met un implant entre le talus et le calcanéum pour rehausser le talus sur le calcanéum).



- **L'ostéotomie d'allongement du calcanéum (technique d'Evans ou d'Hinterman)** qui consiste à mettre une greffe sur le bord externe du calcanéum pour ramener l'avant pied en dedans (schéma ci-contre).

Des gestes tendineux peuvent être associés selon les causes retrouvées par votre chirurgien ou selon les lésions que vous présentez. Il pourra être réalisé selon les cas des allongements des tendons rétractés, comme le tendon d'Achille par exemple, ou une réparation des ligaments lésés par le pied plat comme le spring ligament ou le ligament interne de cheville.



> L'HOSPITALISATION

L'hospitalisation peut être ambulatoire (une journée d'hospitalisation) ou de quelques jours suivant la situation médicale et 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 sûr des risques spécifiques.

L'anesthésie opératoire pourra être locorégionale (anesthésie d'un segment de membre, de la jambe aux orteils), rachidienne (anesthésie du bassin et des membres en piquant entre deux vertèbres) ou générale.

> L'INSTALLATION AU BLOC

L'intervention se fait généralement en position dorsale, parfois légèrement inclinée sur un côté ou latérale en fonction des habitudes et des gestes chirurgicaux prévus par votre chirurgien.

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)).

> LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

La durée de l'intervention varie de 30 minutes à 2 heures. Le temps dépend de la technique utilisée par votre chirurgien mais aussi des difficultés rencontrées et des éventuels gestes complémentaires réalisés pendant l'intervention.

Un garrot peut être utilisé, pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Celui-ci peut être mis en place au niveau de la cuisse ou de la cheville.

L'incision est variable selon la technique utilisée ou en cas des gestes associés. Généralement une incision de 10 à 15 centimètres peut être nécessaire au niveau de la face interne du pied et de l'os naviculaire accessoire. D'autres incisions ou mini incisions peuvent être réalisées en cas de gestes chirurgicaux associés.

> LA TRANSFUSION SANGUINE

Une transfusion sanguine, bien que rare, est parfois nécessaire dans les suites de cette chirurgie ; car bien que le saignement soit généralement limité, des pathologies propres peuvent rendre l'apport de globules rouges nécessaire (anémie préopératoire, troubles de coagulation, traitement anticoagulant ou antiagrégants...).

> L'IMMOBILISATION

En fin d'intervention, une immobilisation est généralement mise en place : botte plâtrée, attelle, ou botte de marche. Elle se fait pour plusieurs semaines, avec ou sans autorisation à l'appui ; selon l'intervention réalisée, l'état de votre pied et le protocole de votre chirurgien.

>UTILISATION DES RAYONS X :

Lors de l'intervention chirurgicale, votre chirurgien peut être amené à utiliser des rayons X pour réaliser une radiographie ou des images de radioscopie afin de contrôler le geste opératoire. Bien sûr il mettra tout en œuvre afin de vous protéger et de réduire au maximum l'intensité de ce rayonnement.

Il est important qu'il sache si vous aviez eu auparavant une exposition à des rayonnements ionisants (radiothérapie, radiographie, scanner...) et sur quelle(s) zone(s). La connaissance de certaines informations est également importante pour mieux vous protéger : vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, ou si vous êtes ou pensez être enceinte.

En effet il peut y avoir dans certains cas une sensibilité accrue aux rayonnements ionisants.

>INFORMATION MATERIAUX :

Lors de l'intervention chirurgicale, votre chirurgien peut être amené à utiliser différents types de matériel de composition variable (Métal, bio composite, fils résorbables ou non). Les matériaux utilisés sont bio compatibles et dans la majorité des cas parfaitement tolérés par votre organisme. Cependant dans de rares cas, les différents métaux composant les matériels utilisés peuvent provoquer des réactions allergiques variables ou des intolérances.

