



## FICHE D'INFORMATIONS PRATIQUES CONCERNANT LA CHIRURGIE DE L'AVANT-PIED

### 1. GENERALITES

Les techniques chirurgicales et de gestion du confort du patient en postopératoire ont beaucoup évolué depuis 20 ans. La chirurgie du pied garde à tort la réputation d'être douloureuse. **La prise en charge de la douleur est aujourd'hui pourtant prioritaire.** Les techniques disponibles vous seront détaillées notamment lors de la consultation d'anesthésie à Santy.

La récupération reste longue. **Le gonflement post-opératoire, indolore, dure en moyenne 2 à 3 mois**, mais il peut persister jusqu'à 6 mois, en fonction du geste chirurgical réalisé et de votre terrain circulatoire. Un chaussage « fin » ne sera pas possible avant au moins 3 mois.

**Il n'est pas recommandé de faire les deux pieds à la fois.** La nécessité de partager entre les deux cotés les doses de produit anesthésiant utilisé peut rendre cette chirurgie douloureuse. De plus, le handicap immédiat est bien plus important et la récupération souvent plus longue au final. **En moyenne, il faut compter 2-3 mois en les 2 interventions, mais certains patients se feront opérer plus rapidement** (1mois, en raison d'impératifs professionnels ou de douleurs invalidantes), d'autres attendront un an ou plus.



## **2. CONSIGNES AVANT VOTRE HOSPITALISATION**

**Renvoyez le consentement signé** qui vous a été remis lors de la consultation, en conservant une photocopie. C'est aujourd'hui la condition légale pour que vous soyez opéré.

Achetez la **paire de chaussures de décharge** (HALTEN de chez PODONOV ou GEMINI de chez ISO, détails fournis par le secrétariat du chirurgien), qui vous a été prescrite. **Il vous faudra absolument vous munir de cette paire de chaussures le jour de l'intervention.** L'appui total et immédiat sera autorisé avec ces chaussures. Les béquilles sont parfois utiles 1 ou 2 jours le temps de retrouver de bonnes sensations à la marche.

Coupez vos ongles courts, enlevez le vernis à ongle et éventuellement ayez recours à des soins de pédicurie si cela est difficile. Traitez les problèmes mycosiques éventuels. **Observez une hygiène stricte des pieds** avec des bains de pied quotidiens, la semaine précédant la chirurgie.

Signalez (au secrétariat du chirurgien, par téléphone ou e-mail) tout problème infectieux général (respiratoire, urinaire, ou autre) ou local (plaie, ongle incarné). Celui-ci pourrait conduire à reporter votre intervention.

**Le tabagisme majore nettement les complications** : troubles de cicatrisation et infection secondaire, non consolidation des corrections ou fusions osseuses. **La chirurgie ne sera pratiquée que si vous arrêtez tout tabagisme au moins 6 semaines avant et 3 mois après l'intervention.** Soyez honnête vis-à-vis de cet engagement ; parlez-en avec votre médecin traitant, un tabacologue ou encore hypnothérapeute ; n'hésitez pas à demander un report d'intervention à votre chirurgien si le sevrage est difficile à mettre en place.

## **3. SEJOUR AMBULATOIRE**

**Le retour à domicile a lieu le jour même dans l'immense majorité des cas** (« chirurgie dite ambulatoire »). **La chirurgie de l'avant pied ne nécessite pas de centre de rééducation.** Une maison de convalescence n'est pas nécessaire (la marche étant possible avec la paire de chaussures de décharge prescrite).

Pendant l'hospitalisation, c'est le bulletin de séjour qui fait fonction d'arrêt de travail.

Lors de votre départ, il vous sera remis :

- un arrêt de travail (2 mois maximum selon les référentiels de l'assurance maladie)
- des prescriptions médicales (anticoagulants non systématiques, antalgiques)
- le prochain rendez-vous de consultation
- le matériel pour les pansements qu'il vous faudra apporter lors de la 1ère consultation
- une ordonnance pour soins infirmiers, à débiter **APRES** la 1ère consultation postopératoire

**- En revanche, le compte rendu opératoire vous sera secondairement adressé**

**NB : le bon de transport n'est pas un droit, mais une prescription médicale**

- il ne peut pas être délivrée après réalisation du transport
- aucun bon de transport ne sera délivré pour l'admission de votre hospitalisation
- celui-ci est pris en charge par la sécurité sociale uniquement pour la sortie d'hospitalisation, et vous sera prescrit si aucun membre de votre famille ne peut venir vous chercher
- pour les consultations, les transports ne sont pris en charge que si vous êtes en affection longue durée relativement à la pathologie de votre pied

#### **4. PERIODE POST-OPERATOIRE IMMEDIATE**

Le pansement fait au bloc opératoire (constituant une sorte de « plâtre mou ») est à conserver sans être refait (sauf en cas de problème majeur: trop compressif ou souillé et perméable) jusqu'à la première consultation avec le chirurgien entre le 5<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> jour après l'intervention.

