

# Informations

Hallux rigidus

## QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'**hallux rigidus** est une arthrose ou une usure anormale du revêtement souple (cartilage) qui recouvre les os de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil :

L'extrémité du 1<sup>er</sup> métatarsien et de la 1<sup>ère</sup> phalange ne peuvent plus glisser convenablement l'un contre l'autre. Cette usure est variable. Avec la destruction du cartilage, l'os se retrouve à découvert. Étant rugueux, cela entraîne des frottements lors des mouvements de l'articulation.



Radiographie : arthrose métatarso-phalangienne

Avec l'évolution de la maladie, il finit par se déformer. Ses bords s'épaississent et construisent des épérons osseux (ostéophytes). Cette arthrose est centrée (sans déviation) à la différence de l'arthrose compliquant un hallux valgus.



Ostéophytes

**Les facteurs favorisant** 1<sup>er</sup> rayon long (pied égyptien, 1<sup>er</sup> métatarsien long), chaussures étroites ou talons hauts, traumatismes ou micro-traumatismes (danse classique, football...), forme carrée de l'extrémité (tête) du 1<sup>er</sup> métatarsien

M....., le ..../..../.....

*Fiche conçue pour fournir un support et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.*

\_\_\_\_\_ D<sup>r</sup> Christian LEONARDI

**Conséquences** Les douleurs sont dues à la compression d'un nerf sensitif (surtout au chaussage) et au blocage mécanique de l'articulation par l'os qui pousse surtout vers le haut.

La perte de mobilité en flexion dorsale (vers le haut) du gros orteil (la flexion normale est d'environ 90°). Cette raideur se compense parfois par un excès de flexion dans l'articulation interphalangienne réalisant une « barquette ».



Gros orteil en « barquette »

La marche en supination : la douleur et la raideur du gros orteil entraînent sa mauvaise utilisation dans le déroulé du pas et une démarche sur le bord latéral du pied (5<sup>e</sup> orteil) pour esquiver, ce qui surcharge d'autant les autres orteils avec parfois des conséquences sur la posture à distance (cheville, genou, rachis).

**Quels sont les risques si on ne traite pas ?** En l'absence de traitement, généralement la douleur et la raideur empirent. L'évolution de l'arthrose reste cependant imprévisible. Votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez si on ne vous opère pas. N'hésitez pas à en discuter avec lui.

Vos difficultés pour marcher risquent d'augmenter. Dans le pire des cas, elles peuvent rendre les déplacements impossibles. C'est un problème considérable, notamment chez les personnes âgées qui perdent ainsi leur capacité à se débrouiller seules (autonomie). La mauvaise position que peut prendre le pied pour protéger de la douleur peut aussi entraîner des douleurs dans les articulations adjacentes (point d'appui sur le cinquième rayon, douleurs de la cheville, du genou ou lombaire...).

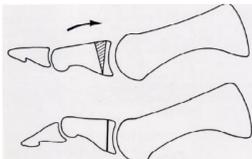
## QUELS SONT LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS ?

**Le traitement médical** Il peut soulager un certain temps mais n'a qu'un effet limité ; son objectif est de diminuer l'inflammation et de protéger le blocage mécanique douloureux en flexion dorsale : anti-inflammatoires non stéroïdiens, orthèses plantaires (semelles), orthoplasties (élément fait sur mesure en élastomère de silicone pour protéger la peau au chaussage), choix de chaussures à semelles rigides, injections intra-articulaires d'anti-inflammatoires stéroïdiens ou de viscosuppléments.

**Le traitement chirurgical** est envisagé en cas de douleurs articulaires rebelles et/ou d'une gêne au chaussage et/ou des douleurs au niveau des autres orteils par surcharge d'appui.

**L'arthrodèse, technique radicale** l'autre articulation du gros orteil, située entre les 2 phalanges, compense généralement la perte de mobilité et permet de dérouler le pas presque normalement, de marcher sur la pointe des pieds et de s'accroupir. Le chaussage est restreint avec un talon de 4 centimètres maximum. Ses modalités techniques sont très variables : très classique avec fixation par plaque et vis, mini invasive, voire percutanée ou sous arthroscopie.

