

### Arthrose et arthrodèse de cheville

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

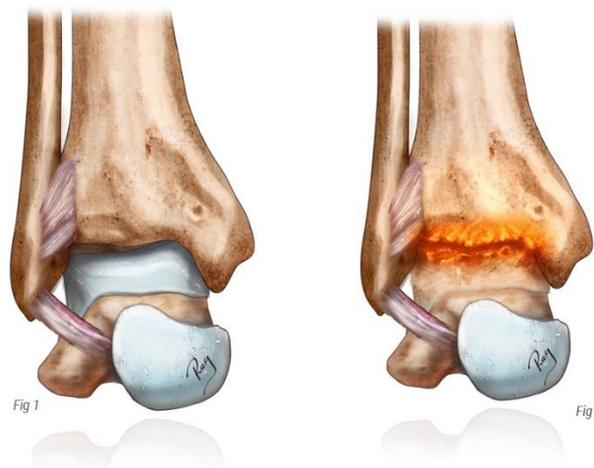
La cheville est l'articulation qui unit la jambe au pied. Il s'agit d'une articulation essentielle, ayant non seulement une fonction d'appui au sol (tout en s'adaptant au terrain) ; mais permettant également le passage du pas et la marche. Elle est constituée sur le plan osseux : de l'extrémité inférieure du tibia, de l'extrémité inférieure de la fibula (le péroné), du talus (l'astragale)

Les mobilités de la cheville se font principalement en flexion plantaire (pointe de pied en bas) et en flexion dorsale ou extension (pointe de pied vers le haut) et de manière plus limitée en inclinaison médiale (varus) et latérale (valgus).

L'arthrose de la cheville correspond à l'usure mécanique des surfaces articulaires (le « cartilage ») la constituant. Sans ce cartilage qui les recouvre, les surfaces osseuses « frottent » l'une contre l'autre sans éléments d'interposition et de glissement.

Cette arthrose peut être « primitive », c'est à dire sans cause particulière, mais peut aussi être favorisée par des caractéristiques morphologiques comme par le pied plat ou une déformation de l'axe du membre inférieur par exemple.

Cette arthrose peut aussi être « secondaire », causée par des séquelles de traumatisme anciens (entorse de la cheville, séquelles de fracture de la cheville ou de la jambe... Ces séquelles peuvent entraîner la survenue d'une arthrose même très longtemps après le traumatisme. Ou des microtraumatismes répétés, notamment sportifs...



## **AVANT LE TRAITEMENT**

L'arthrose se manifeste généralement par des douleurs survenant lors de l'utilisation de la cheville (marche, course, station debout, conduite automobile ...). Un enraidissement de la cheville diminuant les mobilités articulaires, notamment en flexion et/ou en extension. Un gonflement articulaire par épanchement de liquide synovial. On peut également retrouver des craquements, des blocages, une boiterie...

Ces symptômes sont variables selon les patients et le type d'arthrose, aboutissant à une limitation du périmètre de marche.

Le diagnostic repose sur le bilan radiographique retrouvant une diminution de l'épaisseur du cartilage articulaire (pincement articulaire produisant un rapprochement des surfaces articulaires). Il peut s'y associer des « ostéophytes » (excroissances osseuses bordant les surfaces articulaires ou « bec de perroquet »).

D'autres examens sont parfois utiles pour préciser les lésions, la cause éventuelle de l'arthrose et préparer l'intervention (scanner ou arthroscanner, IRM, cliché des axes des membres inférieurs, de l'axe de la cheville, échographie précisant l'état ligamentaire...)

Au stade peu évolué de l'arthrose un traitement médical simple peut être tenté : traitement antalgique, infiltration de cheville (anti-inflammatoire, acide hyaluronique, PRP...), ménagement articulaire. Mais à un stade évolué seul le traitement chirurgical pourra agir activement sur les douleurs.

## **QUEL TRAITEMENT ?**

L'intervention se déroule généralement allongé sur le dos, sous anesthésie locorégionale voire générale. Elle est de durée variable, de 1h à 2 heures. Un garrot peut être utilisé, pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire.

Elle consiste en un blocage de l'articulation de la cheville en faisant consolider entre elles les surfaces articulaires abîmées (tibia et talus). De façon conventionnelle avec une ou plusieurs cicatrices de plusieurs centimètres de longueur permettant d'intervenir sous contrôle de la vue. Cette intervention commence par le nettoyage du cartilage restant, l'avivement de l'os sous-jacent au niveau des surfaces articulaires usées (extrémité inférieure du tibia et de la partie supérieure du talus) afin de les mettre en contact et permettre leur consolidation. Un apport d'os complémentaire est parfois nécessaire sous forme de greffe osseuse. Cette intervention nécessite la fixation de l'arthrodèse par du matériel (vis, plaque, clou...) pour maintenir la cheville le temps que l'arthrodèse consolide. Il est parfois mis en place un drain pendant quelques jours pour éviter un hématome.

## **APRÈS LE TRAITEMENT**

Une immobilisation par plâtre est souvent nécessaire pendant 45 jours, de même qu'une période sans appui, variable selon les cas et les techniques. La durée moyenne d'hospitalisation est de quelques jours à 1 semaine. Il est également parfois utilisé une anesthésie plus ou moins prolongée et complète du membre opéré (bloc anesthésique ou anesthésie loco-régionale) pour diminuer ou supprimer les douleurs durant les premiers jours. Le lever est le plus précoce possible, fonction de votre état de santé et de l'intervention effectuée (généralement effectué le lendemain de l'intervention), il doit alterner avec la surélévation du membre opéré lorsque vous n'êtes pas debout. Un traitement anticoagulant est habituellement prescrit pour limiter le risque de phlébite et/ou d'embolie pulmonaire, généralement jusqu'à la reprise de l'appui.

## **LES RÉSULTATS ATTENDUS**

En l'absence de traitement, l'évolution naturelle de l'arthrose de cheville se fait vers l'aggravation des symptômes et une limitation du fonctionnement de la cheville retentissant sur la capacité à marcher.

La prise en charge chirurgicale a pour but de diminuer les signes fonctionnels, de diminuer la douleur et de maintenir ou faire progresser la capacité à marcher.

L'arthrodèse permet généralement de reprendre une marche presque normale mais peut nécessiter le port d'orthèse plantaire (semelle faite par un pédicure podologue) et une adaptation du chaussage.

La durée de récupération peut être longue, généralement de plusieurs mois. Le but est de permettre le retour à une activité sportive limitée : le vélo, la natation, la randonnée légère sont autorisés et peuvent le plus souvent être repris à distance. La course n'est plus possible.

## **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 doubleurs 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.