La **marche est possible avec une chaussure orthopédique de décharge pour 1 mois** (voire 45 jours si fusion du gros orteil). Puis le relai se fait pour un mois complémentaire par une chaussure plutôt large et souple, plate (type basket).

Pour lutter contre l'œdème (en particulier les 3-4 premiers jours postopératoires), vous devez **garder le pied surélevé** lorsque vous êtes en position assise ; et surélever les pieds de votre lit, au minimum les 15 premiers jours. Vous pouvez faire des exercices d'auto-rééducation active (mobilisation volontaire de vos orteils et de votre pied). Il est conseillé de limiter la marche à 15 min toutes les 2 heures. Mettez un pack de froid sur votre pied pendant 10 min à renouveler autant que nécessaire, toutes les 2 heures au début si besoin.

Les **douches nécessitent de protéger impérativement le pansement** de votre pied avec un sac plastique hermétique.

Les douleurs ont considérablement diminué grâce à la modification des techniques (petites incisions, stabilité des montages) et à l'amélioration des techniques d'anesthésie. **La majorité des patients ne ressent qu'une douleur modérée et de courte durée (2 à 5 jours)**. Parmi les prescriptions médicamenteuses, **la prise de Vitamine C pendant 45 jours** est indispensable pour améliorer l'efficacité des traitements de la douleur. La chaussette de contention doit être conservée pendant 3 semaines du côté opposé à la chirurgie. Un traitement anticoagulant n'est prescrit qu'en cas d'antécédent personnel de phlébite.

En cas de problèmes (douleurs, fièvre ...), mettez-vous en contact rapidement avec le secrétariat du chirurgien (heures ouvrables). Il est toujours possible, en urgence, de montrer votre pansement à une infirmière libérale ou aux urgences.

#### **5. CONSULTATIONS POST-OPERATOIRES**

Les consultations post-opératoires ont lieu : environ une semaine après la chirurgie (pour le premier pansement) et à la 6<sup>eme</sup> semaine avec le chirurgien, afin de contrôler la cicatrisation, de pratiquer des radiographies de contrôle (qui vous seront remises pour être montrées à votre médecin et à votre kinésithérapeute) et de vous prescrire éventuellement de la rééducation.

#### **6. QUESTIONS PRATIQUES**

##### **Reprise de l'appui**

En cas d'immobilisation par chaussure de décharge, la reprise de l'appui avec un chaussage standard large (basket ...) s'effectue à la fin du 1<sup>er</sup> mois (ou à 45 jours en cas de fusion du gros orteil), au début, pied à plat. **La conduite automobile n'est pas autorisée avant la fin de la 4<sup>eme</sup> à 6<sup>eme</sup> semaine (délai moyen pour obtenir la consolidation des gestes osseux réalisés). Il faut en général presque un an pour oublier son pied opéré.**

## Rééducation

Si nécessaire, elle est débutée par le kiné à partir de la 2<sup>e</sup> consultation. Elle comporte des massages et du drainage lymphatique, une récupération douce des amplitudes articulaires, puis un travail du déroulement du pas antérieur.

Par ailleurs, des **consignes d'auto-rééducation** vous seront rappelées lors de l'hospitalisation et lors des visites de contrôle : **exercice d'agrippement** (en appui sans la chaussure) du sol avec vos orteils, à débiter le 5<sup>ème</sup> jour après la chirurgie (10 à 15 minutes par jour) **massage de la cicatrice** et **mobilisation passive avec votre main**, des articulations de votre avant pied, à débiter dès l'ablation du 1<sup>e</sup> pansement (2<sup>e</sup> semaine) et à poursuivre 15 à 20 minutes par jour pendant 6 mois.

