

# Informations

Arthrodèse de l'articulation interphalangienne du gros orteil

## QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES ?

**Le traitement médical** Il n'existe pas vraiment de traitement médical dont l'efficacité soit avérée. Le traitement médical précoce soulage la pression sur l'oignon et les orteils voisins mais ne corrige pas la déformation, l'arthrose....

- Existe-t-il de bons moyens de prévention ? Non, mais d'une façon générale, pour tenter de retarder la progression : Éviter les souliers pointus, des talons trop haut et pour ceux ou celles qui ont des pieds plats flexibles, porter une petite semelle avec support d'arche peut également aider. Assouplir le tendon d'achille. Pour rendre plus confortable cette voussure de l'os frottant sur le soulier : une chaussure en matériel souple avec assez d'espace pour les orteils. En ce qui concerne les différents types d'espaceurs (pour écarter le gros orteil), ceux-ci peuvent atténuer temporairement la douleur due à l'étirement de la capsule, mais elle ne change en rien l'évolution de la déformation.
- Les soins de pédicurie : ils s'avèrent peu efficaces. Chaussage large adapté, anti-inflammatoires, soins locaux.
- En début de traitement un chaussage amélioré par le port éventuel de semelles orthopédiques, s'il existe des anomalies associées, peut se révéler intéressant en équilibrant les appuis. Le port de semelles orthopédiques n'est pas vraiment efficace mais peut être souhaitable en post-opératoire sur certains pieds pour diminuer les facteurs de récurrence.
- Rééducation : elle préserve la souplesse articulaire, renforce certains muscles et soulage l'inflammation.

**Le traitement chirurgical** est envisagé après échec du traitement médical devant des douleurs persistantes, en cas de déformation importante ou devant l'apparition d'une complication. Il corrige la déformation, supprime la douleur, et rend au

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

gros orteil son rôle propulseur. Il est le seul traitement adapté susceptible d'apporter une amélioration durable.



Arthrodèse du gros orteil

**Est-il préférable d'attendre le plus tard possible avant de se faire traiter ?** Plusieurs variables doivent être prises en compte. Dans plusieurs cas, il y a un début de luxation entre le métatarsien et la phalange, et ils vont définitivement progresser. Il risque d'y avoir des déformation secondaires (affaiblissement du 2<sup>ème</sup> métatarsien, orteil en griffe...) Donc plus la chirurgie est tardive, plus celle-ci risque d'être complexe et les résultats ne seront jamais aussi bon qu'une chirurgie faite au temps optimal. Quel est donc ce temps optimal ? Il faut tout d'abord être symptomatique. Une chirurgie de ce type nécessite une bonne motivation.

**Quelles sont les techniques ?** De nombreuses techniques sont possibles : on peut réaliser de façon isolée ou associée des gestes sur les articulations, les tendons, la capsule articulaire, les os. Votre chirurgien vous exposera toutes les possibilités adaptées à votre cas en évaluant la balance bénéfice-risque.

## QU'EST CE QUE C'EST ?

C'est le blocage définitif de l'articulation du gros orteil pour traiter, soit une déformation du gros orteil (hallux valgus, hallux varus), soit une atteinte articulaire (arthrose ou rhumatisme).

L'évolution en l'absence de traitement est l'augmentation de la déformation avec l'apparition d'une tuméfaction rouge sur le côté du pied (bursite).

En cas d'arthrose ou d'arthrite, l'évolution sera une augmentation des douleurs et de la destruction articulaire. S'en suivront des déformations des petits orteils (griffes). Il n'existe pas de traitement médical à l'hallux valgus. Les semelles orthopédiques visent surtout à limiter les atteintes sur les autres orteils

Lorsque le traitement médical n'est plus efficace, une chirurgie est possible.

*En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il vous a été proposé une arthrodèse de la métatarso-phalangienne (MP) du gros orteil. 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 bilan radiographique complet est réalisé permettant de confirmer le diagnostic et de prévoir la chirurgie.

## COMMENT SE PASSE L'INTERVENTION ?

**À 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'anes-

thésiste 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.

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.

