

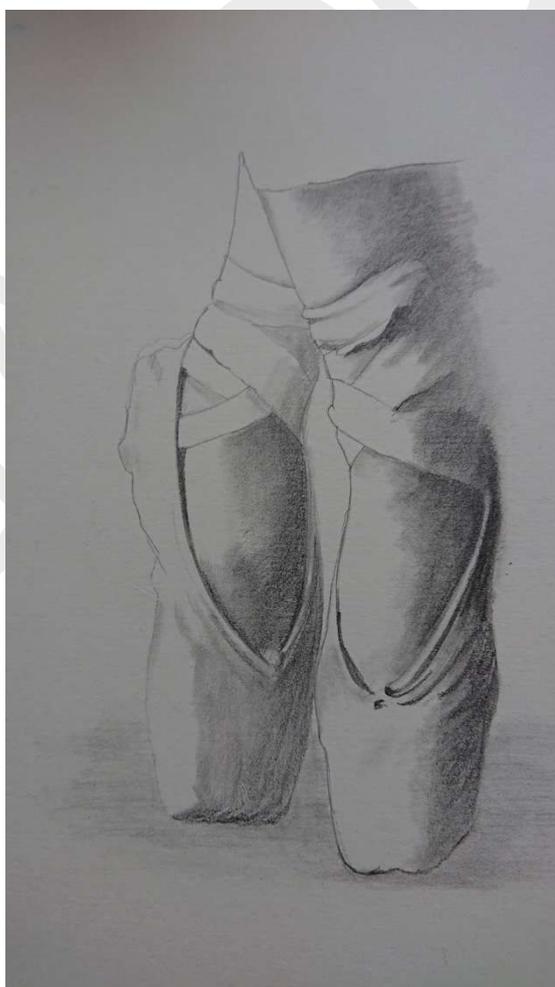
Docteur GAUDOT Fabrice

PROTHESE TOTALE DE CHEVILLE

Informations et conseils

Septembre 2025

téléchargement : site.drgaudot.fr



Docteur GAUDOT Fabrice

6 SQUARE JOUVENET
75016 PARIS



Table des matières

GENERALITES SUR L'ARTHROSE DE CHEVILLE	2
QU'EST-CE QUE L'ARTHROSE DE CHEVILLE ?.....	2
QUELS SONT LES SYMPTOMES DE L'ARTHROSE DE CHEVILLE ?.....	3
QUELS SONT LES TRAITEMENTS DE L'ARTHROSE DE CHEVILLE ?.....	3
QUAND SE FAIRE OPERER ?.....	4
UNE PROTHESE DE CHEVILLE, QU'EST-CE C'EST EXACTEMENT ?.....	4
QUE SE PASSE-T-IL EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT ? (QUELS RISQUES ?)	6
QU'EST CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION ?.....	6
PROTHESE DE CHEVILLE : EN PRATIQUE.....	7
PROGRAMMATION DE L'INTERVENTION	7
CONSULTATION AVEC LE CHIRURGIEN.....	7
FORMALITES DE PROGRAMMATION DE L'INTERVENTION	8
AVANT L'INTERVENTION, COMMENT ME PREPARER ?.....	9
L'HOSPITALISATION	10
L'INTERVENTION.....	10
LES JOURS SUIVANT L'INTERVENTION.....	12
LES SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES : Le retour à la maison.....	13
LE RETOUR AU DOMICILE : DU 1 ^{er} AU 30 ^{ème} JOUR	13
LE RETOUR AU DOMICILE : DU 30 ^{ème} AU 45 ^{ème} JOUR.....	Erreur ! Signet non défini.
APRES LE 45 ^{EME} JOUR ET LE SUIVI AU LONG TERME.....	15
LES RISQUES et COMPLICATIONS	17
A COURT TERME, ON PEUT OBSERVER	17
A LONG TERME, ON PEUT OBSERVER	18
ANNEXES.....	20
ANNEXE 1 : ARTHRODESE OU PROTHESE ?	20
ANNEXE 2 : LES QUESTIONS LES PLUS FREQUEMMENT POSEES.....	21

