



FICHE D'INFORMATION PATIENT N°3 :

L'INSTABILITE DE CHEVILLE

Madame, monsieur, votre chirurgien vient de vous proposer une prise en charge chirurgicale pour votre instabilité de la cheville.

Il vous a expliqué les modalités générales de cette prise en charge (alternatives thérapeutiques, déroulement de l'opération, suites opératoires, résultats prévisibles, mais aussi les principales complications possibles...). Ce formulaire est un outil supplémentaire que votre chirurgien met à votre disposition pour vous rappeler les points clefs de cette pathologie et vous permettre de revenir sur les points importants de l'opération à venir.

Celui-ci se tient également à votre disposition avant l'intervention pour répondre de nouveau à vos questions.

Fiche réalisée par la commission médico-juridique de l'Association Française de chirurgie du Pied et de la Cheville (AFCP)

Fiche consultable en ligne sur les sites

AFCP (<https://www.afcp.com.fr/infos-publiques/infos-patients/>)

SOFOT (<http://www.sofcot.fr/Infos-public-Patients>)

ORTHORISQ (<http://www.orthorisq.fr>)

POUR COMPRENDRE L'INSTABILITÉ DE CHEVILLE

➤ **L'ANATOMIE DE LA CHEVILLE**

La cheville est une articulation considérée comme stable par sa conformation osseuse, les renforts ligamentaires et tendinomusculaires.

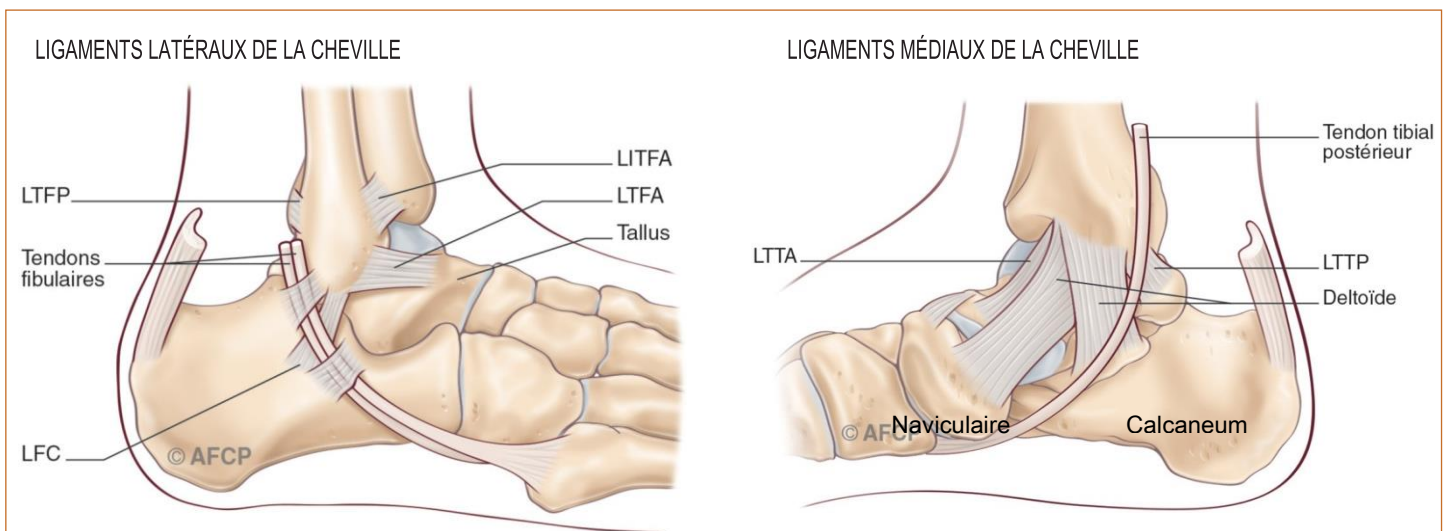
La stabilité osseuse est obtenue par l'emboîtement du « talus » (astragale) dans la pince bimalléolaire (entre malléole médiale et malléole latérale).