Parmi les métaux les plus fréquents dans les alliages on note le nickel, le chrome, le cobalt, le molybdène et le titane.

Si vous avez déjà présenté une allergie à des métaux ou un eczéma (réaction de la peau) liés à des bijoux fantaisie, boucles de ceinture ou encore bracelets de montre signalez le à votre chirurgien qui pourra adapter son choix et vous l'expliquer en consultation.

Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une découverte, une situation ou un événement imprévu ou inhabituel 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.

LE POST OPERATOIRE

>LA DOULEUR

La douleur peut être liée à l'hématome, au gonflement de la cheville, une irritation d'un nerf sous cutané, une souffrance cicatricielle ou d'autres causes moins fréquentes. Ainsi, même si des antalgiques forts peuvent être utilisés dans les suites immédiates, le retour à la maison avec des antalgiques simples est la règle. Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent vous être prescrits comme les anticoagulants, les antibiotiques, les antalgiques, les anti inflammatoires ou d'autres traitements. Ils comportent des risques propres et il ne faut pas hésiter à consulter votre médecin en cas d'inefficacité ou d'intolérance. Il est également parfois utilisé une anesthésie plus ou moins prolongée et complète du membre opéré (bloc anesthésique ou anesthésie loco-régionale) pour diminuer ou supprimer les douleurs les plus importantes des premiers jours.

>LA PREVENTION DES PHLEBITES

En fonction des suites opératoires recommandées par votre chirurgien, il peut s'avérer nécessaire de mettre en place un traitement anticoagulant pour éviter la formation de caillots sanguins, 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) est habituel en chirurgie du pied, et n'est pas une complication. La prise en charge de l'œdème est essentielle non seulement pour atténuer la douleur mais aussi pour améliorer la qualité de la cicatrisation : ainsi, une certaine période de repos, de surélévation et la mise en place d'une contention veineuse (Chaussettes de contention ou Bas à varices) peuvent être utiles. Cet œdème peut durer longtemps (plusieurs semaines, voire plusieurs mois) et ne prête pas à conséquence : il peut obliger à adapter transitoirement les chaussures.

>LA REEDUCATION

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

>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.

>ARRÊT DE TRAVAIL

Un arrêt de travail est généralement nécessaire après l'intervention chirurgicale. Sa durée est en moyenne de 6 à 12 semaines mais dépendra de votre activité professionnelle, des gestes chirurgicaux réalisés et de votre évolution.

LES CONSULTATIONS POST-OPERATOIRES

Votre chirurgien sera amené à effectuer des contrôles cliniques, radiologiques et biologiques de manière régulière, les résultats seront incorporés à votre dossier médical.

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

Un suivi post opératoire vous sera proposé par votre chirurgien, son rythme dépendra de votre geste opératoire et de votre évolution

Les premières consultations contrôlent par des radiographies l'absence de déplacement de la correction chirurgicale. Il sera également surveillé la cicatrisation locale.

Les consultations suivantes procèdent à l'ablation de l'immobilisation (quand celle-ci a été mise en place), à la surveillance de la consolidation osseuse, à la reprise d'un appui de partiel à complet et enfin à la reprise d'une marche normale.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION

Le but de l'intervention est d'enlever les douleurs et de vous permettre de rechausser votre pied pour vous donner une marche plus normale. Il existe parfois un trouble postural résiduel, pour lequel des orthèses plantaires peuvent être prescrites, voire des chaussures spéciales, qui épousent la forme de votre pied et de votre cheville.

La reprise d'une activité physique aidée éventuellement d'une chevillière (travail, activités sportives) est autorisée vers le 3ème - 6ème mois mais peut être parfois beaucoup plus longue selon les lésions associées.

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 prendra en charge, tout traitement comporte malheureusement une part d'échec. Cet échec peut aller de la réapparition des symptômes, mais peut aussi comporter d'autres risques plus importants. Ces risques peuvent être le fait du hasard, de la malchance, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non). Il est impossible de vous présenter ici toutes les complications possibles, mais nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans votre pathologie.

