



FICHE D'INFORMATION PATIENT :

## L'HALLUX RIGIDUS

*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 générales 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***

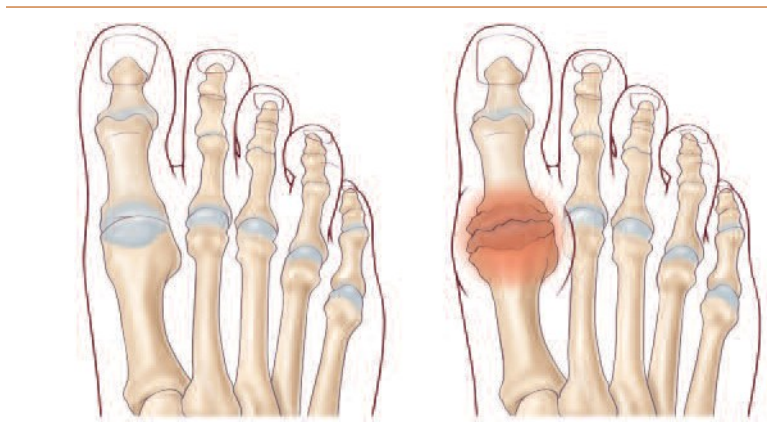
***AFCP (<https://www.afcp.com.fr/infos-publiques/infos-patients/>)***

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

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

L'hallux rigidus (ou hallux limitus) est le nom spécifique de l'arthrose du gros orteil. Il s'agit d'une maladie dégénérative de l'articulation métatarso-phalangienne, le plus souvent sans cause connue (idiopathique).

## L'ANATOMIE



L'hallux (ou gros orteil) est formé d'un squelette osseux constitué d'un métatarsien, prolongé par 2 phalanges. Ces segments osseux sont articulés entre eux par l'articulation métatarso-phalangienne et l'articulation inter-phalangienne

Ces articulations permettent la mobilité des extrémités osseuses se faisant face :

- Le glissement est facile et indolore grâce au cartilage qui recouvre les extrémités osseuses.
- La stabilité est assurée par à un manchon fibreux, «la capsule», renforcé par des « ligaments ».

- La mobilité est commandée par des tendons, prolongement des muscles de la jambe s'attachant sur les différents segments osseux.
- La sensibilité est sous la dépendance des nerfs sensitifs, terminaison des gros troncs nerveux de la jambe.

## LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

L'hallux rigidus désigne l'arthrose de l'articulation métatarso-phalangienne de l'hallux. Cette arthrose correspond à l'usure du cartilage entre le métatarsien et la phalange à la base du gros orteil. Cette usure progressive entraîne le frottement « os sur os » des surfaces articulaires, sans revêtement de « glissement », produisant ainsi des excroissances osseuses périphériques (« ostéophytes » ou « becs de perroquets ») déformant les articulations.

## LA CLINIQUE



L'usure du cartilage et la production d'ostéophytes bordant les surfaces articulaires diminuent progressivement les mobilités : l'articulation métatarso-phalangienne perd sa mobilité et s'enraidit. Les extrémités osseuses ne pouvant plus glisser harmonieusement l'une contre l'autre deviennent de plus en plus douloureuses.

La raideur et la douleur s'aggravent au fur et à mesure ; se manifestant à la marche, lors du déroulé du pas et en flexion du gros orteil. Les excroissances osseuses périphériques (ostéophytes) peuvent devenir volumineuses et entraîner une gêne au chaussage. Ces excroissances se développent principalement à la partie dorsale (au-dessus) du gros orteil qui reste le plus souvent normalement axé (contrairement à l'hallux valgus).

## LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est clinique sur une articulation métatarso-phalangienne déformée par des ostéophytes péri-articulaires et des mobilités limitées et douloureuses.

Les radiographies du pied en charge confirment le diagnostic : disparition du cartilage, sous forme d'un pincement plus ou moins important entre les extrémités osseuses. La présence d'excroissances osseuses (ostéophytes) peut border les surfaces articulaires, et générer des douleurs dans la chaussure.

D'autres examens comme une IRM, un scanner, une scintigraphie peuvent également être demandés en complément.

## LES TRAITEMENTS MEDICAUX (NON CHIRURGICAUX)

La douleur peut être traitée par des antalgiques ou des anti-inflammatoires. En début d'évolution, les mobilités articulaires peuvent être entretenues, par de la rééducation.

Dans certains cas, des injections intra-articulaires sont possibles (corticoïdes et/ou viscosupplémentation).

Quand ces mobilités sont plus limitées et trop douloureuses, il est au contraire recherché une « rigidification » articulaire par des orthèses plantaires (semelles réalisées par un pédicure-podologue) ou l'adaptation d'un chaussage plus large et à semelle rigide.

