



FICHE D'INFORMATION PATIENT **N°16** :

PATHOLOGIE DU TENDON D'ACHILLE DANS SA ZONE D'INSERTION

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 Chirurgie du Pied et de la cheville(AFCP).

Fiche consultable en ligne sur les sites :

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

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

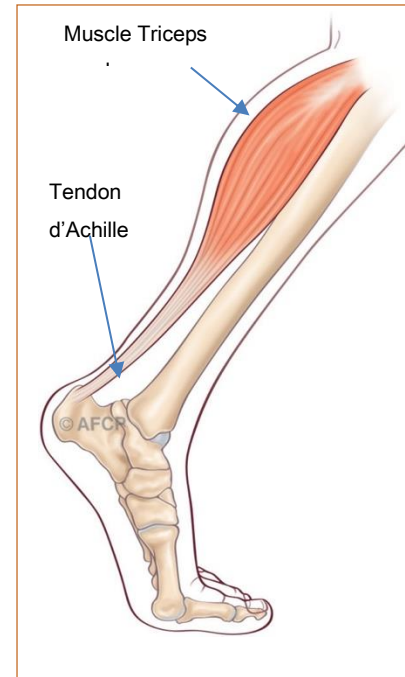
ORTHORISQ (<http://www.orthorisq.fr>)

L'ANATOMIE

Le tendon d'Achille (tendon calcanéen) correspond au tendon terminal du muscle du mollet (le triceps sural). Il s'attache normalement au niveau du calcanéum (l'os du talon). Il est superficiel, son relief est visible et il est facilement palpable à la partie basse de la jambe. Il est entouré d'une sorte de gaine en tissu synovial participant à son entretien. Il présente une zone peu vascularisée située quelques centimètres très au-dessus de son attache osseuse réalisant une zone plus vulnérable.

Il est parfois accompagné du tendon d'un muscle accessoire qui n'est pas présent chez tout le monde : le plantaire grêle. À proximité, cheminent également différents nerfs assurant la sensibilité du pied et de la cheville.

Lors de la contraction du mollet, le tendon d'Achille transmet la force permettant ainsi la flexion plantaire de la cheville et du pied. Il permet de réaliser différents mouvements comme la montée sur la pointe du pied, la propulsion du pas à la marche ou celle d'une foulée lors de la course à pied.

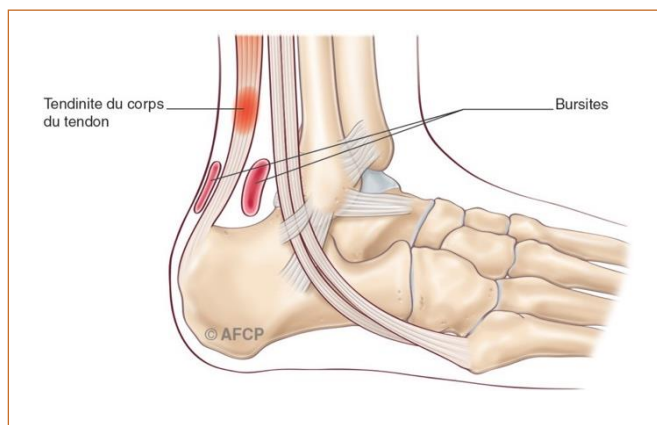


Compte tenu des forces qu'il doit transmettre, il s'agit du plus gros et du plus résistant tendon de l'organisme.

LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

> LES TENDINOPATHIES D'ACHILLE (OU CALCANEENNE)

Les tendinopathies du tendon calcanéen peuvent être divisées en plusieurs tableaux :



On distingue :

- Les tendinopathies corporéales atteignant le corps du tendon (partie du tendon d'Achille au-dessus du calcanéum) qui font l'objet d'une autre fiche
- Les tendinopathies d'insertion (partie basse du tendon d'Achille au contact du calcanéum), parmi lesquelles on distingue :

* La maladie de Haglund (conflit par frottement entre le tendon d'Achille et l'angle postérieur du calcanéum)

* Les bursites rétro-calcaneennes

* Les tendinopathies d'insertion (atteinte de l'insertion osseuse du tendon d'Achille sur le calcanéum).



> LES TENDINOPATHIES D'INSERTION

• La maladie de Haglund

Elle correspond à une souffrance par conflit, dû à un frottement entre la partie basse du tendon d'Achille et le coin postéro supérieur du calcanéum qui présente le plus souvent une anomalie morphologique.