> LES ECHECS

Le résultat n'est pas toujours celui que vous espériez : la chirurgie de l'arrière pied est une chirurgie aux suites longues où la correction n'est pas toujours complète et où des douleurs peuvent persister. Ainsi et dans les plus grandes déformations, il faut accepter la persistance de quelques phénomènes douloureux ou la nécessité d'orthèses plantaires ; notamment si votre chirurgien a préféré un traitement conservateur ou une arthrodèse limitée pour ne pas enraidir ou alourdir les suites opératoires. Enfin, un nouveau traumatisme peut altérer le résultat.

> DOULEURS CHRONIQUES

De façon aléatoire et imprévisible, après toute prise en charge médicale et/ou chirurgicale, des phénomènes douloureux peuvent persister et/ou se renforcer. Parfois des douleurs différentes peuvent survenir.

Ces phénomènes douloureux peuvent s'installer dans le temps sous la forme d'un syndrome douloureux régional complexe (anciennement algodystrophie) : ce syndrome peut évoluer sur de nombreux mois (en moyenne 18 à 24 mois selon les études), et laisser parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires définitives.

Des séquelles douloureuses chroniques permanentes locales et/ou à distance du foyer opératoire peuvent également survenir :

- Syndrome douloureux post opératoire chronique
- Douleurs neuropathiques périphériques : ces douleurs sont d'origine nerveuse, leurs causes sont variables et le plus souvent elles ne sont pas liées au geste chirurgical lui-même. Leur mode de survenue, leur diagnostic et leur suivi sont complexes et peuvent relever de la compétence de spécialistes de la prise en charge de la douleur pour des propositions thérapeutiques adaptées souvent longues et parfois d'efficacité partielle.

> L'INFECTION

Malgré toutes les précautions de désinfection et de préparation cutanée, toute incision chirurgicale expose à un risque de contamination microbienne qui peut être responsable d'une infection. Ces infections peuvent se déclarer de manières précoces ou beaucoup plus tardives. Elles nécessitent souvent la mise en place d'antibiotique, elles peuvent nécessiter des ré-interventions chirurgicales et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles.

> LES TROUBLES CICATRICIELS

Malgré tout le soin apporté par votre chirurgien à votre cicatrice, il peut exister des troubles de cicatrisation parfois favorisés par une pathologie générale telle le diabète. On peut retrouver un retard ou un trouble de cicatrisation avec une désunion, une nécrose cutanée ou une cicatrice disgracieuse.

> LES COMPLICATIONS REGIONALES

Elles concernent les éléments anatomiques de voisinage : les nerfs, les vaisseaux, les tendons, les muscles et même les os, situés dans la région opératoire, peuvent être affectés de façon directe ou indirecte par l'intervention avec des conséquences fonctionnelles variables : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité.

Les plus fréquentes dans la chirurgie du pied plat sont les lésions du nerf sural avec des modifications de la sensibilité d'une zone du pied : anesthésie (=disparition de la sensibilité), hypoesthésie (=diminution de la sensibilité) ou parfois hyperesthésie douloureuse (=augmentation de la sensibilité).

Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir (par exemple : lorsqu'un hématome est volumineux, il peut nécessiter une évacuation chirurgicale et un drainage).

> DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

Votre prise en charge chirurgicale peut faire appel à la mobilisation de segments osseux, nécessitant parfois la pose de matériel chirurgical (endoprothèse, plaque, vis, broche, fils...) afin de corriger une déformation. Comme tout matériau, 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 contraintes mécaniques trop élevées sur les structures où ils sont implantés (déplacement du matériel entraînant une perte de la correction).

Ainsi, ce matériel chirurgical peut parfois nécessiter d'être réopéré en cas de déplacement post-opératoire ou de complication propre.

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.

> 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 graves voire fatales.

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.