En l'absence de traitement, la maladie évolue vers une limitation importante de la marche et du chaussage : la capacité à passer le pas diminue, l'appui sur l'avant pied devient difficile. Les excroissances osseuses autour du gros orteil entrent en conflit avec la chaussure. Il se forme des « bursites » et des cors qui, négligés, peuvent s'infecter. La bursite infectieuse peut même se compliquer d'« arthrite » (infection de l'articulation) et/ou d'« ostéite » (infection de l'os) chez les patients les plus négligés ou les plus fragiles (diabétiques, artéritiques...).

## LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

### *Les interventions (Que peut-on faire ?)*

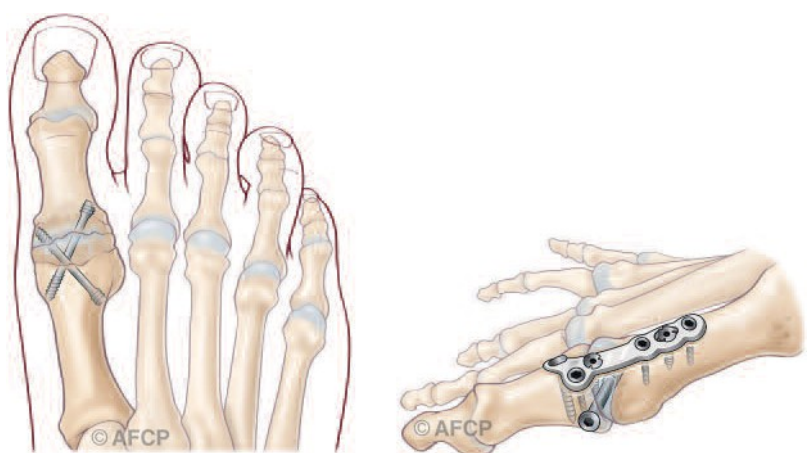
Ils sont proposés après échec des traitements médicaux et/ou podologiques, ou d'emblée en fonction de votre évolution.

Plusieurs interventions permettent de préserver les mobilités articulaires : elles consistent à enlever les ostéophytes péri-articulaires (« arthrolyse ») pour redonner un peu de mobilité et/ou à « décompresser » l'articulation par des coupes osseuses spécifiques (« ostéotomies ») permettant de remettre en appui des zones de cartilage plus saines.

Parfois, cette conservation des mobilités articulaires se fait par le recours à des prothèses métatarso-phalangienne.

Dans d'autres cas, il pourra vous être proposé un blocage définitif de l'articulation arthrosique : l'arthrodèse métatarso-phalangienne consiste à réséquer les 2 versants articulaires, pour faire consolider les 2 segments osseux dans une position donnée. La déformation articulaire est ainsi corrigée de manière efficace et durable ; la douleur disparaît par résection de l'articulation douloureuse. Ce blocage s'effectue dans une position qui vous est propre, en fonction de la morphologie de votre pied ou de votre mode de chaussage notamment.

### > CAS DE L'ARTHRODESE METATARSO-PHALANGIENNE



L'arthrodèse métatarso-phalangienne permet une correction fiable et durable des hallux rigidus. Elle entraîne cependant une diminution des mobilités de la colonne du premier orteil, en partie compensée par les articulations adjacentes. La gêne liée au blocage de l'articulation métatarso-phalangienne reste ainsi limitée, l'articulation située entre les deux phalanges (inter-phalangienne) suffit généralement pour compenser cette perte de mobilité et vous permettre de dérouler le pas quasiment normalement.

Par contre, les modalités de chaussage peuvent être modifiées, l'articulation inter-phalangienne ne pouvant s'adapter seule et autant qu'avant cette intervention à une diversité importante de hauteur de talon.

Du fait de la résection des surfaces articulaires, cette arthrodèse a également pour effet un léger raccourcissement de la longueur du 1<sup>er</sup> orteil d'environ 5mm, ne modifiant généralement pas le type ou la pointure de chaussage.

### > CAS DES PROTHESES METATARSO-PHALANGIENNES

Elles sont de conception plus récente, de matériaux et de formes très divers. Elles permettent le maintien d'une certaine mobilité articulaire, mais ont une durée de vie limitée de par leur usure et leur tenue osseuse. Leur reprise chirurgicale peut exposer le chirurgien à des pertes de substances osseuses problématiques et pouvant parfois nécessiter une greffe d'os (Apport d'os supplémentaire).