On vous amènera à votre chambre environ deux heures après la chirurgie. À 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 chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale. Une cicatrice est réalisée à la face médiale du pied adaptée selon les cas. Les surfaces articulaires abîmées sont enlevées pour corriger les déformations et obtenir une fusion définitive de l'articulation.

La fixation est faite en fonction du chirurgien et des conditions locales, par des agrafes, des vis, une plaque...

Des gestes complémentaires peuvent être nécessaires en fonction des déformations associées (ostéotomie des métatarsiens latéraux, adaptation de longueurs des tendons, blocage des autres orteils...).

**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, où 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. Si vous n'avez pas de pansement sur votre incision, vous pouvez commencer à la laver très délicatement avec de l'eau et du savon. Il est recommandé de la nettoyer deux fois par jour pour prévenir l'accumulation de débris. La présence de débris peut entraîner l'élargissement de la cicatrice, rendre le retrait des points de suture légèrement plus douloureux et plus difficile ou augmenter le risque d'infection. 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.
- Le traitement préventif des phlébites n'est pas systématique et dépend des différents facteurs de risques que vous présentez.
- 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.
- Le lever et l'appui sur le membre sont autorisés le jour même sauf avis contraire du chirurgien. La marche avec appui est autorisée avec une chaussure adaptée qui vous été prescrite. Cette chaussure sera conservée pendant un mois à 45 jours en moyenne.
- Vous pourriez avoir la visite du kinésithérapeute, lequel vous aidera à faire les exercices visant à recouvrer votre mobilité.

**Préparer le retour à la maison.** La durée de votre séjour à l'hôpital dépendra de votre état de santé général. L'hospitalisation peut être ambulatoire (sur la journée) ou de quelques jours suivant la situation. Avant de quitter l'hôpital :

- on vous avisera des soins.
- Votre kinésithérapeute vous donnera des directives à suivre quant à votre programme d'exercices. La marche est protégée par la chaussure pendant 30 à 45 jours. La rééducation dépendra de votre récupération.

- 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.

### À quoi devez-vous vous attendre ?

**Une douleur** Il est assez courant de continuer à ressentir de la douleur autour de la zone opératoire. Les antalgiques prescrits sont habituellement efficaces. Si cela n'était pas le cas, avertissez votre médecin ou votre chirurgien

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

**La marche avec la chaussure** est le plus souvent assez limitée pendant plusieurs jours. Gardez le pied au repos, surélevé ! La mobilisation, les déplacements peuvent être limités et dépendent des conditions locales et de la stabilité de la synthèse.

**Une auto-rééducation** immédiate ou secondaire est souvent indiquée, la durée de celle-ci est très variable de plusieurs semaines à plusieurs mois. Elle a pour but la récupération progressive de l'amplitude articulaire des articulations du pied, une marche correcte, du jeu des tendons, de la force musculaire.

**L'arrêt de travail**, la conduite automobile seront adaptés à la chirurgie, à votre récupération et à votre activité professionnelle entre 3 et 10 semaines en moyenne.

**Le résultat final.** 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.

Pour faire le suivi de votre rétablissement, consignez vos progrès. Le fait de noter par écrit la façon dont vous vous sentez, ce que vous êtes capable de faire vous facilite, ainsi qu'à ceux qui vous aident, la prise en charge de votre rétablissement. Cochez ou notez quotidiennement les changements pendant les quatre semaines qui suivent la chirurgie. Cette méthode vous aidera à évaluer vos progrès et à reconnaître la présence d'une situation inattendue. Vous pouvez également faire part de ces renseignements à votre chirurgien lors du suivi, ou si vous présentez une complication.

### LES RÉSULTATS ATTENDUS

Le bénéfice attendu est un chaussage confortable et indolore. Le blocage articulaire limite la hauteur de talons à environ 3 centimètres selon la conception de la chaussure. La montée sur demi-pointes sera impossible, par contre la pratique sportive n'est pas limitée.