**Les techniques conservatrices** visent à conserver sa mobilité au gros orteil. Elles consistent à décompresser l'articulation par résection élargie des ostéophytes (cheilectomie) isolée, ou en association à des fractures (ostéotomies) de la 1<sup>ère</sup> phalange et/ou du 1<sup>er</sup> métatarsien.



☞ **Cheilectomie** : c'est une exérèse de l'excès osseux surtout dorsal, jusqu'à obtenir 70 à 90° de flexion dorsale durant l'intervention, car la perte sera d'environ 50% secondairement. L'appui est autorisé immédiatement dans une chaussure rigide portée pendant 3 semaines.

La rééducation est immédiate : la mobilité est stable à 4 mois.

La douleur s'estompe vers le 3<sup>ème</sup> mois ; la reprise des activités légères (vélo, natation) peut alors commencer.

Le pont osseux ne récidive pas, mais le pincement articulaire progresse.

☞ **Ostéotomies de décompression** Dans la 1<sup>ère</sup> phalange ce peuvent être :

- une flexion dorsale pour augmenter le secteur

de mobilité et faciliter la phase finale du pas : c'est une technique souvent associée à la cheilectomie.

- un raccourcissement pour décompresser l'articulation et souvent en association à une ostéotomie du 1<sup>er</sup> métatarsien.

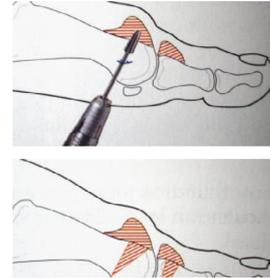
Ces ostéotomies sont fixées par vis ou agrafe.

Les ostéotomies du 1<sup>er</sup> métatarsien : leur but est de décompresser l'articulation et de corriger une anomalie anatomique ; elles sont souvent associées à une ostéotomie de la 1<sup>ère</sup> phalange et sont indiquées aux stades de début de la maladie.

Elles nécessitent le port d'une chaussure post-opératoire pendant 3 semaines. Les suites opératoires sont comparables à celles d'un hallux valgus.

Le choix de la meilleure technique peut aussi se décider durant l'intervention, en fonction de l'aspect articulaire et l'arthrodèse est souvent la plus raisonnable.

On y associe une cheilectomie sous contrôle de la vue (sauf dans l'arthrodèse ou l'articulation est bloquée). Toutefois cette technique reste très performante pour traiter la douleur, et elle est également idéale pour poncer un excès osseux dorsal du métatarsien gênant le chaussage.



## QUESTIONS FRÉQUENTES

**Est ce douloureux ?** Grâce à la prise en charge anesthésique et chirurgicale moderne, cette chirurgie réputée douloureuse ne l'est en principe plus.

**Quel est le type d'anesthésie ?** Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une anesthésie loco-régionale qui n'endort que le pied et la jambe. Néanmoins, dans certains cas (certains types d'intervention, malade anxieux, ...) il est nécessaire de réaliser une anesthésie générale.

**La chirurgie percutanée** C'est une technique régulièrement pratiquée en France depuis 2002 qui consiste à effectuer les gestes opératoires par des mini incisions en utilisant des instruments particuliers sous contrôle radiographique.

Dans certains cas les corrections obtenues, sont maintenues à l'aide du pansement post-opératoire

car les ostéotomies (sections d'os) ne sont pas fixées avec un matériel d'ostéosynthèse. Dans d'autres cas, le chirurgien pourra aussi fixer avec du matériel ce qui simplifiera les suites post-opératoires.

Les gestes réalisables dans l'hallux rigidus sont la cheilectomie, l'ostéotomie de flexion dorsale de la 1<sup>ère</sup> phalange, l'ostéotomie de flexion du col du 1<sup>er</sup> métatarsien et bien sûr, l'arthrodèse.