ARTHROSE DE CHEVILLE : PROTHESE TOTALE

Informations et Conseils Pré-Opératoires

VOUS PRESENTEZ UNE ARTHROSE INVALIDANTE DE CHEVILLE
VOTRE CHIRURGIEN VOUS PROPOSE UNE PROTHESE TOTALE

Vous souffrez d'une arthrose évoluée de cheville qui résiste au traitement médicamenteux et qui entraîne une baisse importante de votre qualité de vie.

Votre chirurgien vous a proposé l'implantation d'une prothèse totale de cheville dont l'objectif est de réduire vos douleurs et votre handicap en rétablissant un fonctionnement de l'articulation, aussi proche de la normale que possible. Il vous a expliqué le déroulement de cette prise en charge ainsi que ses alternatives thérapeutiques. De même, il vous a expliqué les principales complications possibles.

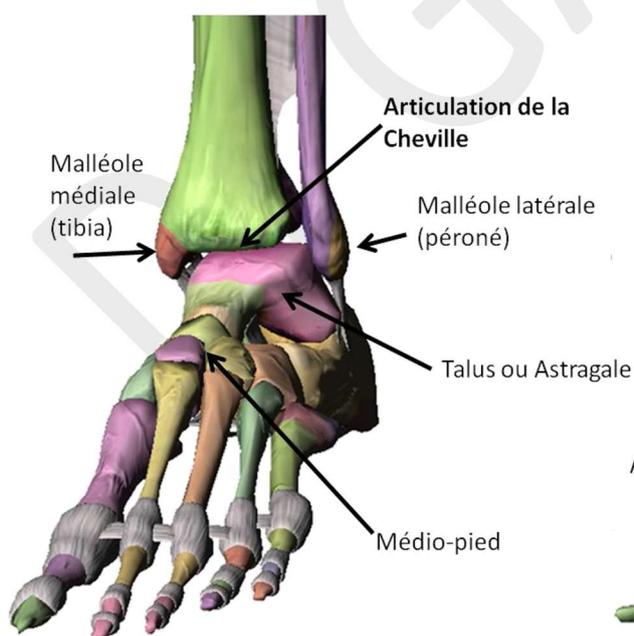
Ce livret vise à synthétiser ces informations et vous permettra de vous y référer le long de votre parcours de soins. Il ne se substitue pas à l'information qui est délivrée lors de la consultation.

De même, certaines particularités propres à votre prise en charge personnelle peuvent ne pas figurer sur ce livret qui regroupe les informations sur les situations les plus courantes.

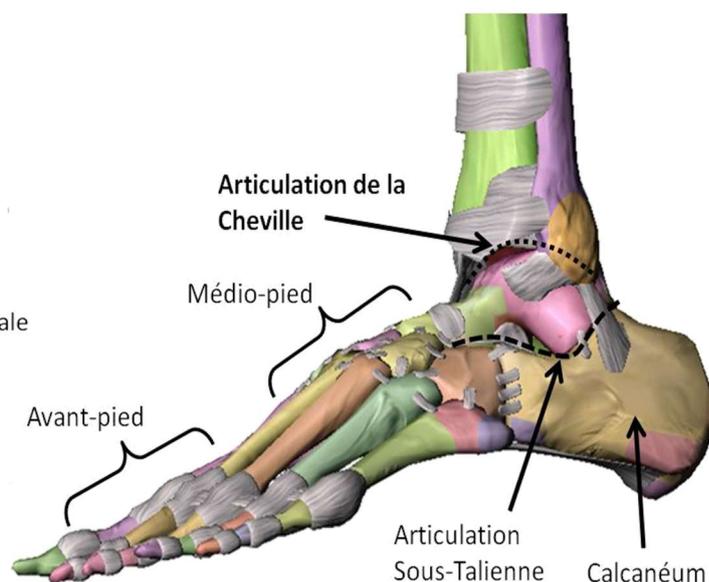
GENERALITES SUR L'ARTHROSE DE CHEVILLE

QU'EST-CE QUE L'ARTHROSE DE CHEVILLE ?