Il peut se produire une inflammation du tendon qui est irrité à sa face antérieure sur le bec calcanéen ainsi qu'une gêne au chaussage entre le contrefort de la chaussure et la saillie du calcanéum.

Cette affection se rencontre chez des sujets souvent jeunes.

• Les tendinopathies d'insertion du tendon d'Achille

Elles correspondent à une évolution dégénérative de l'insertion osseuse du tendon d'Achille sur le calcanéum. Elle atteint des patients habituellement plus âgés que lors de la "tendinite" classique du sportif.

On peut retrouver des lésions importantes avec déchirures tendineuses, désinsertion (=détachement) partielle du tendon, présence de calcifications au sein du tendon ; réactions osseuses du calcanéum avec ossifications au sein de la partie terminale du tendon d'Achille à la partie postérieure du calcanéum.

LA CLINIQUE

• La maladie de Haglund

Elle correspond à des douleurs par conflit (frottement) au chaussage entre la partie postérieure du talon et la chaussure, avec irritation de la peau et parfois une bursite très inflammatoire (=rougeur de la peau). Il peut aussi exister des douleurs de la partie basse du tendon calcanéen irrité par la saillie osseuse intérieure du calcanéum.

• Les tendinopathies d'insertion du tendon d'Achille

La douleur au niveau de l'attache du tendon d'Achille sur le calcanéum à l'arrière du talon s'installe le plus souvent progressivement. Au début la douleur peut ne survenir qu'après l'effort, puis survenir pendant l'effort, cédant parfois avec l'échauffement avant de reprendre au repos. Enfin la douleur peut être permanente pendant et après l'effort déclenchant.

La survenue d'ossifications au niveau de l'insertion du tendon sur le calcanéum peut entraîner un conflit (frottement) au chaussage si elles sont suffisamment volumineuses.

Ces douleurs sont souvent associées.

LE DIAGNOSTIC

• La maladie de Haglund

L'examen retrouve les signes de frottement cutané au niveau du talon avec rougeur et douleur à la palpation sur le coin du calcanéum. Il peut aussi exister des signes de souffrance tendineuse achilléenne basse.

• Les tendinopathies d'insertion du tendon d'Achille

L'examen retrouve une douleur à la palpation de la partie terminale du tendon calcanéen (=Achille) au niveau de son insertion sur le calcanéum. Il peut également être perçu une "bosse" correspondant à une ossification au niveau de cette insertion. Des examens complémentaires, radiographies, échographie et IRM sont le plus souvent demandés.

Ils permettent d'apprécier la morphologie du talon, de retrouver des lésions de la partie terminale du tendon d'Achille et d'en apprécier le stade évolutif.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX – NON CHIRURGICAUX

Le traitement initial est, le plus souvent, médical.

Il fait appel à différentes mesures plus ou moins associées entre elles selon les cas :

- Repos fonctionnel, traitement médical anti-inflammatoire, mesures diététiques (perte de poids, ...), rééducation privilégiant les étirements, ondes de chocs, infiltrations d'une bursite.
- Aménagement du chaussage avec port de talonnettes et modification du choix de chaussures avec contrefort postérieur confortable.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL (LES OPERATIONS)

Le traitement chirurgical est habituellement proposé en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit, et de longue durée.

Plusieurs gestes différents sont possibles et peuvent être associés selon les lésions constatées et les habitudes de votre chirurgien.

➤ CONFLIT AU NIVEAU DU COIN POSTERIEUR ET SUPERIEUR DU CALCANEUM

Cette saillie osseuse peut être diminuée :

- Par résection du coin postérieur du calcanéum
- Par ostéotomie du calcanéum.

Le choix repose sur la morphologie osseuse du talon (calcaneum et architecture du pied) :

- **Résection du coin postéro externe du calcanéum**

La partie postérieure et supérieure du calcanéum, généralement trop saillante est rabotée.

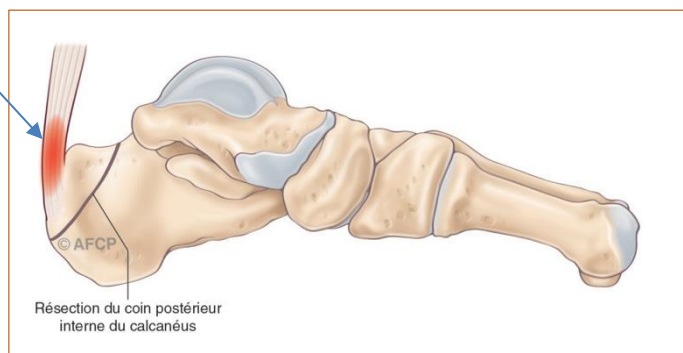
- **Ostéotomie du calcanéum (Ostéotomie de Zadek)**

On retire un coin osseux au milieu du calcanéum pour avancer sa partie postérieure et effacer la zone de conflit en arrière.

