

Informations

Maladie de Morton

QU'EST CE QUE C'EST ?

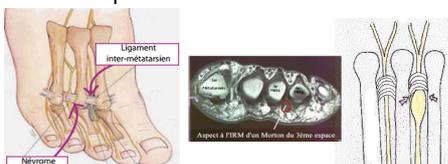
Les signes du Morton Le diagnostic se fait essentiellement sur l'interrogatoire : le patient décrit une douleur importante à type de brûlure, décharge électrique, « clou » localisée à la face plantaire de la région des têtes métatarsiennes, parfois très précise, pouvant irradier vers les orteils ou au contraire vers la jambe (prise à tort pour une sciatique). Elle est souvent déclenchée par la station debout, une marche prolongée, un footing, ou un sport sollicitant la flexion dorsale des orteils, le port de chaussures étroites ou à talons hauts, parfois par un traumatisme aigu (marche sur un objet pointu, chute sur l'avant-pied). Typiquement, cette douleur cède lorsque le patient se déchausse et masse la zone douloureuse. La douleur peut ensuite devenir permanente et s'accompagner d'une modification de la sensibilité des orteils concernés. Parfois, il s'agit de crampes ou de fourmillements au niveau des orteils.

Les facteurs favorisants

- Un terrain neurologique (antécédents de sciatique, canal carpien.)
- Un trouble statique : pied creux, griffes d'orteils, hallux valgus, polyarthrite
- Le mode de vie : piétinements, marches prolongées, chaussures

La localisation Le 3^{ème} espace inter-métatarsien le plus souvent avec parfois une douleur strictement localisée au 4^{ème} orteil.

Le 2^{ème} espace est moins fréquent. L'atteinte concomitante des 2^{ème} et 3^{ème} espaces est rare, mais les localisations bilatérales sont possibles avec souvent un seul pied douloureux.



Névrome de Morton

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.

Dr Christian LEONARDI

Les examens complémentaires

- L'échographie spécialisée confirme l'existence d'un névrome (ou d'une bursite), le mesure et élimine d'autres pathologies de l'avant-pied pouvant contre-indiquer une infiltration.
- La radiographie du pied en charge évalue d'éventuels troubles statiques associés
- L'IRM est un examen coûteux et souvent décevant pour ce diagnostic.
- L'électromyogramme est exceptionnellement utile en cas de doute.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES ?

Le traitement médical est plus efficace si il est précoce (avant le 4^{ème} mois)

- Conseils de chaussage : large à l'avant du pied, petit talon, semelles plus rigides
- Orthèses plantaires (semelles) avec appui rétro-capital (renflement à l'arrière des têtes métatarsiennes) souvent très efficace.
- Rééducation à type d'étirements postérieurs (Mézières) dans certains cas.
- Infiltrations de cortisone dans les cas rebelles à condition d'une certitude diagnostique (échographie préalable) : 1 à 2 en général.

Dans cette pathologie, un nerf plantaire est comprimé lors de son passage sous un ligament unissant deux os métatarsiens adjacents soit car il est malade lui même (« névrome ») soit par un élément extérieur inflammé (« bursite »).

QU'EST CE QUE LE TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

C'est la libération ou la résection du névrome de Morton, qui est due à la compression d'un nerf entre deux os de l'avant pied, le plus fréquemment entre le troisième et quatrième métatarsien.

La souffrance nerveuse entraîne une augmentation de volume du nerf (névrome) et des douleurs au niveau des orteils.

Le traitement chirurgical intervient lorsque le traitement médical (semelles, étirements, infiltration ?) n'est plus efficace après échec d'un traitement médical adapté au moins 6 mois. En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers l'augmentation de l'intensité et de la fréquence des douleurs.