### > CAS DES OSTEOTOMIES DECOMPRIMANTES ET ARTHROLYSES

Le but de ces ostéotomies est de décompresser et de réorienter l'appui des surfaces articulaires sur des zones de cartilage plus saines. Ainsi, elles permettent de maintenir des mobilités articulaires modestes et peu douloureuses encore quelques années, le temps d'une dégradation plus complète.

Le but des arthrolyses est de retirer les ostéophytes péri-articulaires pour redonner un peu de mobilité et surtout éviter les conflits douloureux avec le chaussage.

### *Le parcours (Comment se passe mon opération ?)*

#### > L'HOSPITALISATION

Votre hospitalisation peut être ambulatoire (une journée d'hospitalisation) ou de quelques jours suivant le type d'intervention, vos pathologies associées ou 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 personnels. 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, vous serez installé à plat dos, parfois légèrement incliné vers le côté à opérer.

**\*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 est de 30min à 1h 30 en fonction du type d'intervention et des gestes associés éventuels. Il faut y ajouter le temps de surveillance en salle de soins post-interventionnelle au bloc opératoire.

Un **garrot** est généralement 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, de la jambe ou même de la cheville.

L'incision fait moins de 10cm, localisée sur la partie dorsale ou médiale de l'articulation métatarso-phalangienne. Cette incision permettra, sous contrôle de la vue, la mise en place d'une prothèse, le réalisation d'une arthrodèse, ou d'une décompression articulaire.

Dans certains cas d'arthrodèse ou de résection isolée d'ostéophytes, une technique chirurgicale percutanée ou arthroscopique peut être utilisée. La chirurgie percutanée consiste à intervenir sur l'articulation par des incisions de seulement quelques millimètres, à l'aide d'outils spécifiques et sous contrôle de la radiographie. Dans le cas de la chirurgie arthroscopique, il s'agit d'intervenir sur l'articulation par l'intermédiaire d'une caméra guidant les gestes spécifiques du chirurgien.

### > CAS DES ARTHRODESES

Après ablation des ostéophytes bordant les surfaces articulaires, le chirurgien procédera à la résection des surfaces articulaires restantes pour mettre en contact les surfaces osseuses de la tête métatarsienne et de la base phalangienne. La position d'immobilisation dépendra de la morphologie de votre pied et/ou de votre mode de chaussage. Le maintien de cette position de blocage utilisera du matériel opératoire (vis, plaque, broche...) le temps de la consolidation osseuse.

### > CAS DES OSTEOTOMIES DE COMPRIMANTES ET/OU ARTHROLYSES

Après ablation des ostéophytes bordant les surfaces articulaires (« artholyse »), le chirurgien réalisera des coupes osseuses (« ostéotomies ») dont le but sera de décompresser et/ou de réorienter les surfaces articulaires restantes, pour que l'appui se fasse sur une zone de cartilage plus saine. Ces ostéotomies feront généralement appel à du matériel opératoire (vis, plaque, broche...) le temps de la consolidation osseuse.

### > PROTHESE METATARSO-PHALANGIENNE

Après ablation des ostéophytes bordant les surfaces articulaires, le chirurgien procédera, selon les modèles de prothèses, à la mise en place de pièces remplaçant les surfaces articulaires.

### > LES GESTES ASSOCIES

D'autres pathologies d'avant-pied peuvent être associées à la chirurgie de votre hallux rigidus et être traitées dans le même temps opératoire ; cela peut notamment être le cas de griffe(s) d'orteil(s) (=déformation d'un orteil latéral) ou de métatarsalgies (douleur située sous les métatarsiens du 2<sup>nd</sup> au 5<sup>ème</sup> orteils et pouvant avoir différentes causes, justifiant parfois de gestes chirurgicaux supplémentaires)

*Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation ou à 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** : Même si des antalgiques forts peuvent être utilisés dans les suites immédiates de l'intervention, le retour à la maison avec des antalgiques simples est la règle.

> **LA PREVENTION DES PHLEBITES** : Des injections d'anticoagulants peuvent également vous être prescrits fonction de votre état de santé et de l'importance de l'intervention.

> **L'APPUI** : L'appui est généralement permis sur une chaussure post-opératoire ou avec un chaussage large pendant les 4 à 6 semaines suivant l'intervention. Chez les patients les plus fragiles, un béquillage pourra être utilisé pour éviter les chutes par maladresse. Ainsi et en général, vous serez autonome dans les activités quotidiennes de votre domicile, mais la



conduite automobile ou les activités sportives ne pourront être possibles initialement...

> **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

> **L'ŒDEME POST-OPERATOIRE** (=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.

### > LES CONSULTATIONS POST OPERATOIRES

Les premières consultations portent sur la surveillance de la cicatrisation et de l'état local.