Une articulation souffre d'arthrose quand le cartilage qui recouvre les os est abîmé. Ce cartilage permet le glissement des os entre eux. Dans le cas de la cheville, il s'agit de l'atteinte du cartilage du talus (aussi dénommé astragale), du tibia et parfois aussi le bas du péroné (malléole fibulaire).



Anatomie de la cheville saine (face)



Anatomie de la cheville saine (profil)



L'atteinte du cartilage de la cheville (arthrose) peut-être causée par :

- Une séquelle de **traumatisme grave** (fracture) ou des traumatismes répétés (entorses multiples) ;
- Des **rhumatismes inflammatoires** (La plus fréquente : polyarthrite rhumatoïde) ;
- Si aucune cause évidente n'est connue, c'est une arthrose dite « **primitive** » ou « idiopathique ». Elle est parfois favorisée par un trouble de l'axe (Pied plat, fracture de jambe ancienne) ;
- D'autres causes **plus rares** existent (malformations, maladies articulaires, nécrose osseuse...).

QUELS SONT LES SYMPTOMES DE L'ARTHROSE DE CHEVILLE ?

Sans cartilage, les surfaces osseuses « frottent » l'une contre l'autre sans élément d'interposition et de glissement entraînant :

- Une douleur à la mobilisation
- Une raideur articulaire
- Un gonflement articulaire (par épanchement de liquide synovial)
- Une désaxation du talon si l'usure est asymétrique

L'examen médical recherche ces signes cliniques ainsi que les causes de votre arthrose.

La radiographie simple en charge (debout) permet de mettre en évidence l'arthrose, car l'espace entre les os diminue (on appelle cela le pincement articulaire). D'autres examens peuvent être utiles (scanner, IRM, échographie).



QUELS SONT LES TRAITEMENTS DE L'ARTHROSE DE CHEVILLE ?

Points forts :

La grande majorité des arthroses de cheville ne nécessite pas d'intervention

L'indication de l'intervention dépend essentiellement du handicap ressenti

L'intervention vise à obtenir une diminution des douleurs

mais ne permet pas d'avoir une cheville normale (notamment pour la pratique du sport)

Tout d'abord : le traitement est médical.

Selon l'origine du problème, différentes solutions peuvent être proposées comme :

- Une perte de poids
- Des traitements médicamenteux (antalgiques, anti-inflammatoires, protecteurs de cartilage)
- Des séances de kinésithérapie.
- Une correction avec des semelles orthopédiques et/ou chaussures adaptées (semelle amortissante, bon maintien de pied)
- Une injection intra-articulaire (infiltration)



- Un traitement de la cause si cela est possible (traitement spécifique des maladies inflammatoires telles que la polyarthrite)
- Un arrêt des activités physiques comprenant un impact (course à pied) au profit d'activités telles que la natation, vélo.

En cas de symptômes invalidants : le traitement est chirurgical.

1/ Chirurgie conservatrice : conservation de l'articulation

Si le cartilage est encore présent en partie : le chirurgien peut envisager la correction d'une désaxation par ostéotomie (coupe osseuse permettant de réaligner l'os) au niveau du genou/cheville/talon). Plus rarement en réalisant un nettoyage articulaire (s'il existe un corps étranger). Ou enfin en réalisant la correction d'un mauvais positionnement de fracture. Enfin sur des lésions de cartilage très partielles (mais il ne s'agit pas, à ce stade, d'arthrose évoluée) : on peut réaliser des greffes de cartilage, des greffes osseuses ou des prothèse partielles. Ces traitements ne seront pas détaillés dans ce livret.