Quelles sont les techniques ? Il y a 3 attitudes :

- La neurolyse ou libération du nerf comprimé (comme le canal carpien à la main). Elle supprime la douleur violente mais peut laisser persister un inconfort pendant parfois 2 ans ; c'est la 1^{ère} intervention recommandée. Le résultat peut être insuffisant. Une récurrence à long terme reste possible. On peut la réaliser soit classiquement, en ouvrant entre les orteils à la face dorsale du pied, soit par méthode percutanée en sectionnant par une incision de 2mm le ligament responsable de la striction, soit par méthode endoscopique, en contrôlant par la vue cette section.
- La chirurgie percutanée combinant neurolyse et ostéotomie des 3^{ème} et 4^{ème} métatarsiens (parfois aussi du 2^{ème}) pour régler les appuis antérieurs ; c'est actuellement la technique la plus logique en cas de troubles statiques de l'avant-pied intriqués.
- La neurectomie ou résection du nerf est une solution ultime. Elle entraîne une anesthésie des orteils concernés ; elle peut se compliquer d'un névrome cicatriciel sur la tranche de section du nerf et nécessiter une reprise chirurgicale.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il vous a été proposé une libération ou une résection du nerf. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

Avant le traitement Un examen clinique permet de faire le diagnostic et de poser l'indication. Une échographie ou une IRM peuvent être utiles en complément.

COMMENT SE PASSE L'INTERVENTION ?

A quoi s'attendre à l'hôpital Le moment de votre chirurgie est arrivé ! Votre médecin vous aura informé du moment où vous devez arrêter de boire et de manger en vue de vous préparer pour l'opération. Si vous prenez des médicaments à prise quotidienne, demandez à votre médecin si vous devez quand même les prendre le matin de la chirurgie.

Bien que chaque hôpital ait sa propre manière de procéder, le processus de base, quant à lui, est commun à tous les hôpitaux. Un membre du personnel vous fournira des vêtements d'hôpital, un bracelet d'identification ainsi que des explications sur ce qui va se passer dans le bloc opératoire. Il se peut également que l'on vous pose des questions sur vos antécédents médicaux et que l'on vérifie votre température, votre pouls, votre respiration et votre tension artérielle.

Afin d'assurer votre tranquillité d'esprit et votre sécurité, sachez quelle articulation ou quel membre devra être opéré. Confirmez-le avec le personnel infirmier et le chirurgien. Dans certains hôpitaux, le chirurgien appose ses initiales à l'endroit approprié sur le formulaire de consentement avant la chirurgie. Vérifiez si la chirurgie indiquée sur ce formulaire correspond à votre chirurgie.

Il se peut que l'on vous administre des liquides et des médicaments par tubulure intraveineuse pendant la chirurgie. Il se peut également que l'anesthésiste ne vienne vous voir que juste avant l'opération.

Votre chirurgie Une fois dans la salle d'opération, on vous préparera pour l'opération. On vous lavera et vous couvrira le corps de draps à l'exception de la région de la chirurgie. On vous administrera le type d'anesthésie dont on avait discuté avec vous au préalable et on procédera ensuite à la chirurgie.

La durée de l'intervention dépendra du type de chirurgie. Il se peut que l'on insère une sonde dans votre vessie afin d'en évacuer l'urine.

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale. La cicatrice est réalisée, soit sur le dessus du pied, soit entre les orteils.

Le chirurgien réalisera, en fonction des besoins, soit une libération du nerf en le laissant en place, soit une résection de la zone abîmée.

Après la chirurgie, on vous transportera vers la salle de réveil ou l'unité de soins post-anesthésie pour vérifier votre tension artérielle, votre pouls et votre respiration. Un analgésique, médicament contre la douleur, vous sera administré par voie intraveineuse ou par injection. On vous demandera de faire des respirations profondes et peut-être des exercices pour assurer une bonne circulation sanguine. Vous subirez peut-être une radiographie.