La stabilité ligamentaire est complexe : on distingue trois ensembles ligamentaires à la cheville proprement dite, auxquels s'associent les ligaments des articulations avoisinantes :

- Le ligament latéral comporte trois faisceaux : le ligament tibiofibulaire antérieur (LTFA) le plus souvent lésé, le ligament fibulocalcanéen (FC) se dirigeant vers l'arrière croisant les tendons fibulaires, le ligament talofibulaire postérieur en arrière, rarement touché
- Le ligament médial (interne) comporte deux faisceaux profonds : tibiotaliens antérieur (LTTA) et postérieur (LTTP) et le ligament deltoïde, superficiel fixant la malléole interne aux os voisins : naviculaire et calcaneum. Le faisceau tibionaviculaire est renforcé par le tendon tibial postérieur
- Les ligaments intertibiafibulaires (LITF) et la membrane interosseuse fixent la fibula (péroné) contre le tibia

Ces éléments osseux et tendineux sont voisins des structures nerveuses et vasculaires descendant de la jambe vers le pied :

- Du côté latéral, les tendons fibulaires avoisinent le nerf sural, alors que le nerf fibulaire superficiel passe en avant de la malléole latérale dans la région sous cutanée
- Du côté interne, le nerf et les vaisseaux tibiaux postérieurs passent au-dessous du ligament interne et du tendon tibial postérieur



➤ **L'ENTORSE ET L'INSTABILITÉ DE CHEVILLE**

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...

➤ **LA CLINIQUE : L'INSTABILITÉ**

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.



➤ LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les radiographies de la cheville de face et profil en charges ont 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).

LES TRAITEMENTS

➤ LES TRAITEMENTS MEDICAUX

Avant la chirurgie, la stabilisation de la cheville peut se faire par des moyens orthopédiques tels qu'un strapping, une chevillère 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.

➤ EVOLUTION EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT (RISQUES ET COMPLICATIONS POSSIBLES)

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.

> LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

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, en sachant que certaines sont parfois découvertes pendant l'intervention (fissures tendineuses par exemple) et que d'autres n'ont pas de traitement chirurgical.

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.

L'HOSPITALISATION

La durée moyenne d'hospitalisation est de quelques jours à 1 semaine ; dépendant de l'intervention, des gestes associés, ainsi que de votre situation médicale et sociale. Parfois et dans les cas les plus favorables une hospitalisation ambulatoire (une journée d'hospitalisation) est possible.

L'ANESTHÉSIE

Une consultation préopératoire avec un médecin anesthésiste-réanimateur est obligatoire. Ce médecin vous expliquera, lors de cette consultation, les modalités et les choix possibles d'anesthésie adaptée à la chirurgie et à vos problèmes de santé.

Lors de cette consultation, il sera également fait le point sur vos traitements médicamenteux. De nouveaux traitements pourront également être mis en place, que cela soit avant ou après l'intervention. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... Ils comportent bien sûr des risques spécifiques.

L'anesthésie opératoire pourra être locorégionale (anesthésie englobant un segment de membre, de la jambe aux orteils), rachidienne (anesthésie du bassin et des membres en piquant entre deux vertèbres) ou anesthésie générale.

Une transfusion sanguine est parfois nécessaire dans les suites de cette chirurgie ; car bien que le saignement soit généralement limité, des pathologies propres peuvent rendre l'apport de globules rouges nécessaires (anémie préopératoire, troubles de coagulation, traitement anticoagulant ou antiagrégants...).

LES OPERATIONS

Lors de votre passage au bloc opératoire, ne vous étonnez pas si l'on vous demande plusieurs fois votre identité, le côté à opérer (à votre arrivée, lors de votre installation...) : c'est une procédure obligatoire pour tous les patients (appelée « check-list de sécurité » et demandée par la Haute Autorité de santé (HAS))

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 : certains abords se font par une incision unique de 10-15 cm, d'autres par plusieurs mini-incisions. Plus récemment se sont développées des techniques arthroscopiques. Le recours à un garrot, est habituel, pour interrompre



temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Celui-ci peut être mis en place au niveau de la cuisse, de la jambe ou même de la cheville.

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. On utilise soit le « périoste » (membrane recouvrant la malléole latérale), soit le « rétinaculum des extenseurs » (poulie de maintien des tendons extenseurs des orteils au coup de pied). Une autre possibilité est le transfert d'un tendon ou de la moitié d'un tendon comme le court fibulaire, le gracile... Le recours à un ligament synthétique reste une autre solution.