> LES COMPLICATIONS LIEES AU TABAC

Les fumeurs ont plus de risque de complications au niveau des cicatrices opératoires. Ils ont plus de risque de passer en réanimation et restent en moyenne plus longtemps hospitalisés que les non-fumeurs.

Cessez de fumer plusieurs semaines avant l'intervention et durant la phase post opératoire de cicatrisation est fortement recommandé.

Un arrêt tardif ou une simple réduction du tabagisme réduit le sur-risque mais ne l'annule pas.

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 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 sûr des risques propres (par exemple allergie) et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

> LES MAUVAISES CONSOLIDATIONS OU ABSENCE DE CONSOLIDATION OSSEUSE

L'ostéotomie (coupe de l'os) réalisée peut ne pas consolider correctement, le délai habituel de six à douze semaines peut être allongé, voire la consolidation ne se fait pas. Parfois on peut avoir une consolidation en mauvaise position (cal vicieux). Ces risques peuvent être augmentés en cas d'ostéoporose (os fragile). Une nouvelle intervention chirurgicale permettant la consolidation osseuse est possible et parfois nécessaire.

>LES MAUVAISES CICATRISATIONS

La prise en charge de votre pathologie est basée sur la cicatrisation des tissus ce qui est un phénomène biologique. Cependant, celle-ci peut faire défaut, ou l'objet d'un trouble de cicatrisation. Une nouvelle intervention chirurgicale peut alors être nécessaire.

>AJOURNEMENT DE L'INTERVENTION :

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

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

Questions fréquentes :

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

Le plus souvent, même si vous présentez un pied plat valgus bilatéral il n'est pas recommandé de faire les opérations des deux côtés en même temps, pour conserver un pied d'appui pendant la récupération de la première opération.

« *Comment vais-je faire à mon domicile ?* »

Selon l'opération réalisée, vous pourrez ou non reposer le pied par terre avec ou sans l'aide de cannes anglaises (béquilles). Dans le cas de la chirurgie de la cheville, l'appui immédiat n'est pas toujours autorisé et vous pouvez avoir besoin soit d'une botte amovible, soit d'une immobilisation plus rigide (type plâtre ou résine).

« Que faire si mon pied ou ma cheville redevienne douloureux ou s'il augmente de volume (=œdème) ? »

L'œdème est un signe très fréquent et le plus souvent non pathologique.

Dans certains cas et s'il est associé à une forte douleur, ce peut être le signe d'une anomalie au niveau de la cicatrisation ou sur l'os (déplacement du matériel par exemple).

« Que faire en cas de température ou d'anomalie sur ma cicatrice ? »

Si vous présentez une température élevée (=fièvre) ce peut être le signe d'une éventuelle infection.

Si votre cicatrice, lors des pansements, est rouge, inflammatoire ou présente un écoulement, il faut consulter le plus rapidement possible votre chirurgien, qui saura vous conseiller et mettre en œuvre les traitements adaptés (locaux ou généraux(antibiotiques)).

« Que faire si je ressens une douleur du mollet ou une oppression respiratoire ? »

Ces signes peuvent être liés à l'existence d'un caillot dans une veine (phlébite) ou à une migration de ce caillot vers le poumon (embolie pulmonaire) avec des conséquences possibles graves.

Le risque est plus important si en fonction de l'opération réalisée vous n'avez pas le droit de poser le pied au sol : dans ce cas votre chirurgien vous aura prescrit des médicaments (=anticoagulants) de protection, mais même avec ces traitements le risque n'est pas nul et ces signes doivent vous alerter.

D'une façon générale, tout symptôme nouveau doit conduire à consulter soit votre médecin traitant, soit votre chirurgien, ou en cas d'urgence l'établissement dans lequel vous avez été opéré.

Si vous ne réussissez pas à joindre les praticiens, n'hésitez pas à appeler le centre 15 (SAMU) qui pourra vous orienter.