Si vous avez subi une chirurgie plus importante, on vous amènera à votre chambre environ deux heures après la chirurgie. A ce moment, l'infirmière vérifiera l'état de votre pansement, et il est possible que vous recommenciez à prendre vos médicaments. Un analgésique vous sera alors administré soit par injection, soit sous forme de comprimés. Vous pourrez peut-être prendre des boissons claires et manger léger si vous le souhaitez. Le chirurgien viendra vous voir ou votre famille pour discuter de l'opération.

L'intervention

La voie de la guérison. Après la chirurgie, la priorité est votre confort, votre guérison et votre rétablissement. La réduction de la douleur au minimum et la prévention des complications sont des éléments essentiels pour y parvenir.

Réduire la douleur.

- Réduire la douleur le plus possible est un élément important pour votre guérison. Si votre corps est stressé en raison de la douleur, votre guérison peut être plus longue. Chaque personne est unique quand il est question de méthodes de soulagement de la douleur les plus efficaces. Il peut donc être nécessaire d'essayer différents médicaments et différentes doses pour trouver le traitement qui vous convient le mieux.
- Il existe plusieurs façons de soulager la douleur après la chirurgie. Les médicaments peuvent être administrés par injection, dans le cadre de l'anesthésie péridurale et/ou d'un blocage nerveux effectué par l'anesthésiste, ou simplement sous forme de comprimés pendant votre rétablissement. L'anesthésiste vous expliquera la ou les méthodes qui seront utilisées pendant votre rétablissement.
- Il est important que vous parliez de votre douleur aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent bien comprendre son type. Une façon courante de mesurer la douleur est de l'évaluer selon une échelle de zéro à dix, zéro équivaut à aucune douleur et dix, à la pire douleur possible et imaginable. Des mots comme « douleur continue », « sensation de brûlure », « sensation de cuisson » et « douleur pulsatile (ou battante) » sont utiles pour décrire la douleur. En la décrivant ainsi, vous aiderez votre équipe soignante à mieux comprendre la nature de votre douleur et à choisir le meilleur traitement.

Soins de la plaie opératoire, des points de suture. Votre infirmière ou votre médecin vous donnera les directives sur la façon de prendre soin de

votre plaie opératoire et de vos points de suture. Informez-vous auprès de l'infirmière ou du médecin si vous ne comprenez pas comment changer vos pansements. Prenez soin de la plaie et des points de suture avec précaution et suivez toutes les directives afin d'assurer une guérison adéquate et de réduire au minimum la taille de la cicatrice. Évitez de vous exposer à l'eau ou à l'humidité pendant les premières 24 heures. Ensuite, suivez les recommandations pour changer votre pansement. Il est important de faire enlever vos points de suture le jour désigné par le chirurgien.

Voici les signes d'une infection ou d'autres complications :

- Rougeur qui s'étend au-delà du pourtour de la plaie
- Température dépassant 38 degré
- Coloration ou écoulement inhabituel, y compris pus
- Sensibilité au toucher ou enflure inhabituelles (Vous ressentirez la plus vive sensibilité au toucher le deuxième jour, mais elle devrait s'estomper par la suite)

Si vous présentez un ou plusieurs de ces symptômes, communiquez avec votre médecin immédiatement. Si votre médecin ne peut vous recevoir la journée même, présentez-vous à l'urgence de l'hôpital le plus près afin d'être examiné et traité.

Après l'intervention chirurgicale.

- Vous pourriez une radiographie de contrôle.
- Vous pourriez subir des prises de sang pour des analyses.
- Vous devriez pouvoir manger et boire tout ce que vous pouvez tolérer.
- Vous pourriez recommencer à prendre vos médicaments habituels et des médicaments pour maîtriser la douleur.
- Il se peut que l'on retire le cathéter, s'il y a lieu, et que l'on vous demande de vous lever et d'utiliser les toilettes.
- Un traitement anti-douleur est systématiquement instauré.

