



Fiche d'information patient :

LE CONFLIT POSTERIEUR DE LA CHEVILLE

(OU SYNDROME DU CARREFOUR 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 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 clefs 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>)

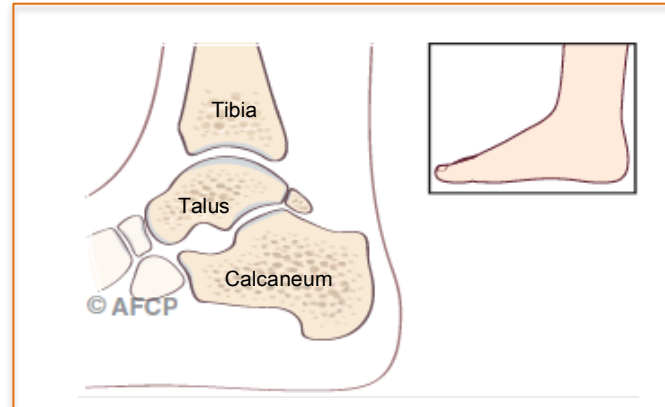
ORTHORISQ (<http://www.orthorisq.fr>)

L'ANATOMIE

Le carrefour postérieur correspond à un espace anatomique situé à l'arrière de la cheville, en avant du tendon d'Achille.

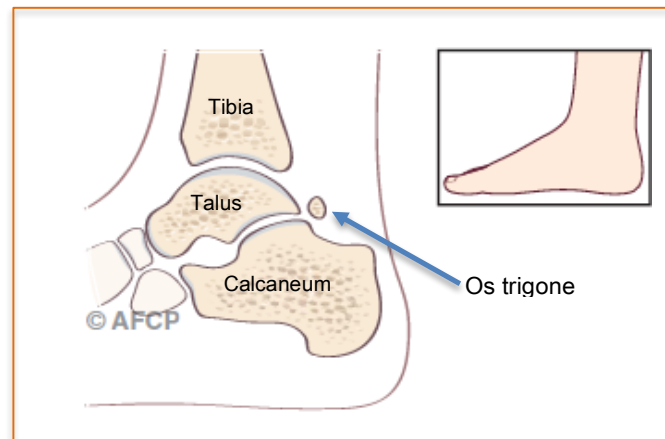
Quelques limites peuvent être schématiquement indiquées :

- En avant : la partie basse de la face postérieure du tibia
- En bas : la face supérieure du calcaneum
- En arrière : l'espace situé en avant du tendon d'Achille



Au sein de cet espace des éléments osseux et des tissus mous peuvent être intéressés par les phénomènes pathologiques (anormaux) :

- Les éléments osseux :
 - La partie postérieure du talus (ou astragale), qui présente 2 tubercules postérieurs, plus ou moins volumineuse et prolongée en arrière pouvant aboutir à l'existence d'une « queue trop longue ». Elle peut parfois être le siège d'une fracture parcellaire initialement passée inaperçue et non consolidée ou consolidée en mauvaise position.
 - Un os trigone, petit ossicule supplémentaire, inconstant (présent chez environ 10% des patients) et situé en arrière du talus.
 - La partie postérieure du pilon tibial.
- Les tissus mous :
 - La synoviale : Les replis des enveloppes articulaires (cul de sac), certaines gaines synoviales tendineuses (long fléchisseur propre du gros orteil),
 - Les ligaments : structures de maintien des articulations présentes,
 - Les tendons : principalement le tendon long fléchisseur propre de l'hallux (gros orteil),
 - Plus rarement les éléments vasculo-nerveux (vaisseaux (artère +/- veines) et nerf tibiaux postérieurs).

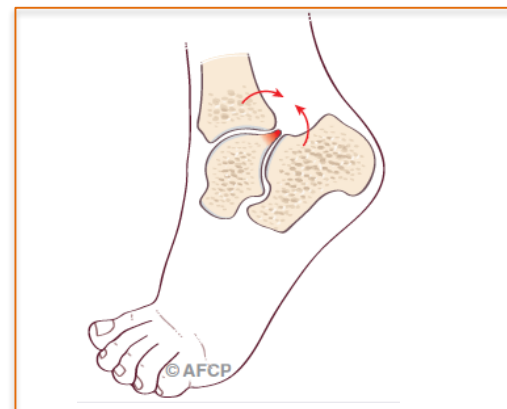


LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

Les symptômes en rapport avec une pathologie du carrefour postérieur sont provoqués par la souffrance d'un ou plusieurs éléments de son contenu.

Ces éléments, osseux ou tissus mous, sont pris en tenaille par un mécanisme de "casse-noisette" entre la partie basse du tibia et la partie supérieure du calcaneum lors de la flexion plantaire de la cheville (pointe de pied portée vers le bas). On parle aussi de conflit postérieur de cheville.

Elle peut être causée par des microtraumatismes à répétition (danse avec montées répétées sur pointes de pieds, football avec shoots



fréquents, travail avec répétition d'appuis sur une pédale avec la pointe de pied, etc.), ou par un traumatisme violent unique.

LA CLINIQUE

Le symptôme principal est une douleur de la partie postérieure de la cheville survenant en flexion plantaire lors de la pratique sportive ou professionnelle et/ou de la vie quotidienne (montée ou descente des escaliers, conduite automobile...); soit immédiatement, soit de façon retardée.

L'interrogatoire recherche les facteurs mécaniques ayant favorisé la survenue d'un conflit postérieur.

Certains éléments de la douleur peuvent orienter vers la souffrance d'un élément, plus particulièrement (craquements, douleur plutôt interne ou externe, fourmillement du bord interne du pied, douleurs à la mobilisation du gros orteil ...).