Ces consultations seront aussi l'occasion de refaire le point sur les traitements antalgiques et de débiter la rééducation (soit par vous-même, soit chez un kinésithérapeute). Vous serez également guidé pour l'adaptation de votre chaussage. Les ostéotomies de décompression et les arthrodèses nécessitent un suivi radiologique sur plusieurs mois pour surveiller la consolidation, guider l'abandon d'une immobilisation, ou la reprise de l'appui. Pour les ostéotomies, le suivi sera ensuite régulier pour surveiller la vitesse d'évolution de l'arthrose. Les arthrodèses, une fois consolidées sont généralement stables dans le temps. Par contre, la surveillance clinique s'attachera aux articulations voisines qui vont être plus souvent sollicitées.

Les prothèses nécessitent une surveillance attentive, car il s'agit d'implants dont la durée de vie peut être limitée par des phénomènes d'usure ou de fragilité osseuse.

## CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION

Le but de l'opération est une diminution des phénomènes douloureux, le retour à une marche normale dans un chaussage habituel.

A 6 semaines post-opératoires un chaussage large et confortable est généralement repris, adapté à l'évolution de votre pied. Un chaussage plus fin est possible, en fonction de votre cas, après plusieurs mois. Une activité sportive légère (natation, vélo d'appartement,...) est possible à partir de la 6ème semaine post-opératoire. Des sports plus contraignants (footing, randonnées, steps, tennis, ...) sont possibles après 3 mois post-opératoires.

## 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. Cet échec peut aller de la réapparition des symptômes à leur aggravation ou à 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, locaux ou généraux). 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.

### > 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 manière précoce ou beaucoup plus tardive. 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 tels 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.

### > LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES

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 anti coagulation en fonction de la chirurgie et de votre état de santé.

### > LES DOULEURS CHRONIQUES ET L'ALGODYSTROPHIE (ou syndrome douloureux régional)

Toute prise en charge médicale ou chirurgicale dans le cadre de phénomènes douloureux, peut de manière aléatoire et imprévisible voir persister les phénomènes douloureux ou même en renforcer d'autres. Ces 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.

### > LES COMPLICATIONS DE VOISINAGE

Etant donnée la proximité de la zone opératoire 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 proximité : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire.... Compte-tenu du lieu de la cicatrice, l'atteinte d'un petit nerf peut entraîner une insensibilité voire des douleurs persistantes. 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 sûr des risques propres et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

### > 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 thrombo-emboliques, 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)**

### > LA RAIDEUR DOULOUREUSE

Tout geste articulaire conservateur, ici le cas échéant une arthrolyse ou une ostéotomie, peut entraîner une aggravation de l'enraidissement et le développement de phénomènes douloureux de l'articulation, temporaire ou définitif. Cette raideur parfois douloureuse peut nécessiter des séances de rééducation ou même une ré-intervention.

### > LE DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

En cas d'ostéotomies conservatrices ou de blocage de l'articulation, votre prise en charge chirurgicale fait appel à la mobilisation de segments osseux, nécessitant (rarement, parfois, souvent) la pose de matériel chirurgical (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 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.

### > LES MAUVAISES CONSOLIDATIONS OU ABSENCE DE CONSOLIDATION OSSEUSES

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.

### > LES METATARSALGIES DE TRANSFERT

Dans certains cas, du fait de la correction de la déformation de votre gros orteil, vos appuis à la marche peuvent être modifiés et entraîner des douleurs au niveau des autres métatarsiens (d'où le terme de métatarsalgie de transfert) pouvant parfois nécessiter un traitement spécifique secondairement (orthèse, semelle, intervention chirurgicale).

#### **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 pieds en même temps ? »**

Il est parfois possible selon les habitudes de votre chirurgien, la technique chirurgicale choisie et le type d'anesthésie réalisée d'opérer les deux pieds en même temps. Parlez-en avec votre chirurgien qui saura vous expliquer et vous conseiller sur ce qu'il est raisonnable de faire dans votre situation.

### **« Si je suis opéré des deux pieds, ma douleur sera-t-elle plus importante ? mon arrêt de travail plus long ? »**

Pour la douleur le traitement est en général le même et sera adapté à l'intervention réalisée.

En général l'arrêt de travail reste le même, sauf si un évènement imprévu survient (comme par exemple un retard de consolidation de l'os).

### **« 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 l'avant-pied, vous pourrez marcher avec une (ou deux) chaussure(s) spéciale(s), prescrite(s) par votre chirurgien. Cette chaussure protège votre pied le temps de la consolidation de l'os, et de la cicatrisation des tissus.



**« 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).

**« 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.**