Le résultat sur la mobilité semble moins performant qu'avec les techniques ouvertes, probablement par un nettoyage plus rigoureux de l'articulation.

**Y-a-t-il des soins infirmiers ?** En règle générale, le premier pansement est refait par nos soins au cabinet le 15<sup>ème</sup> jour. Ensuite, une simple bande élastique cohésive, qui pourra être retirée quotidiennement pour la douche, permet de lutter contre l'œdème. Un film spécial peut être appliqué sur les plaies pour les protéger encore quelques jours. La douche est possible après ce premier pansement. En cas de douleur anormale, d'un écoulement ou de toute autre anomalie, il faut prendre contact avec le service pour revenir consulter, ne pas prendre d'antibiotiques (y compris en application locale).

**Peut-on opérer les deux pieds à la fois ?** Opérer un pied après l'autre ou opérer les deux pieds en même temps, sont des techniques parfaitement réalisables. Chaque façon de faire a ses avantages et ses inconvénients.

Opérer un pied après l'autre nécessite le même temps de récupération x 2 et donc un allongement de la durée totale. Cela a l'avantage d'avoir un pied valide en cas de rééducation, en cas de complications.

Opérer les deux pieds en même temps a l'avantage de ne réaliser qu'une anesthésie et un temps de récupération globale. Cela expose à un handicap immédiat ± important et d'une perte de bénéfice pour la rééducation du pied valide.

**Quand pourrais-je reconduire ?** Entre la 5<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine.

**Combien de temps suis-je arrêté(e) ?** L'arrêt de travail est compris entre 6 et 8 semaines et peut être prolongé jusqu'à trois mois si vous devez effectuer de longs trajets à pied ou si votre activité nécessite une station debout prolongée.

**Quand pourrais-je reprendre une activité sportive ?** La natation est autorisée au 30<sup>ème</sup> jour.

Le vélo peut être débuté au 45<sup>ème</sup> jour, les courtes marches après 2 mois.

Les joggers peuvent prudemment reprendre après le 4<sup>ème</sup> mois, à condition que les douleurs soient absentes.

Les sports d'impulsion (tennis, football, ...) ne sont pas recommandés.

**Quand puis-je voyager ?** Avant 6 à 8 semaines les vols long-courriers sont déconseillés pour le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.

En revanche un vol intérieur ou un voyage en train sont possibles dès la sortie de la clinique. Le matériel métallique que vous portez ne fait pas sonner les portiques de sécurité.

Les voyages touristiques avec marches sont possibles après 4<sup>ème</sup> mois.

**Quand pourrais-je me rechausser ?** La marche avec talons est possible généralement après le 4<sup>ème</sup> mois. Il est recommandé de ne pas dépasser 4 cm sauf de façon exceptionnelle (soirée).

**Serais-je remboursé de mes transport ?** Le remboursement pour les visites et l'hospitalisation est variable en fonction de votre centre de sécurité sociale qu'il vous faudra contacter.

**Le matériel implanté doit-il être retiré ?** En règle générale, il peut tout à fait rester en place et ne sera retiré qu'en cas de gêne, parfois tardive (après 1 an). Cependant dans certains cas, cette ablation est plus systématique.

**Qu'attendre de cette chirurgie ?** Les résultats ont été améliorés, d'une part par l'hyper-spécialisation, et d'autre part par l'émergence de nouvelles techniques moins invasives.

En cas de chirurgie qui conserve la mobilité, le geste ne règle pas le problème de l'arthrose. Il améliore les douleurs, le secteur de mobilité en agissant sur la décompression articulaire, sur la modification des axes ostéoarticulaires, en enlevant un conflit douloureux. L'arthrose va néanmoins progresser par elle-même.

En cas d'arthrodèse définitive, le geste va améliorer la douleur au prix d'une raideur complète. Cela apporte néanmoins dans la majorité des cas une satisfaction évidente.