2/ Chirurgie Radicale : Prothèse ou Arthrodèse

S'il n'y a plus du tout de cartilage, le chirurgien vous proposera la réalisation d'une chirurgie radicale : c'est-à-dire que l'articulation ne sera pas conservée telle quelle. Il y a deux possibilités : pose d'une prothèse ou une arthrodèse (ces techniques seront développées dans ce livret).

QUAND SE FAIRE OPERER ?

La pose d'une prothèse totale de cheville peut être envisagée sous deux conditions nécessaires :

1. Votre cheville doit être douloureuse et votre autonomie est limitée avec une gêne fonctionnelle majeure.
2. Les radiographies montrent que le cartilage de l'articulation entre le tibia et le talus doit être partiellement ou totalement détruit.

Bien sûr, il ne doit pas y avoir de contre-indication à la prothèse de cheville.

Il n'y a pas d'urgence : il s'agit d'une chirurgie réglée qui doit être préparée physiquement et psychologiquement.

UNE PROTHESE DE CHEVILLE, QU'EST-CE C'EST EXACTEMENT ?

C'est le remplacement des surfaces articulaires (normalement constituées de cartilage) par une surface de forme identique mais synthétique.

Contrairement aux idées reçues, la prothèse de cheville a une longue histoire. Les premières prothèses de cheville ont été posées dans les années 1970, mais ces premiers modèles n'étaient pas au point (instabilité, perte osseuse, difficultés de fixations de l'implant sur l'os) car ils n'étaient pas adaptés à l'anatomie exacte de la cheville.

L'analyse de ces échecs et la correction de ceux-ci, la mise au point de nouveaux alliages et l'amélioration des techniques de production ont permis



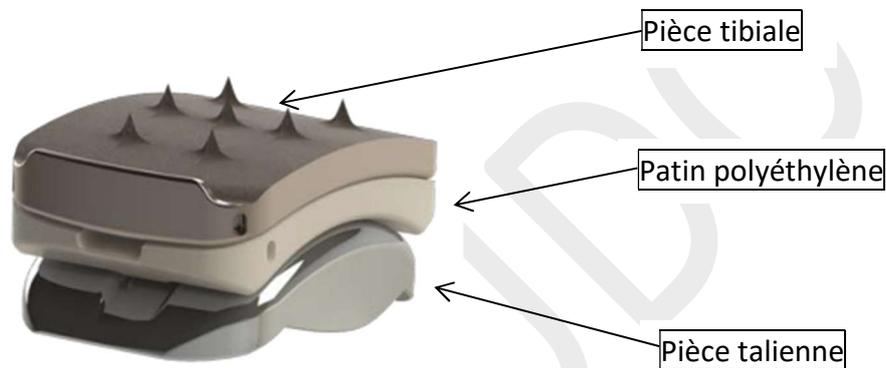


des innovations majeures rendant les modèles actuels fiables. La littérature scientifique internationale actuelle le démontre largement.

Les prothèses actuellement implantées sont des prothèses de « 3ème génération ». Les implants reproduisent l'anatomie. La fixation se fait sans ciment (c'est l'os qui repousse sur le revêtement).

La prothèse posée par votre chirurgien est une prothèse à « patin fixe », elle se compose de 3 pièces :

- Une pièce métallique tibiale ;
- Une pièce talienne ;
- Un patin en polyéthylène fixée sur la pièce tibiale.



On parle de prothèse « **totale** » car elle remplace **totalement le cartilage** (les 2 faces composant l'articulation : tibia et talus). Bien sûr la prothèse ne remplace pas l'os, les ligaments, tendons, nerfs et vaisseaux et enveloppe cutanée : **ces structures sont préservées.**

Les implants sont un **resurfaçage articulaire** : ils ne recouvrent que les parties où se situait le cartilage et leur forme est anatomique. Ils utilisent les muscles tendons et ligaments naturels du patient, ce qui explique que l'on ne peut pas poser de prothèse dans tous les cas. Ce dessin anatomique des surfaces prothétiques vise à reproduire le fonctionnement d'une cheville naturelle.