Préparer le retour à la maison. La durée de votre séjour à l'hôpital dépendra de votre état de santé général. Vous sortez le jour même ou le lendemain. Avant de quitter l'hôpital :

- on vous avisera des soins.
- On vous informera des restrictions qui s'appliquent entre autres à l'exercice, au bain, à l'alimentation, etc...
- Vous recevrez une ordonnance pour tous les médicaments dont vous aurez besoin.

- La planification de votre sortie de l'hôpital sera revue avec vous. Dans la plupart des cas, vous devrez trouver quelqu'un pour vous ramener à la maison.

Le reste de votre rétablissement et de votre réadaptation commence une fois que vous êtes à la maison. Ce sera un travail difficile, mais faire de l'activité aidera votre organisme à guérir et contribuera à vous faire sentir mieux, ce qui entraînera une plus grande mobilité, une réduction de la douleur et une plus grande liberté de faire les choses que vous aimez.

A quoi devez-vous vous attendre ? Il est assez courant de continuer à ressentir de la douleur autour de la zone opératoire. La mobilisation des orteils peut-être difficile pendant quelques jours.

Un œdème du membre opéré est habituel. C'est pourquoi il vous est recommandé de garder le pied surélevé.

La reprise de la conduite automobile et de l'activité professionnelle dépendront de votre récupération.

Plusieurs mois peuvent s'écouler avant que vous n'obteniez les résultats escomptés, donc ne vous découragez pas. Vous connaîtrez une amélioration progressive plusieurs mois après la chirurgie. Par la suite, l'amélioration se fait lentement. Il a été démontré que même après un an ou plus, l'activité peut augmenter à mesure que la force musculaire continue à s'améliorer.

Visites de suivi Votre chirurgien vous demandera de revenir pour des visites de suivi. Vous serez revu en consultation avec des radiographies. Les échéanciers des consultations peuvent être différents puisque chaque personne guérit différemment.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Le résultat attendu est la disparition des douleurs, il est obtenu en quatre à douze semaines, avec un chaussage normal et l'absence de limitation sportive. Les résultats ont été améliorés par l'hyperspécialisation des praticiens, et l'amélioration récente des connaissances. Le taux de bons et très bons résultats est compris entre 80% et 90%.

La durée d'évolution et le résultat final sont très variables. Les séquelles sont fréquentes, liées au type de pathologie, et à d'autres éléments imprévisibles.

COMPLICATIONS

Tout acte opératoire comporte des risques et la présence de maladies associées peut majorer ces risques. La liste suivante n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

Quels sont les principaux inconvénients et risques précoces éventuels de l'intervention ?

l'hématome reste la complication principale. Il peut s'accompagner de douleurs lancinantes et est un facteur favorisant les infections. On le prévient en suivant les consignes post-opératoires de prudence à la reprise de la marche dans les premiers jours. Une fois avéré, il nécessite un glaçage régulier jusqu'à sa disparition en trois semaines environ.

Le risque infectieux est une complication exceptionnelle mais grave. Ce risque infectieux est un peu plus important si vous avez des facteurs de risques particuliers. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection. Vous courez plus de risque de contracter une infection si votre système immunitaire est affaibli.

Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient. La clé réside donc dans la prévention. L'infection peut commencer dans le site opératoire pendant la chirurgie, à l'hôpital ou lorsqu'une bactérie provient d'une autre partie de votre organisme. Une infection peut survenir tardivement. Voici comment prévenir l'infection :

- Mettez-vous en forme en mangeant sainement.
- Prenez les antibiotiques que vous recevrez après la chirurgie, si ils vous sont prescrits.
- 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).

Cela impose le plus souvent une ré-intervention (pour nettoyer la zone opératoire) et la prise prolongée d'antibiotiques.

Les ennus cicatriciels : les cicatrices sont exposées aux désunions de la cicatrice, nécroses (mort de la peau). Cela peut nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau, un lambeau cutané (plasticité cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation. Elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

Les troubles sensitifs. Les récurrences sont rares. En cas de résection du nerf, une insensibilité partielle des orteils surviendra.