Cette intervention nécessite une fixation par du matériel (vis, plaque ...) pour maintenir la correction et obtenir la consolidation osseuse.

➤ RESECTION D'OSSIFICATIONS DE LA ZONE D'INSERTION DU TENDON CALCANEEN

Les "becs de perroquets" saillants au niveau de l'insertion osseuse du tendon d'Achille sont réséqués. Cette intervention peut nécessiter de détacher partiellement le tendon et de le rattacher dans l'os si son insertion a été trop fragilisée.





➤ GESTES SUR LE TENDON CALCANEEN

Ils peuvent être effectués isolément ou en association avec le traitement d'un conflit osseux. Il peut s'agir :

- D'un geste de peignage pour une tendinose en regard d'un conflit avec le coin postéro supérieur du calcaneum
- D'une plastie de renforcement d'un tendon calcaneen trop abimé.



LE « PEIGNAGE »

Son but est d'obtenir un tendon calcaneen plus résistant après l'avoir "blessé" chirurgicalement pour obtenir une cicatrisation qui le rende plus volumineux et solide.

L'intervention consiste à réaliser des incisions verticales du tendon pour isoler des bandelettes tendineuses. En cicatrisant, le tendon deviendra plus épais et résistant.

LES PLASTIES DE RENFORCEMENT DU TENDON CALCANEEN

Parfois les dégâts tendineux initiaux ou après ablation des zones abimées, sont si importants que votre chirurgien aura recours à des gestes de renforcement du tendon d'Achille en utilisant un autre tendon.

Il peut être utilisé des éléments anatomiques locaux ou situés à distance du tendon d'Achille :

- **L'utilisation d'un élément local** peut faire appel au tendon du long fléchisseur propre du gros orteil prélevé à proximité avec une cicatrice complémentaire au niveau du pied. L'utilisation de ce tendon entraîne un trouble de la flexion du gros orteil.
- **L'utilisation d'un élément situé à distance** fait le plus souvent appel à un prélèvement au niveau du genou par une autre incision : utilisation d'un transplant constitué par une bandelette de tendon quadricipital avec le fragment de rotule sur lequel elle est insérée. Le fragment de rotule est encastré dans le calcaneum et la bandelette de tendon quadricipital est suturée au tendon d'Achille. La fixation de la baguette osseuse de rotule est assurée par du matériel (Vis, broches...) parfois résorbable.

Ces interventions sont quasiment toujours réalisées à ciel ouvert et nécessitent une immobilisation post opératoire. 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.

L'HOSPITALISATION

L'hospitalisation peut être ambulatoire (une journée d'hospitalisation) ou de quelques jours suivant votre 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 englobant un segment de membre, de la jambe aux orteils), rachidienne (anesthésie du bassin et des membres en piquant entre deux vertèbres) ou anesthésie générale. Une transfusion sanguine est rare dans ce type de chirurgie où le saignement est très limité.

➤ L'INSTALLATION AU BLOC

Au bloc opératoire, comme l'opération est réalisée à l'arrière de la jambe, vous serez le plus souvent installé en **décubitus ventral** c'est-à-dire couché sur le ventre, ou parfois sur le côté (**décubitus latéral**).

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 TECHNIQUE

-**La durée d'intervention** : L'intervention dure entre 45 mn et 1h30. Le temps dépend de la technique choisie, des difficultés rencontrées et des éventuels gestes 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 placé au niveau de la cuisse, ou parfois de la jambe.

- **L'incision** : Les incisions peuvent être de quelques centimètres ou punctiformes. Elles dépendent du type de techniques utilisées par votre chirurgien, pour certains cas de façon "percutanée" ou sous contrôle endoscopique.

APRES L'INTERVENTION

➤ LA DOULEUR

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 DRAINAGE

Pour certaines interventions, pour éviter un hématome, il peut être utilisé un drainage (système pour évacuer le saignement post opératoire) qui est retiré plus ou moins rapidement selon le geste réalisé et la nécessité de le conserver.

➤ LE LEVER

Le 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

Il est peut-être nécessaire d'être immobilisé (plâtre, attelle, botte amovible, ...).

Une période sans appui sera envisagée ou non selon le type d'intervention réalisée, la qualité de la réparation, les lésions constatées et la qualité tendineuse. En cas d'immobilisation, celle-ci n'est parfois que provisoire, au début, pour permettre d'effectuer des soins locaux lors de votre hospitalisation et à votre retour à domicile.