En fin d'intervention, une immobilisation est mise en place : botte plâtrée, attelle, botte de marche, chevillière, ...

Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation ou un événement imprévu ou inhabituel imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement. Une fois réveillé et l'intervention terminée, la démarche de votre chirurgien et les actes réalisés vous seront expliqués.

LE POST-OPERATOIRE

- **LA DOULEUR** post-opératoire de ce type de pathologie pose généralement peu de difficultés, même si des antalgiques forts peuvent être utilisés dans les suites immédiates, le retour à la maison avec des antalgiques simples est la règle.
- **L'OEDEME** (Gonflement de la cheville, du pied et des orteils) : la prise en charge de l'œdème est essentielle non seulement pour atténuer la douleur mais aussi pour la qualité de l'immobilisation.
- **LA REEDUCATION** : des consignes de rééducation sont enseignées par les kinésithérapeutes selon le protocole du chirurgien : appui autorisé ou non, mobilisation de la cheville et des orteils... Cette rééducation démarre généralement de quelques jours à quelques semaines après l'opération
- **LE PANSEMENT** : est réalisé avec soins lors de l'intervention selon les habitudes de votre chirurgien et le plus souvent il ne doit pas être modifié. Cependant si des soins sont réalisés à votre domicile, il est important de veiller à l'hygiène de votre cicatrice tant que les fils sont présents et qu'elle n'est pas totalement étanche. L'hygiène des mains est capitale et il ne faut jamais toucher sa cicatrice sans se laver les mains. Veillez toujours à disposer chez vous d'un point de lavage ou d'un flacon de produits hydroalcooliques pour l'infirmière qui réalisera vos soins
- **PREVENTION DES PHLEBITES** : La prescription d'injections d'anticoagulants est parfois envisagée selon l'évaluation de votre état de santé par le chirurgien et le médecin anesthésiste

LES CONSULTATIONS POST-OPERATOIRES

Le suivi et l'ablation de l'immobilisation, la mise en place de la rééducation et la validation de la reprise du travail et du sport se feront selon le protocole de votre chirurgien. Après l'opération, en général, vous reverrez plusieurs fois votre chirurgien pour surveiller votre évolution et adapter votre rééducation éventuelle.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION

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.

LES RISQUES

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, 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

De façon aléatoire et imprévisible, après toute prise en charge médicale et/ou chirurgicale, des phénomènes douloureux peuvent persister et/ou se renforcer. Parfois des douleurs différentes peuvent survenir.

Ces phénomènes douloureux peuvent s'installer dans le temps sous la forme d'un syndrome douloureux régional complexe (anciennement algodystrophie) : ce syndrome peut évoluer sur de nombreux mois (en moyenne 18 à 24 mois selon les études), et laisser parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires définitives.

Des séquelles douloureuses chroniques permanentes locales et/ou à distance du foyer opératoire peuvent également survenir :

- Syndrome douloureux post opératoire chronique
- Douleurs neuropathiques périphériques : ces douleurs sont d'origine nerveuse, leurs causes sont variables et le plus souvent elles ne sont pas liées au geste chirurgical lui-même.

Leur mode de survenue, leur diagnostic et leur suivi sont complexes et peuvent relever de la compétence de spécialistes de la prise en charge de la douleur pour des propositions thérapeutiques adaptées souvent longues et parfois d'efficacité partielle.

➤ 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 ré-interventions 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

Malgré tout le soin porté par votre chirurgien à la plaie opératoire et les soins infirmiers, il peut exister des troubles de cicatrisation parfois favorisés par une pathologie générale ou locale tels le diabète ou les insuffisances circulatoires par exemple. On peut ainsi retrouver un retard ou un trouble de cicatrisation pouvant aller de la cicatrice disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection.

➤ LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES

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. Les plus fréquentes dans les ligamentoplasties sont les lésions des nerfs fibulaire superficiel et sural, avec des modifications de la sensibilité d'une zone du pied : anesthésie mais parfois hyperesthésie douloureuse. Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons...