A l'examen, la mise en flexion plantaire passive de la cheville réveille les douleurs habituelles et permet de confirmer le diagnostic quasiment de façon certaine.

La palpation retrouvera selon l'origine des douleurs : un éventuel gonflement sur un trajet tendineux, une douleur à la palpation de repères osseux et à la sollicitation de tendons traversant le carrefour postérieur.

L'examen à la recherche d'une pathologie du tendon d'Achille est normal.

LE DIAGNOSTIC

Divers examens d'imageries peuvent être utilisés, seuls ou en association, pour confirmer le diagnostic de conflit postérieur avec la mise en évidence d'une souffrance tissulaire et/ou osseuse des éléments concernés :

- Radiographies standards
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)
- Scanner simple et/ou arthroscanner (avec injection d'un produit dans une articulation radio opaque)
- Echographie
- Scintigraphie osseuse isolée ou couplée avec un scanner

En cas de doute diagnostique, une infiltration "test" du carrefour postérieur peut être réalisée. Le soulagement des symptômes douloureux est un argument pour confirmer le diagnostic.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX NON CHIRURGICAUX

Un traitement conservateur peut être instauré de première intention. Il fait appel à diverses possibilités de traitements plus ou moins associées :

- Antalgiques, anti-inflammatoires per os (= par voie orale)
- Cryothérapie (=traitement par le froid)
- Strapping limitant la flexion plantaire
- Utilisation d'une chaussure avec flexion dorsale de cheville
- Immobilisation, voire décharge dans certaines formes hyperalgiques
- Rééducation spécifique réalisée au moment opportun

Un traitement par infiltration unique ou répétée, selon le résultat obtenu et le type de lésion osseuse ou tissulaire, peut être proposé et parfois réalisé avec repérage radiologique (scopie, échographie, scanner, ...).

Des modifications ou des adaptations de chaussage, de hauteur de talon, de pratique sportive tenteront de traiter le mécanisme à l'origine du conflit.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL (LES OPERATIONS)

Un traitement chirurgical sera évoqué 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 est généralement ambulatoire (une journée d'hospitalisation) ; mais peut aussi être de quelques jours suivant vos pathologies associées (par exemple hypertension, diabète, etc.), votre situation médicale ou sociale.

> L'ANESTHESIE

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 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 propres.

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 habituellement en décubitus ventral c'est-à-dire couché à plat ventre. 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 les techniques 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 est habituellement placé au niveau de la cuisse.

> L'INTERVENTION

L'intervention peut être réalisée à ciel ouvert ou sous arthroscopie :

- A ciel ouvert, une incision de quelques centimètres verticale, est réalisée au niveau de l'arrière de la cheville, à proximité du bord interne ou externe du tendon d'Achille selon la situation des lésions à traiter
- Sous arthroscopie, 2 incisions verticales d'environ 1cm sont habituellement réalisées, au niveau de l'arrière de la cheville, au bord interne et externe du tendon d'Achille permettant d'introduire un optique et les instruments

Les gestes réalisés seront adaptés aux lésions à l'origine du conflit postérieur et peuvent être associés selon les cas :

- Ablation d'un ossicule trigone surnuméraire

- Ablation d'un fragment osseux correspondant à une fracture parcellaire de la partie postérieure du talus
- Régularisation d'un processus talien (ou queue de l'astragale) trop long
- Ablation d'une prolifération de tissu synovial volumineuse d'origine articulaire ou aux dépens d'une gaine tendineuse.
- Libération tendineuse etc.

Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation ou un événement imprévu ou inhabituel imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement.

Une fois réveillé(e) 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 le risque de survenue de nouveaux phénomènes douloureux en supprimant le conflit osseux et/ou des parties molles.

La reprise des activités quotidiennes se fait dans un délai de quelques semaines et dépend des suites opératoires (appui et/ou immobilisation éventuelle).

La reprise des activités sportives peut être autorisée après un délai de quelques semaines à quelques mois selon les lésions et le type d'intervention réalisée.

LE POST-OPERATOIRE

>LA DOULEUR

Le contrôle de la douleur est assuré par des antalgiques puissants (en comprimés, en perfusions ou 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

Parfois, 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, 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 DE LA CHEVILLE - L'APPUI

Parfois, il peut être nécessaire d'être immobilisé (plâtre, attelle, botte amovible...) ou d'avoir recours à une chaussure post-opératoire mettant la cheville en légère flexion dorsale.

Une période sans appui ou d'appui soulagé peut également être envisagée ou non 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.

>PREVENTION DES PHLEBITES

Un traitement anticoagulant peut être prescrit pour limiter le risque de phlébite et/ou d'embolie pulmonaire selon le cas.

Ce traitement est en général prolongé au moins jusqu'à la reprise de l'appui si celui-ci n'est pas autorisé ou jusqu'à la fin de l'immobilisation s'il y a lieu.

>L'ŒDEME 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.

>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 de contrôles ultérieures permettront : d'autoriser la reprise d'appui et l'ablation d'une éventuelle immobilisation, le cas échéant, et de mettre en route un éventuel protocole de rééducation planifié, si besoin.

Les consultations de contrôle feront également le point sur l'évolution de la mobilité de la cheville et l'évolution des phénomènes douloureux.

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, 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).

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 ET L'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 ou même en renforcer d'autre. 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.

>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'un traitement antibiotique. Elles peuvent nécessiter de réaliser d'autres 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 cicatrice 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 et 6 semaines après l'opération (en cas de besoin n'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant).

>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 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 sûr des risques propres et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

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 FREQUENTES

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

Le plus souvent, même si vous présentez un conflit postérieur sur les deux chevilles il n'est pas recommandé de faire les deux opérations en même temps.

« 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 complet 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.