



INFORMATION PREOPERATOIRE

Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et
Traumatologie du Sport

Professeur J. TONETTI

Instabilité chronique de cheville

QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'entorse de la cheville correspond à un étirement d'un ou plusieurs ligaments lors d'un mouvement forcé du pied. Selon la gravité de la traction, il peut y avoir une simple « distension » du ligament, une « rupture complète » ou un « arrachement » de l'attache osseuse.

Si le mécanisme le plus fréquent est une torsion du pied en dedans autour du bord latéral du pied au sol, il existe bien d'autres façons de se tordre le pied avec en conséquence des atteintes ligamentaires diverses qu'il faudra bien rechercher. Les lésions ligamentaires ne s'arrêtent pas à la cheville et très souvent il existe des lésions ligamentaires ou osseuses des articulations avoisinantes parfois difficiles à mettre en évidence.

L'immobilisation de la cheville après l'entorse permet le plus souvent la cicatrisation des ligaments ; mais parfois le ligament ne se répare pas correctement, occasionnant un « jeu anormal » de la cheville appelé « laxité articulaire ».

Certaines morphologies du pied et des jambes pénalisent la récupération : pied creux, jambe plus courte, pied en dedans...

L'instabilité correspond à la crainte de faire une entorse sur terrain instable ou la tendance à la répétition des entorses, malgré un mécanisme mineur : en marchant sur un terrain plat par exemple. L'instabilité peut être douloureuse et conduit alors à la recherche de lésions associées

AVANT LE TRAITEMENT

Les radiographies de la cheville de face et profil en charges ont été demandées à la recherche de fractures ou d'arrachements osseux associés aux entorses. Dans certains cas, des radiographies particulières peuvent être envisagées : Les radiographies en stress (en reproduisant le mécanisme de l'entorse) permettent de visualiser le jeu articulaire (parfois limité par la contracture des muscles fibulaires).

L'échographie permet un bilan ligamentaire et tendineux complet avec la possibilité de tests dynamiques. L'arthroscanner et l'IRM complètent le bilan ligamentaire et analysent les lésions du cartilage ou des os (œdème intra osseux).

Avant la chirurgie, la stabilisation de la cheville peut se faire par des moyens orthopédiques tels qu'un strapping, une chevillière ou une chaussure montante. Les orthèses plantaires (semelles réalisées par un pédicure podologue) avec un élément stabilisateur latéral sont aussi indiquées. Les infiltrations de corticoïdes soulagent certaines douleurs.

La rééducation permet de renforcer les muscles stabilisateurs de la cheville.

Si les moyens orthopédiques aident à poursuivre les activités professionnelles voire sportives, la cheville peut malgré tout se dégrader et évoluer vers une arthrose douloureuse plusieurs années plus tard.

En l'absence de traitement, l'instabilité persiste et s'aggrave davantage, survenant sur terrain même peu accidenté ou même par terrain plat. Dans certains cas, la cheville évolue vers une arthrose douloureuse qui peut nécessiter un blocage de la cheville ou dans certains cas une prothèse de cheville.

QUEL TRAITEMENT ?

La chirurgie s'attache à réparer ou suppléer les ligaments défailants. Elle doit prendre en compte toutes les lésions associées, dépistées dans le bilan préopératoire. Dans certaines désaxations du pied, ayant favorisé la lésion ligamentaire, une correction d'axe peut être réalisée, par une section de l'os du talon par exemple, réorientant ainsi les contraintes mécaniques.

La chirurgie peut être réalisée soit en ambulatoire soit au cours d'une hospitalisation de quelques jours. L'intervention se fait en position dorsale ou latérale et dure en moyenne entre 30 minutes et une heure. Les incisions sont variables selon les techniques, de plusieurs mini-incisions à une incision unique d'une dizaine de centimètres. Le recours à un garrot, est habituel, pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire.

Pour stabiliser la cheville, la simple suture en tension des ligaments est le plus souvent insuffisante, et il faut renforcer le ligament endommagé par une structure saine. Pour cela on utilise préférentiellement le « rétinaculum des extenseurs ».

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. Un traitement préventif de la phlébite sera mis en place.

Un rendez-vous post opératoire avec votre chirurgien sera organisé à J15 afin de vérifier l'état cicatriciel puis de refaire le plâtre.

Une marche satisfaisante peut être retrouvée à partir de quelques mois. La marche sur terrain accidenté ainsi que la course à pied ne peuvent pas être repris avant 6 mois.

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

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Le but de l'intervention est de redonner une stabilité de cheville compatible avec la marche pieds nus même en terrain irrégulier.

Cette stabilité de même que les douleurs sont parfois compromises par des lésions associées (ligamentaires, osseuses ou cartilagineuses) dont le traitement et les résultats dépendent de gestes spécifiques.

La reprise d'une activité physique aidée éventuellement d'une chevillière (travail, activités sportives) est autorisée vers le 2ème - 3ème mois mais peut être parfois beaucoup plus longue selon les lésions associées.

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. Seulement en cas d'ostéotomie calcanéenne associée.

> Nouvelle rupture ligamentaire / échec de la ligamentoplastie.

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.