➤ 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.

➤ PREVENTION DES PHLEBITES

La prescription d'injections d'anticoagulants est parfois envisagée selon l'évaluation de votre état de santé par le chirurgien et le médecin anesthésiste.

➤ L'OEDEME POST-OPERATOIRE

L'œdème post-opératoire (=gonflement du pied et des orteils) est habituel en chirurgie de la cheville et/ou du pied, et n'est le plus souvent pas une complication. Il peut durer plusieurs semaines ou mois. 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 à distance (Chaussettes de contention ou Bas à varices) peuvent être utiles. Cet œdème peut durer longtemps (plusieurs semaines, voire plusieurs mois) et ne prête le plus souvent pas à conséquence : il peut obliger à adapter transitoirement les chaussures.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'OPERATION

L'objectif est de limiter ou supprimer le risque de survenue de nouveaux phénomènes douloureux en traitant des lésions tendineuses et / ou supprimant des zones de conflit entre la zone d'insertion du tendon calcanéen et la chaussure.

Pour les interventions isolées de suppression de conflit au chaussage, la récupération se fait en quelques semaines avec conseils d'aménagement ultérieur du chaussage selon les habitudes préopératoires.

Pour les interventions avec traitement de lésions tendineuses, la récupération peut être longue, sur plusieurs mois avec le plus souvent un protocole de rééducation, bien défini selon chaque type d'intervention et comportant des étapes précises à respecter.

La reprise des activités quotidiennes peut être envisagée au bout de plusieurs semaines.

Il peut parfois persister ou réapparaître des douleurs à l'effort en raison d'altérations tendineuses résiduelles.

En cas de réparation de lésions importantes, la récupération peut être plus longue et les possibilités d'activités parfois plus restreintes.

LE POST-OPERATOIRE

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.

Les premières consultations portent sur la surveillance de l'état local. Elles dépisteront d'éventuels problèmes de cicatrisation en raison de la fragilité cutanée de la peau en regard du tendon d'Achille.

A l'issue de la période d'immobilisation ou parfois d'emblée en son absence, il peut parfois être utilisé une talonnette de hauteur progressivement dégressive pour soulager la traction sur le tendon opéré.

Les consultations de contrôle ultérieures seront essentielles pour mettre en route et surveiller un protocole de rééducation strictement planifié qui peut différer selon le type d'intervention réalisé.

Ces protocoles comportent des étapes bien définies à respecter impérativement (travail contre résistance, montée sur pointe de pied, course, etc.) pour assurer une récupération optimale.

La validation de ces étapes fera l'objet de consultations de suivi permettant d'autoriser le passage à l'étape suivante ainsi que la reprise progressive des activités.

Les consultations de contrôle feront également le point sur l'évolution de la mobilité de la cheville, l'apparition de douleurs tendineuses résiduelles, l'opportunité de réaliser des semelles ou de modifier le chaussage pour soulager le tendon d'Achille dans la vie quotidienne et parfois les activités sportives.

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 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 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, 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.

➤ LES 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 cicatrise disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection.

➤ 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).**

➤ DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

Votre prise en charge chirurgicale peut faire appel à la mobilisation de segment osseux, nécessitant parfois la pose de matériel chirurgical (plaque, vis, broche, fils...) afin de corriger une déformation. Comme tout matériau, ces implants chirurgicaux peuvent être responsable de complication, du fait de leur fragilité propre (rupture du matériel) ou de déplacement du montage du fait de contrainte mécanique trop élevée sur les structure 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.

➤ LES 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.

➤ LES COMPLICATIONS 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...

➤ LES COMPLICATIONS MEDICAMENTEUSES

Au décours de cette intervention, il pourra vous être prescrit des médicaments particulières et spécifiques. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires...

Ils comportent bien sur des risques propres et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

➤ 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 en même temps ? »

Le plus souvent, même si vous présentez la même pathologie du tendon d'Achille sur sa zone de fixation dans les deux chevilles, il n'est pas recommandé de faire les deux opérations en même temps.

« Comment vais-je faire à mon domicile ? Pourrais-je conduire mon véhicule ? »

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). Pendant la période d'immobilisation, la conduite de votre véhicule n'est pas possible, voire dangereuse. Votre chirurgien pourra vous expliquer les possibilités de reprise de la conduite en fonction de votre évolution.

« Que faire si mon pied ou ma cheville redevient douloureux ou s'il (elle) 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 d'augmentation 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.