Un œdème. n'est pas à proprement parler une complication, mais un élément normal des suites opératoires. Là encore, il apparaît essentiellement en cas de fractures associées et dépend non seulement de leur nombre, mais également de particularités qui vous sont propres, en particulier, la qualité de votre réseau veineux. Pour aider à réduire l'enflure, élevez le membre opéré dans la mesure du possible. Selon son importance, il sera pris spécifiquement en charge par des cataplasmes d'argile verte qu'il est fortement conseillé de commencer dès la fin du premier mois (la cicatrisation cutanée doit être parfaite), voire, des drainages lymphatiques fait par le kinésithérapeute.

Les complications veineuses. La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. La phlébite peut survenir en dépit du traitement anticoagulant. 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. 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. 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.

La chirurgie de l'avant-pied n'est pas reconnue comme favorisant les phlébites. La prévention par une piqûre quotidienne d'héparine n'est donc pas nécessaire à moins que l'équipe médicale ne relève un ou plusieurs facteurs de risque reconnu(s) qui conduiraient à mettre en place un tel traitement pour une courte période.

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 importante de la jambe. C'est le chirurgien qui décidera du nombre de jours de votre traitement, en fonction du risque que vous présentez. La présentation des anticoagulants varie, sous forme de comprimés ou de solution injectable. Certains d'entre eux 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, tandis que d'autres ne requièrent pas cette surveillance.

Les complications cardiovasculaires. Les deux complications cardiaques postopératoires les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie. Assurez-vous de parler de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.

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.

Quels sont les principaux inconvénients et risques tardifs éventuels de l'intervention ?

Une déformation de l'orteil (cal vicieux) souvent par raccourcissement ou par tassement secondaire, n'est pas rare. Si ses conséquences sont importantes, cela peut justifier une intervention secondaire.

La récurrence est exceptionnelle

L'algoneurodystrophie ou algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris, responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à une raideur de l'articulation, et des articulations du voisinage. 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.

Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur.

l'anesthésie (perte de sensibilité) entre les deux orteils est obligatoire en cas de neurectomie ; en cas de neurolyse, le nerf peut être abîmé, entraînant une diminution de la sensibilité (hypoesthésie), ou plus rarement des fourmis (paresthésies).

Des douleurs en regard ou au voisinage de la zone opératoire peuvent persister. Leur explication

peut être liée aux anomalies de la cicatrice, à l'atteinte des petits nerfs cutanés, aux séquelles...

La raideur Une raideur temporaire peut être observée et peut justifier une rééducation complémentaire. Une diminution séquellaire de la mobilité du poignet, ou des doigts n'est pas rare, fonction de la fracture et des possibilités chirurgicales.

Les complications osseuses (uniquement en cas d'ostéotomie associée) : en raison des coupes réalisées sur les os, de l'immobilisation partielle qui suit l'intervention, et du fait qu'en général il n'y a pas de matériel d'ostéosynthèse, vos os sont moins solides et risquent 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 et d'un gonflement du pied. Les pseudarthroses (absence de consolidation) sont exceptionnelles et ne seront réopérées que si elles sont douloureuses.

Les nécroses osseuses (mort de l'os autour de la zone d'ostéotomie) sont elles aussi rares et plutôt l'apanage des chirurgies agressives.

Enfin, l'arthrose postopératoire est exceptionnelle nécessitant parfois la réalisation d'une chirurgie de reprise.

Court-on un risque vital ? 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). A 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.

Si l'équipe médicale vous propose cette intervention, c'est que le bénéfice attendu est incomparablement supérieur aux risques encourus. **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

Les suites sont souvent faciles. La difficulté réside au diagnostic initial. De nombreuses pathologies locales peuvent donner la même symptomatologie, sans qu'il soit possible parfois de faire la différence. Ceci explique les rares cas d'échec et de symptomatologie persistante après le geste de libération.

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) :