## LES RISQUES DE CETTE CHIRURGIE

Les complications sont heureusement rares, mais il faut avoir conscience des risques, aussi minimes soient-ils. En effet, la survenue d'une complication rallonge souvent la récupération, compromet souvent le résultat attendu. Un traitement complémentaire, spécifique est souvent nécessaire. Cer-

taines de ces complications peuvent nécessiter des gestes chirurgicaux complémentaires ou une nouvelle opération. Si la plupart des complications guérissent avec des séquelles mineures, certaines peuvent laisser un handicap lourd, très important. L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Voici celles qui sont le plus couramment rencontrées et pour lesquelles nous réalisons une prévention active (cette liste n'est pas exhaustive) :

### Pendant l'intervention

**Des difficultés per-opératoires** peuvent se poser chez les personnes possédant des os particulièrement fragiles qui risquent de se casser, ou si le matériel que le chirurgien veut mettre en place ne s'accorde pas bien à vous.

**Les lésions neurovasculaires** L'opération n'est pas sans danger pour les vaisseaux sanguins et les nerfs qui passent à proximité de l'articulation. Même si chaque geste est parfaitement réglé, l'accident est possible, surtout en cas de fragilité particulière.

Ce sont des complications rares, elles peuvent être à l'origine de troubles de la sensibilité de l'orteil pour les lésions nerveuses.

En cas de lésions vasculaires : saignements importants (hémorragie), risque de nécrose et d'amputation si on parvient pas à réparer les vaisseaux. Heureusement cela reste exceptionnel. Il se peut que l'on ne s'en aperçoive qu'après l'opération.

**Les lésions tendineuses** De la même manière, il peut y avoir une blessure accidentelle d'un tendon fléchisseur ou extenseur de l'orteil. Cela entraîne bien entendu une perte de mobilité en flexion ou en extension.

**Les thromboses veineuses.** La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. Un fragment du caillot peut parfois se détacher et migrer vers les poumons : c'est l'embolie pulmonaire, ce qui entraînerait de graves risques pour votre santé.

Elles peuvent compliquer même une chirurgie bénigne. Avec une prévention bien conduite, celles-ci peuvent aussi se produire, mais elles sont moins fréquentes et surtout se compliquent rarement d'une embolie pulmonaire.

Les risques de thrombose sont devenus rares grâce aux exercices pour stimuler le retour veineux dans les jambes (bougez fréquemment. Toutes les heures, bougez vos pieds et vos chevilles. Contractez et relâchez les muscles de vos jambes et de vos

fessiers), au lever précoce, au traitement anticoagulant (qui fluidifie le sang) dès la veille de l'intervention et au port des bas de contention.

Vous avez plus de chances de présenter des caillots sanguins si vous avez des problèmes cardiaques ou de circulation sanguine, êtes inactif, avez un excédent de poids ou d'autres problèmes de santé comme le diabète. Avertissez votre chirurgien avant l'opération si vous avez déjà présenté un caillot sanguin dans le passé.

Prenez les anticoagulants selon les recommandations de votre chirurgien. Les anticoagulants sont utilisés pour prévenir la formation de caillots sanguins à la suite d'une opération à risque de thrombose veineuse. C'est le chirurgien qui décidera du nombre de jours de votre traitement, en fonction du risque que vous présentez. Les anticoagulants exigent une surveillance hématologique afin de s'assurer qu'ils n'interagissent pas avec des aliments ou d'autres médicaments et que la dose est appropriée.

**Les infections** Ce sont des complications sérieuses après un geste ostéo-articulaire. Leur fréquence est inférieure à 1% pour autant qu'une antibiothérapie péri-opératoire soit prescrite, que l'opération soit réalisée dans une enceinte ultra stérile. Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient. *La clé réside donc dans la prévention.* L'infection peut commencer dans votre articulation pendant la chirurgie, à l'hôpital ou lorsqu'une bactérie provient d'une autre partie de votre organisme. Vous courrez plus de risque de contracter une infection si votre système immunitaire est affaibli.

Les infections tardives sont rares mais toujours possibles. Les infections peuvent aussi être la conséquence de problèmes de cicatrisation surtout en cas de pied multi-opéré porteur de cicatrices.