Les implants sont composés d'acier chirurgical recouvert – dans les parties en contact avec l'os – d'un revêtement de microbilles de titane fixées à très haute température (plasma de titane). Une quille permet la stabilité initiale puis l'os repousse sur le titane pour obtenir une fixation durable et pérenne.



QUE SE PASSE-T-IL EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT ? (QUELS RISQUES ?)

Points forts :

L'évolution est très variable d'un individu à un autre. Chaque cas est un cas particulier et il n'est pas possible de prédire avec exactitude son évolution potentielle.

Dans la majorité des cas l'adaptation du chaussage suffit à soulager les douleurs.

La chirurgie est proposée dans les cas les plus graves.

L'arthrose peut, dans les cas les plus favorables se stabiliser. La gêne résiduelle est modérée avec des douleurs sur les longues distances et la difficulté de pratiquer des sports à impact. Dans ce cas de gêne modérée, il vaut mieux éviter toute intervention.

Dans les cas moins favorables, en l'absence d'intervention, l'arthrose peut s'aggraver petit à petit, augmentant par ce biais les symptômes : crises douloureuses plus intenses et plus rapprochées, boiterie, limitation du périmètre de marche, enraidissement, désaxation du pied.

Dans les cas encore plus avancés : la douleur peut être intense rendant la marche impossible. Les ligaments et tendons peuvent se déchirer et l'os peut être très abîmé voire détruit.

QU'EST CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION ?

L'intervention a pour but d'**améliorer les symptômes** notamment de **supprimer les douleurs mécaniques** à la marche qui handicapent lourdement le patient.

Malheureusement, la qualité du résultat est difficile à garantir. La diminution des douleurs qui étaient causées par l'arthrose est la règle. Il peut rester quelques douleurs musculaires ou ligamentaires. L'intervention ne corrige pas non plus les douleurs nerveuses (neuropathiques). La souplesse résiduelle du pied (via les autres articulations) permet de garder une marche assez symétrique. Plus ces articulations seront souples, plus le résultat sera bon.

Cela permet donc d'**améliorer la qualité de vie** et d'obtenir une fonction très satisfaisante les gestes de la vie courante (marche en ville, travail, pratique des escaliers, vélo, natation, sport en salle).

En revanche, l'intervention n'a pas pour but de redonner une cheville de sportif : il ne faut pas espérer pouvoir faire de la course à pied ou des sports à impacts.

Pour les activités intermédiaires (ski, escalade) : cela n'est pas interdit, mais pouvoir le faire n'est pas garanti. De plus, il faut que votre niveau sportif avant d'avoir l'arthrose eut été bon et que la souplesse de votre cheville opérée soit suffisante. Rappelons que l'intervention est proposée chez les patients qui ont des difficultés à la marche au quotidien et non chez les sportifs qui ne sont pas en mesure de pratiquer librement leur sport.

PROTHESE DE CHEVILLE : EN PRATIQUE

PROGRAMMATION DE L'INTERVENTION

Après une ou plusieurs consultations, l'intervention est proposée. L'intervention sera réalisée au cours d'une hospitalisation conventionnelle d'environ trois nuits.

CONSULTATION AVEC LE CHIRURGIEN

Un bon résultat : c'est proposer la bonne chirurgie au bon patient et au bon moment.

L'indication chirurgicale :

La consultation avec le chirurgien est cruciale. Elle permet de rechercher des signes d'arthrose pour poser un diagnostic, rechercher les facteurs pouvant causer cette arthrose. Le but est de connaître vos habitudes de vie, profession, sport, attentes et de rechercher des maladies chroniques. Selon ces informations, votre chirurgien vous proposera un traitement adapté à votre cas, en pesant les bénéfices et les risques.

L'examen vise à évaluer la qualité de ce qu'il y a « autour » de l'articulation de la cheville : la peau, les tendons et ligaments, les nerfs sensitifs, les articulations adjacentes (pied, genou, hanche et colonne vertébrale) ainsi que des maladies générales (problèmes vasculaires, neurologiques, diabète, tabagisme...).