Le résultat est habituellement obtenu en trois mois, il peut mettre jusqu'à six mois pour se stabiliser. 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'hémarthrose** ou épanchement de sang dans l'articulation ou collection de sang dans les tissus situés autour de l'articulation (hématome). Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » du membre opéré. 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, dans certains cas, par la mise en place de drains lors de la fermeture de la plaie opératoire (pour aspirer et évacuer le sang). Cette complication est rare. À l'inverse, l'ecchymose (coloration bleue de la peau). Une hémorragie pendant l'opération qui nécessiterait un grand nombre de transfusions et une intervention vasculaire est exceptionnelle.

**Les infections.** Ce sont les complications graves après une chirurgie. L'infection profonde est rare. Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient, pouvant laisser des séquelles importantes, et nécessitant un traitement long et fastidieux. La clé réside donc dans la prévention.

Un certain nombre de situations « à risque » ont été identifiées, justifiant alors un dépistage ciblé. On peut citer, sans être bien sûr exhaustif : les antécédents d'infection ; le diabète insulinorequérant ; l'hémodialyse ; les situations d'immunosuppression pathologique ou iatrogène ; l'éthylisme chronique, la toxicomanie ; les lésions cutanées chroniques ; les sinusites récidivantes ; un séjour récent en service de réanimation ; une hospitalisation prolongée, même en service de soins standard ; une hospitalisation récente en service de long ou moyen séjour ; le port d'une sonde urinaire à demeure ; l'utilisation récente d'antibiotiques à large spectre ; le diabète et le tabagisme. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Peut-on réduire le risque d'infection ? La préparation pré-opératoire du patient est une étape probablement primordiale, car les infections postopératoires sont le plus souvent d'origine endogène, et principalement cutanée et muqueuse. La flore résidente du patient peut être introduite dans l'organisme lors de toute effraction cutanée, et notamment d'une incision chirurgicale. Cette flore ne peut jamais être supprimée totalement, et toutes les mesures de prévention ne peuvent que diminuer le nombre de bactéries présentes. Un état d'hygiène irréprochable du patient lorsqu'il entre dans le bloc opératoire est souhaitable. Pendant l'intervention, toutes les précautions seront 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. Il faut souligner l'importance de la qualité de la décontamination de la salle d'opération décontaminé, des règles de préparation des instruments, des vêtements stériles et à usage unique, du comportement du personnel, de l'aseptie des mains . . . . Votre peau sera de nouveau désinfectée selon un protocole précis et vous

pouvez recevoir également des antibiotiques pendant l'intervention selon le protocole du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

Le diagnostic de l'infection peut-être difficile. Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de l'infection. Il existe toutefois des éléments qui doivent mettre la puce à l'oreille (fistule cutanée, troubles de cicatrisation, syndrome douloureux anormal dans sa durée et dans son intensité, fièvre, signes locaux habituels de l'inflammation : rougeur, chaleur, gonflement, douleurs . . .). Il n'existe pas non plus de tableau biologique spécifique (élévation de la vitesse de sédimentation et de la CRP). Les radiographies standards peuvent être intéressantes. Il est possible de réaliser une échographie, un scanner ou même une IRM : ces examens n'ont d'intérêt que pour rechercher une collection profonde et en réaliser la ponction. L'imagerie nucléaire est régulièrement évoquée, mais son apport diagnostique est souvent décevant. Au total, ce sont les prélèvements au niveau du site, avec analyse bactériologique qui restent l'étalon-or de la démarche diagnostique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée à la documentation bactériologique. La durée du traitement est souvent prolongée, adaptée au cas par cas. Il faut y associer une ré-intervention pour nettoyer la zone opérée. Cela nécessite un caractère complet de l'excision, préalable à la guérison, et provoque souvent des sacrifices tant osseux que périphériques importants, même si cela doit compliquer les suites ou le geste de reconstruction. Quand elle est détectée rapidement, un simple lavage de la zone opératoire et une mise sous antibiotiques peuvent être suffisants. Elle peut survenir même très longtemps après la chirurgie et peut provenir d'une infection à distance, comme une infection dentaire ou urinaire. Il faudra donc surveiller attentivement, traiter les infections toute votre vie et prendre bien soin de votre peau en évitant toute plaie qui constituerait une porte d'entrée pour les bactéries.