Peut-on réduire le risque d'infection ? L'infection du site opératoire peut avoir des origines multiples, à partir des microbes de la peau :

- ☞ soit lors de l'intervention
- ☞ soit lors des semaines suivantes par la cicatrice, ou encore à distance de l'intervention à partir d'un autre foyer infectieux où le microbe se greffe par voie sanguine. Pour réduire le risque infectieux, il faut donc éradiquer les foyers infectieux et traiter les réservoirs de microbes pour diminuer les germes pathogènes tout en étant particulièrement vigilant chez les personnes plus sensibles aux infections (diabétiques, immuno-déprimés, ...).

En pratique, la prévention du risque infectieux comporte 3 phases chronologiques :

- ☞ Avant l'intervention :

- Mettez-vous en forme en mangeant sainement avant et après votre chirurgie.
  - Lavez-vous souvent les mains.
  - Suivez attentivement les directives pour prendre soin de la plaie.
  - Évitez les personnes qui ont un rhume ou une infection.
  - Cessez de fumer avant votre chirurgie.
  - Consultez votre médecin si vous soupçonnez ou si vous voyez des signes d'infection (fièvre, rougeur ou enflure d'une plaie, écoulement provenant d'une plaie, augmentation de la douleur pendant l'activité et au repos dans la région de la plaie . . . , hématome).
  - Faites vérifier votre état bucco-dentaire par votre dentiste
  - Éviter les infiltrations, piqûres au voisinage du pied
  - Reportez l'intervention en cas d'état fébrile ou de lésions cutanées sur le pied à opérer
  - Préparer la peau à l'intervention selon le protocole qui vous sera fourni par votre chirurgien (épilation, toilette avec un savon antiseptique . . .)
- ☞ Pendant l'intervention : Toutes les précautions sont prises pour limiter le risque infectieux. L'intervention se déroule selon un protocole précis, formalisé et connu de tous les intervenants et des contrôles de qualité sont fréquemment réalisés. L'air de la salle d'opération est décontaminé, les instruments, les vêtements sont stériles et à usage unique. Votre peau sera de nouveau désinfectée et vous recevrez également des antibiotiques pendant l'intervention selon le protocole du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.
- ☞ Après l'intervention et toute votre vie :
- En cas de fièvre ou d'infection (urinaire, dentaire, pulmonaire, angine, . . .) consulter votre médecin traitant afin de débiter le plus vite possible, si nécessaire, un traitement antibiotique.
  - Éviter les soins de pédicurie trop agressifs, éviter les infiltrations, piqûres au voisinage du pied et désinfecter soigneusement toutes les lésions cutanées locales.
  - Enfin en cas d'apparition de douleurs du pied opéré et à fortiori si en plus vous avez de la fièvre ou une cicatrice inflammatoire, consultez rapidement votre chirurgien.

**Tabac** Un certain nombre de complications est très significativement augmenté par une intoxication tabagique (trouble de cicatrisation, infection, problème de consolidation osseuse) : l'arrêt du tabac est donc INDISPENSABLE au moins 3 mois AVANT tout geste chirurgical programmé.

**L'hématome** Il peut s'accompagner de douleurs lancinantes et est un facteur favorisant les infections. Il peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » du pied opéré, régulièrement jusqu'à sa disparition en trois semaines environ. Il peut être excessif et nécessiter une ponction, voire une intervention pour l'évacuer. Ce risque est prévenu par une coagulation vasculaire soigneuse pendant l'intervention et par l'utilisation d'un bandage compressif. À l'inverse, l'ecchymose (coloration bleue de la peau) est habituelle.

On le prévient en suivant les consignes post-opératoires de prudence à la reprise de la marche dans les premiers jours.

**syndrome douloureux régional ou algodystrophie** - 3% (il s'agit d'une réaction réflexe de l'organisme à une agression et chez certaines personnes en particulier : cela se traduit par essentiellement par des douleurs et un enraidissement des articulations au voisinage de la zone opérée et parfois plus à distance).