➤ LES COMPLICATIONS MEDICAMENTEUSES

Au décours de cette intervention, il pourra vous être prescrit des médicaments particulières et spécifiques. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... Ils comportent bien sûr des risques propres et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

➤ L'INTOXICATION TABAGIQUE

L'intoxication tabagique est un facteur de risque important pour la chirurgie du pied et de la cheville, favorisant notamment les troubles cicatriciels, les infections et les complications thrombo-emboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse.

L'arrêt complet du tabac est recommandé 6 semaines avant l'opération et 6 semaines après (En cas de besoin n'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant).

➤ LA RAIDEUR

Tout geste articulaire peut entraîner un enraidissement de l'articulation, temporaire ou définitif. Cette raideur peut nécessiter des



séances de rééducation ou même une ré-intervention

➤ **DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL**

Votre prise en charge chirurgicale fait appel à la mobilisation de segments osseux, nécessitant souvent la pose de matériel chirurgical (plaque, vis, broche, fils, ...) afin de corriger une déformation. 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.

Enfin, et à distance de l'intervention, une fois la période post opératoire passée, et votre pathologie guérie, ce matériel peut également faire l'objet d'une ablation dans le cadre d'une chirurgie programmée en fonction de sa localisation ou si celui-ci est responsable d'une gêne ou d'un conflit local.

➤ **LES ECHECS**

Le résultat n'est pas toujours celui que vous espérez, notamment du fait de lésions osseuses ou articulaires préexistantes, pouvant altérer le résultat opératoire. Si la sensation d'instabilité persiste parfois, dans d'autres cas la cheville, au contraire, peut évoluer vers la raideur... Enfin, un nouveau traumatisme peut altérer le résultat opératoire, par une nouvelle rupture ligamentaire.

Enfin il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- En cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- De modification récente de votre traitement habituel,
- De blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- D'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste,
- En cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention, ou en cas d'évènement non prévu au bloc opératoire, pouvant interrompre le déroulement de l'opération, **y compris après réalisation de l'anesthésie.**

Questions fréquentes :

« Peut-on opérer les deux chevilles en même temps ? »

Le plus souvent, même si vous présentez une instabilité des deux chevilles il n'est pas recommandé de faire les deux opérations en même temps.

« Comment vais-je faire à mon domicile ? »

Selon l'opération réalisée, vous pourrez ou non reposer le pied par terre avec ou sans l'aide de cannes anglaises (béquilles). Dans le cas de la chirurgie de la cheville, l'appui immédiat n'est pas toujours autorisé et vous pouvez avoir besoin soit d'une botte amovible, soit d'une immobilisation plus rigide (type plâtre ou résine).

« Que faire si mon pied ou ma cheville redevient douloureux ou s'il augmente de volume (=œdème) ? »

L'œdème est un signe très fréquent et le plus souvent non pathologique.

Dans certains cas et s'il est associé à une forte douleur, ce peut être le signe d'une anomalie au niveau de la cicatrisation de la peau, de la plastie (=réparation) du ligament ou de l'os (déplacement du matériel par exemple).

« Que faire en cas de température ou d'anomalie sur ma cicatrice ? »

Si vous présentez une température élevée (=fièvre) ce peut être le signe d'une éventuelle infection.

Si votre cicatrice, lors des pansements, est rouge, inflammatoire ou présente un écoulement, il faut consulter le plus rapidement possible votre chirurgien, qui saura vous conseiller et mettre en œuvre les traitements adaptés (locaux ou généraux(antibiotiques)).

« Que faire si je ressens une douleur du mollet ou une oppression respiratoire ? »

Ces signes peuvent être liés à l'existence d'un caillot dans une veine (phlébite) ou à une migration de ce caillot vers le poumon (embolie pulmonaire) avec des conséquences possibles graves.

Le risque est plus important si en fonction de l'opération réalisée vous n'avez pas le droit de poser le pied au sol : dans ce cas



votre chirurgien vous aura prescrit des médicaments (=anticoagulants) de protection, mais même avec ces traitements le risque n'est pas nul et ces signes doivent vous alerter.

D'une façon générale, tout symptôme nouveau doit conduire à consulter soit votre médecin traitant, soit votre chirurgien, ou en cas d'urgence l'établissement dans lequel vous avez été opéré.

Si vous ne réussissez pas à joindre les praticiens, n'hésitez pas à appeler le centre 15 (SAMU) qui pourra vous orienter.