À la suite de cet interrogatoire, de l'examen clinique et radiologique de votre cheville, **le chirurgien vous proposera une prothèse de cheville** et les avantages de cette intervention notamment par rapport à l'autre alternative qu'est l'arthrodèse de cheville.

Il est primordial de vérifier que le résultat probable de l'intervention coïncide avec le résultat escompté par le patient. Bien sur cette consultation vous permet de poser toutes les questions sur ce que l'on peut attendre de l'intervention.

La logistique :

La consultation vise également à organiser l'intervention sur le plan logistique.

La plupart du temps, vous pouvez rentrer à la maison. La **participation des proches** est importante, car vous ne pourrez pas sortir de la maison pendant au moins 2 semaines et votre déambulation sera limitée pendant 6 à 10 semaines.

En cas de retour à la maison : une **infirmière** devra faire les pansements tous les 2 jours pendant 15 jours et qu'elle fasse une injection d'anticoagulant tous les jours pendant 6 semaines (vous pouvez vous les faire vous-même) avec la réalisation de contrôle sanguin une à deux fois par semaine. Après la deuxième semaine, il faut prévoir une rééducation par un **kinésithérapeute** (soit à domicile soit dans son cabinet) deux fois par semaine.

Un contrôle de la cicatrice est réalisé au 15^{ème} jour post-opératoire : en envoyant une photographie par mail (docteur.gaudot@gmail.com).

Si vous vivez seul(e), en appartement sans ascenseur ou que l'accès aux soins est difficile, le docteur Gaudot prévoira un centre de rééducation. La demande sera faite par la secrétaire.

FORMALITES DE PROGRAMMATION DE L'INTERVENTION

1. La secrétaire du docteur Gaudot va organiser l'intervention avec vous :

- **Choix d'une date opératoire**
- **Prise de rendez-vous avec l'anesthésiste**
- **Réservation de chambre**
- Remise des ordonnances : botte de marche, cannes, déambulateur, fauteuil roulant.
- Formulaire expliquant la préparation cutanée (dépilation)
- Gestions des examens complémentaires
 - Vos radiographies sont conservées docteur Gaudot (afin d'éviter les oublis de dernière minute)
 - Réalisation du bilan préopératoire : prise de sang, bilan dentaire et éventuellement bilan urinaire.
- Devis des honoraires chirurgicaux et d'anesthésie (à adresser à votre mutuelle)
- Si besoin : demande de centre de rééducation
- Consentement éclairé (qui vise à tracer que l'information a été délivrée)
Ce consentement signé doit être renvoyé au secrétariat.

2. La consultation d'anesthésie

Cette consultation est obligatoire. (Numéro du secrétariat d'anesthésie : 01 42 15 41 32).

La consultation avec l'anesthésiste a pour objectif choisir votre mode d'anesthésie en toute sécurité après avoir fait une évaluation médicale.

Il faut venir muni du **bilan sanguin prescrit** ainsi que vos **documents** éventuels (ordonnances de traitement personnel, consultation cardiaque, pulmonaire...)

L'anesthésiste choisira les techniques d'anesthésie et d'analgésie les plus adaptées pour vous. Il vous dira quels sont les traitements à poursuivre et ceux qui devront être arrêtés avant l'intervention. C'est le moment de poser vos questions sur la prise en charge de la douleur.

Pour la prothèse de cheville : une anesthésie générale ou une rachianesthésie vous est proposée, associée, à une analgésie locorégionale complémentaire (Petit cathéter posé près du genou afin d'endormir un peu les nerfs).

L'anesthésie vous précisera les traitements personnels à poursuivre et à arrêter éventuellement. Les horaires à respecter quant aux repas et boissons, usage du tabac

3. Programmation des hospitalisations

Le numéro du bureau des programmations est le 01 42 15 41 20.