## Lutte contre le gonflement articulaire

**Garder au maximum les jambes surélevées** quand vous êtes au repos. Après l'ablation des fils, il n'y a plus de pansement à faire, si l'œdème est majeur, un **bandage compressif** de l'avant-pied pourra vous être prescrit et appliqué sur l'avant-pied, dès le lever et retiré avant le coucher, pendant 2 à 3 mois en fonction du gonflement. A partir de la 6<sup>ème</sup> semaine, faire de façon quotidienne des **bains d'eau froide du pied en fin de journée** ou si l'œdème est important, des **bains alternés** : c'est à dire prendre une cuvette d'eau chaude et une cuvette d'eau froide (en rajoutant des glaçons), tremper le pied alternativement dans l'eau chaude et dans l'eau froide plusieurs fois, en restant au moins une minute à chaque fois et en terminant par l'eau froide.

Sachez que l'œdème sera directement proportionnel à l'âge, au poids, à l'insuffisance veineuse, à la température extérieure et à votre niveau d'activité.

## Reprise des activités physiques et sportives

Il faut en moyenne 3 mois pour que les corrections osseuses réalisées soient parfaitement solides. La feuille de route habituelle est la suivante :

4<sup>e</sup> semaine: reprise conduite automobile

8<sup>e</sup> semaine: reprise vélo balade et elliptique -aquagym -yoga -pilates

10<sup>e</sup> semaine: reprise marche nordique et randonnée

à partir du 4<sup>e</sup> mois : reprise gym intensive avec sauts- impulsions - course à pied

Toute reprise d'activité doit être réalisée **progressivement et fonction de vos douleurs résiduelles**.

## Reprise du chaussage « normal »

La reprise d'un chaussage « esthétique » est plus ou moins précoce (rarement avant la fin du 3<sup>ème</sup> mois, plutôt la fin du 4<sup>e</sup> mois pour les talons), en fonction de l'œdème résiduel lié à votre terrain circulatoire. **La cicatrice ne doit pas être exposée au soleil pendant au moins 6 mois**  
En cas de nécessité et/ou de douleurs résiduelles, une orthèse plantaire complémentaire vous sera prescrite secondairement.

## Rétraction du triceps et étirements

Certaines métatarsalgies (douleurs sous l'avant du pied, en dehors du gros orteil) sont liées à une rétraction des muscles jumeaux du mollet (rentrant dans la composition du tendon d'Achille). Un certain nombre d'exercices pourront alors être utiles. Vous devrez les réaliser de façon quotidienne pendant 15 minutes: deux pieds joints (genou en extension - dos droit) en appui sur une marche d'escalier (à mi-distance de la longueur des pieds), descendre les talons

(en basculant tout le poids en arrière) le plus bas possible, maintenir la position 10 secondes, se relâcher, recommencer 20 fois (faire 3 séries de 20 exercices). Installer un plan incliné ou une petite marche dans la salle de bain en regard de l'évier pour ainsi régulièrement étirer l'arrière de votre cheville.

### **Ablation du matériel**

**Le matériel métallique peut rester en place.** Les vis sont placées au ras de la surface osseuse mais l'amincissement naturel de l'os qui se produit au cours de la première année peut les rendre progressivement plus saillantes.

Il peut exister plusieurs avantages à retirer le matériel dans les 18 mois qui suivent l'opération :

- Retirer un matériel qui peut être à l'origine d'une inflammation ou d'un conflit par saillie.
- Mobiliser une articulation enraidie
- En profiter pour faire un ponçage complémentaire si cela s'avère nécessaire.
- Compléter l'acte chirurgical initial, notamment sur les petits orteils, si une déformation survient malgré la correction du premier rayon.

### **Stabilité de la correction dans le temps**

Une **insuffisance de correction, souvent bien tolérée**, peut survenir pour différentes raisons : déformation très sévère, tissus de mauvaise qualité, notamment lorsque des épisodes de « bursite » ont précédé l'intervention, voire insuffisance dans le geste qui a été réalisé.

Il existe enfin de véritables récurrences alors que le résultat initial était parfait. Même si une telle situation est souvent vécue difficilement par le patient et par le chirurgien, il faut savoir qu'il **existe toujours une solution de reprise chirurgicale** permettant de traiter dans de bonnes conditions cette insuffisance de traitement. **L'excès de correction (hallux varus) est en revanche mal toléré** : il nécessite toujours une reprise chirurgicale : nouvelle ostéotomie ou fusion.

### **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 est possible dès la sortie de la clinique.

Le matériel métallique que vous portez ne fait pas sonner les portiques de sécurité. Les voyages touristiques avec marche prolongée sont possibles après 4 mois.