



INFORMATION PREOPERATOIRE

Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et
Traumatologie du Sport

Professeur J. TONETTI

Arthrose et arthrodèse sous-talienne (articulation talo-calcaneéenne)

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il s'agit d'une usure du cartilage de l'articulation sous-talienne, entre le talus et le calcaneus. Cette dernière est située dans la région sous malléolaire et participe à l'adaptation et à la stabilité du pied et de la cheville sur les terrains instables. Elle fonctionne avec les articulations talo-naviculaire et calcaneéo-cuboïdienne pour former le couple de torsion du pied.

Cette arthrose peut se manifester par des épisodes de gonflements de l'arrière-pied et de la cheville, par des sensations de blocage notamment au réveil, par des douleurs d'apparition progressive lors de la marche (notamment sur terrains instables) et par une perte partielle voire totale de la mobilité de cette articulation.

La cause la plus fréquente est le plus souvent d'origine post-traumatique, fracture du talus, fracture du calcaneus. Le talon peut rester axé ou alors être désaxé. L'usure du cartilage peut être causée par des maladies inflammatoires telles que la polyarthrite rhumatoïde. Il ne s'agit pas d'une arthrose vraie mais d'une destruction arthritique. La prise en charge thérapeutique est la même. Il peut s'agir de malformations telles que les synostoses. Parfois, aucune cause n'est retrouvée et on parle alors d'arthrose primitive

AVANT LE TRAITEMENT

En fonction du stade d'évolution de l'arthrose, il est possible de réaliser un traitement médical avant d'envisager un traitement chirurgical. Ce traitement consiste en la mise en place d'un chaussage adapté avec semelle orthopédique associé à des injections articulaires de corticoïdes, d'acide hyaluronique (visco-supplémentation). Un traitement médical par antalgique et anti inflammatoire peut-être associé. Il faut aussi adapter les activités physiques. Le bon moment pour se faire opérer est fonction de l'importance de la gêne ressentie.

Les radiographies, en charge (debout), bilatérale et comparative, avec un fil métallique cerclant la cheville, permettent de quantifier l'arthrose (pincement articulaire, ostéophytes, densification osseuse), d'apprécier les désaxations et de suivre leur évolution.

On complète souvent le bilan par la réalisation d'autres examens (scanner ou tomoscintigraphie).

QUEL TRAITEMENT ?

En cas d'échec du traitement médical, on réalise alors une arthrodèse, c'est-à-dire un blocage articulaire.

Ce blocage articulaire, se fait par préparation articulaire et mise en place de vis. L'objectif est de diminuer au maximum les douleurs liées à la souffrance articulaire, mais avec le sacrifice de la mobilité (souvent altérée en pré-opératoire tout de même) et au prix de contraintes plus importantes sur les autres articulations. Si l'arthrose touche d'autres articulations du couple de torsion, ces articulations seront bloquées aussi. L'hospitalisation est d'environ 2 à 4 jours.

APRÈS LE TRAITEMENT

Une immobilisation par botte plâtrée sans appui est mise en place pour une durée d'environ 45 jours, puis la reprise de l'appui est progressive avec l'aide d'un kinésithérapeute.

Une marche satisfaisante peut être retrouvée à partir de 6 mois. Une discrète boiterie peut persister selon la souplesse des autres articulations du pied.

L'arrêt de travail est adapté à la chirurgie et à votre activité professionnelle entre 3 et 10 semaines.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Le résultat est obtenu en trois mois, et peut mettre jusqu'à six mois pour se stabiliser. Le bénéfice attendu est un chaussage confortable et indolore, un périmètre de marche rétabli. Il n'y a pas de limitation à la reprise de la pratique sportive.

COMPLICATIONS

Tout traitement comporte malheureusement une part d'échec. Cet échec peut aller de la réapparition des symptômes à leur aggravation ou à d'autres risques plus importants. Ces risques peuvent être le fait du hasard, de la malchance, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non, locaux ou généraux). Il est impossible de vous présenter ici toutes les complications possibles, mais nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans votre pathologie.

> **Les douleurs chroniques et l'algodystrophie.** Toute prise en charge médicale ou chirurgicale dans le cadre de phénomènes douloureux, peut de manière aléatoire et imprévisible voir persister les phénomènes douloureux ou même en renforcer d'autres.

> **L'Infection.** Malgré toutes les précautions de désinfection et de préparation cutanée, toute incision chirurgicale expose à un risque de contamination microbienne qui peut être responsable d'une infection. Ces infections peuvent se déclarer de manières précoces ou beaucoup plus tardives. Elles nécessitent souvent la mise en place d'antibiotique, peuvent nécessiter des réinterventions chirurgicales et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles. Certains facteurs comme le diabète, le tabagisme ou des immunodépressions (corticoïdes...), peuvent favoriser cette complication.

> **Les troubles cicatriciels.** Retard de cicatrisation, désunion...

> **Les complications thromboemboliques.** Toute prise en charge chirurgicale, surtout du membre inférieur, peut favoriser la création d'un caillot sanguin obstruant les veines et réalisant une phlébite. Ce caillot peut même gagner la circulation pulmonaire et être responsable d'une embolie aux conséquences parfois graves voire fatales. La prévention de cette complication peut se faire par la mise en place d'une anti coagulation en fonction de la chirurgie et de votre état de santé.

> **Les complications de voisinage.** Étant donnée la proximité de la zone opératoire d'éléments osseux, tendineux, vasculaires ou nerveux, il peut exister, de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments de proximité : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire... Compte-tenu du lieu de la cicatrice, l'atteinte d'un petit nerf peut entraîner une insensibilité voire des douleurs persistantes. Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons...

> **Les mauvaises consolidations ou absence de consolidation osseuse.** La prise en charge chirurgicale de votre pathologie est basée sur la consolidation osseuse qui est un phénomène biologique.

Cependant, celle-ci peut faire défaut, ou l'objet de retard. Ainsi, une arthrodèse peut ne pas consolider (fusionner). Une nouvelle intervention chirurgicale peut alors être nécessaire.

> **Le démontage et bris de matériel.** Votre prise en charge chirurgicale fait appel à la pose de matériel chirurgical (plaque, vis, broche, fils...). Comme tout matériau, ces implants chirurgicaux peuvent être responsables de complication, du fait de leur fragilité propre (rupture du matériel) ou de déplacement du montage du fait de contrainte mécanique trop élevée sur les structures où ils sont implantés (déplacement du matériel entraînant une perte de la correction). Ainsi ce matériel chirurgical peut parfois nécessiter d'être réopéré en cas de déplacement post opératoire ou de complication propre.

POUR CONCLURE

Vous aurez de nombreuses opportunités pour discuter d'une intervention avec l'équipe soignante. Assurez-vous de bien comprendre tous les termes utilisés.