Afin de prévenir spécifiquement ce risque et d'en diminuer l'incidence de 50%, un traitement de vitamine C à la dose d'un gramme par jour durant 3 semaines en commençant la veille de l'intervention peut vous être prescrit.

**L'arthrose** peut progresser sauf en cas d'arthrodèse (blocage articulaire).

**Les troubles de la cicatrisation (simple retard ou désunion)** sont plutôt associés à la technique classique où la cicatrice est plus importante. Ils sont favorisés par une reprise précoce des activités ou un hématome post-opératoire et augmentent le risque infectieux.

**Les complications osseuses** en raison des coupes réalisées sur les os (ostéotomies) et de l'immobilisation partielle qui suit l'intervention, vos os sont moins solides et risquent de se casser plus facilement (fracture) ou de se déplacer plus facilement (déplacement secondaire) ou consolider en position anormale (cal vicieux).

Il faut donc être très prudent quand vous recommencez appuyer sur l'avant de votre pied. Il faut éviter tout choc dessus ainsi que les marches prolongées pendant 2 à 4 mois. Les retards de consolidation sont parfois observés jusqu'à 1 an, rarement plus et peuvent s'accompagner de douleurs ;

Les pseudarthroses ou pseudarthrodèses (absence de consolidation d'un foyer d'ostéotomie ou

d'une arthrodèse) ne seront réopérées si elles sont douloureuses. Les nécroses osseuses (perte de substance dans la zone d'ostéotomie) sont exceptionnelles.

### Les complications générales

**Délire postopératoire** Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.

**Rétention urinaire** L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.

**Nausées** L'alimentation par voie intraveineuse est généralement suffisante. Une fois que votre estomac fonctionne normalement, vous pouvez recommencer à vous alimenter comme d'habitude. Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.

**Réactions allergiques** Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Les réactions à la pénicilline, aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en l'infirmière immédiatement.

**Court-on un risque vital en se faisant opérer?** Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves

du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

## QUELLES SONT LES SÉQUELLES POSSIBLES ?

**La persistance de douleur** La douleur est soulagée par le nettoyage des ostéophytes qui permet la décompression du nerf dorsal et la suppression de la butée osseuse. Des douleurs résiduelles liées à l'arthrose sont souvent tolérables.

Rarement, les douleurs sont aggravées par l'augmentation du secteur de mobilité et nécessitent une arthrodèse métatarso-phalangienne du gros orteil.

**La persistance d'une raideur plus ou moins importante du gros orteil** L'intervention peut améliorer la mobilité la flexion dorsale mais l'articulation reste limitée en flexion plantaire. Cette raideur est souvent liée à la qualité des tissus et du cartilage du patient, déterminante et non prévisible.

Elle peut être prévenue par la mobilisation douce et précoce, mobilisation passive ou à l'aide d'un appareillage.

**Le gonflement (œdème)** n'est pas à proprement parler une complication, mais un élément normal des suites opératoires, surtout en cas de chirurgie percutanée. Il dépend bien sûr du nombre de fractures nécessaires à traiter votre cas, mais également de particularités qui vous sont propres, en particulier, la qualité de votre réseau veineux. Selon son importance, il sera pris spécifiquement en charge par des cataplasmes d'argile verte qu'il est fortement conseillé de démarrer dès la fin du premier mois (la cicatrisation cutanée doit être parfaite), voire, des drainages lymphatiques fait par le kinésithérapeute.

**Une insuffisance de récupération musculaire** Il est possible de ressentir une certaine perte de force en particulier en flexion du gros orteil. Cela peut entraîner un défaut d'accrochage au sol du gros orteil et par conséquent une gêne à la marche.

*Rassurez-vous, votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter.*

*En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre*

cas.

#### EN RÉSUMÉ

**Quelques questions** que vous devez vous poser ou demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

Y a-t-il d'autres solutions pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience? Quel est le temps opératoire? Quelle est la durée de l'hospitalisation?

Aurai-je beaucoup de douleurs? Comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives? Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) : .....