**Une fracture osseuse** : il s'agit là d'une complication qui est due à une fragilité osseuse. Cette complication peut rendre un peu plus difficile l'intervention prévue. Une ostéosynthèse complémentaire peut-être nécessaire. Cela peut retarder l'appui de plusieurs semaines. En cas de fracture involontaire ou non on peut observer parfois une consolidation longue, voir la non-consolidation.

**Les ennuis 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 (plas-

tie 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.

#### **La paralysie nerveuse et les troubles sensitifs.**

Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les nerfs situés près de la zone opératoire qui peuvent souffrir lors des manipulations ou plus rarement à une section partielle ou totale. Cela se traduit souvent par des anomalies de la sensibilité, des sensations de fourmillement, de brûlure, de frôlement désagréable . . .

Habituellement, la symptomatologie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois. Les lésions permanentes sont rares, différents traitements pourront être proposés.

**Une blessure accidentelle des tendons.** Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les tendons situés près de la zone opératoire. Il peut y avoir très exceptionnellement des ruptures secondaires, à distance de l'intervention. Elle peut justifier une immobilisation ou un geste chirurgical complémentaire.

**Un œdème.** Il se peut que le membre opéré soit enflé pendant les premières semaines qui suivent la chirurgie. Pour aider à réduire l'enflure, élevez le membre opéré dans la mesure du possible. L'œdème va persister quelques mois après l'intervention.

**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.

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 générales**

- ☞ **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.
- ☞ **Un 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.
- ☞ **Une 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.
- ☞ **Des nausées.** Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.
- ☞ **Des 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 le médecin immédiatement.

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

**Une consolidation osseuse difficile.** Le temps de consolidation est variable. Un retard de consolidation voire une non consolidation (pseudarthrose) est rare, pouvant justifier un traitement voire une intervention complémentaire.

**Un défaut d'appui ou de positionnement**, peut être constaté lors de la reprise de la marche, et entraîner soit une reprise chirurgicale, soit une semelle orthopédique.

**Une infection peut survenir tardivement** survient soit par voie sanguine à partir d'un foyer infectieux (peau, urines, bronches, vésicule, sinus, etc.) soit du fait d'une contamination opératoire passée inaperçue, évoluant à bas bruit.

Il existe des facteurs favorisant l'infection : un traitement immuno-modulateur qui diminue les réactions de défense de l'organisme (chimiothérapie, traitements de fond des rhumatismes inflammatoires, etc.), la prise prolongée de corticoïdes, le diabète, l'obésité.

Avertissez votre médecin ! Assurez-vous d'avertir votre dentiste et les autres médecins que vous consultez si vous avez subi une arthroplastie. Même durant un examen dentaire de routine vous pourriez courir le risque de contracter une infection. Une petite infection peut constituer un problème important, et les professionnels de la santé qui vous traitent savent quelles précautions prendre. C'est à vous de les tenir au courant.

**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.

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.

en regard ou au voisinage de la zone opératoire peuvent persister.

Le matériel peut être gênant ce qui peut justifier son ablation lorsque la fracture est consolidée.

D'autres douleurs sont dues à une arthrose, jusque là asymptomatique, des autres articulations du pied (sous-talienne, médio-pied ..).

Dans de rares cas, certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors qu'il n'y a pas d'explication, aucune cause évidente décelée, et que tout est satisfaisant sur les radiographies. La surveillance régulière par le chirurgien est alors nécessaire.

**La raideur** Une raideur temporaire des articulations de voisinage (articulation distale du gros orteil par exemple) peut être observée et peut justifier une rééducation complémentaire.

**une déformation des orteils voisins** peut apparaître par la suite. Elle est souvent liée à la pathologie initiale qui continue à évoluer, même si elle n'était pas présente au moment de la chirurgie.

**Risques liés au tabagisme** Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection et de nécrose cutanée. Cette majoration du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté complètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période.

**Court-on un risque assurez-vous 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). 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.

Votre intervention et une intervention de confort. Si l'équipe médicale vous la propose, 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

L'arthrodèse du premier métatarsien du gros orteil est une intervention fréquente, corrigeant soit des déformations, soit des destructions articulaires permettant de redonner une fonction quasi-normale du pied après quelques mois.

**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) : .....