Une pré-admission sera à réaliser sur le portail internet de la clinique Jouvenet (<https://portail.ramsayservices.fr>).

Un fascicule explicatif vous sera remis.

Cette préadmission vous permet de choisir votre type de chambre seule, double et les prestations hôtelières qui vous paraissent les plus adaptées.

AVANT L'INTERVENTION, COMMENT ME PREPARER ?

Si vous êtes fumeur, l'arrêt du tabac est indispensable. Le tabac multiplie nettement les risques de complications infectieuses, les anomalies de cicatrice, le risque de thrombose vasculaire et de retard de consolidation osseuse. L'arrêt du tabac, au mieux 6 semaines, avant l'intervention diminue significativement le taux de complications post-opératoires. Cela est possible pour des interventions programmables comme une prothèse de cheville qui ne sont pas des interventions chirurgicales à faire en urgence.

N'hésitez pas à contacter **TABAC INFO SERVICE** au 39.89 ou www.tabac-info-service.fr

Une ordonnance de **kinésithérapie préopératoire** vous sera donnée afin d'apprendre à béquiller.

Différents examens tels que bilan dentaire, urinaire (si besoin), vasculaire (doppler artériel) peuvent vous être demandés.

Si vous êtes en surpoids, la perte de quelques kilogrammes est toujours bénéfique pour vos articulations. Nous vous conseillons de faire appel à un diététicien ou à un médecin nutritionniste pour vous accompagner dans votre perte de poids.

Il est toujours plus simple d'anticiper et de se procurer le matériel nécessaire avant l'intervention (cannes, fauteuil, déambulateur, arceau de lit).

Préparation cutanée :

Il faut faire une dépilation à l'aide d'une crème dépilatoire (pas de rasoir) de la jambe **et** de la cuisse, quelques jours avant la chirurgie (pas le veille, en cas de petite réaction allergiques cutanée).

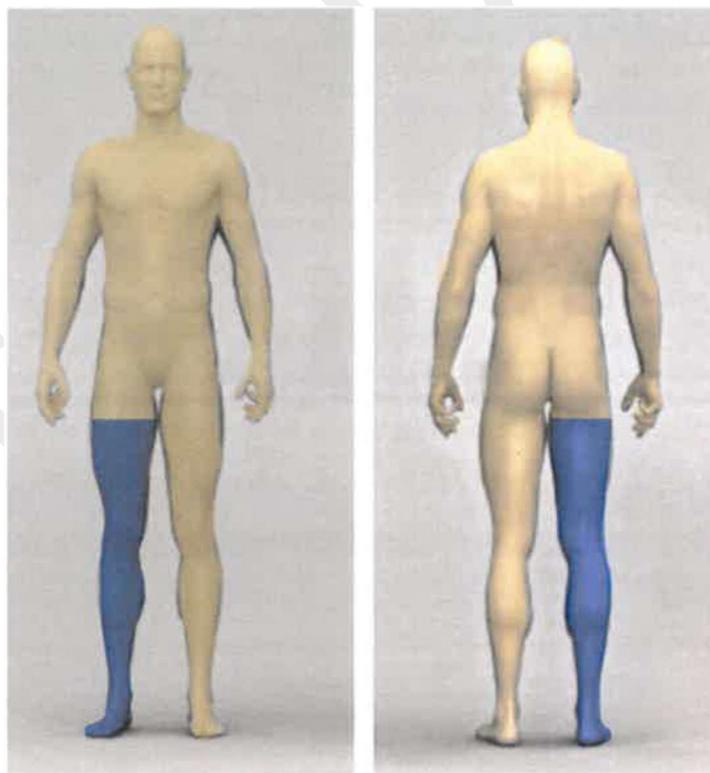


Fig. : zone à dépiler

L'HOSPITALISATION

Selon votre état de santé initial, votre capacité à béquiller et les difficultés liées à votre environnement, l'hospitalisation dure environ 3 jours.

Vous entrez la veille de l'intervention dans l'après-midi ou le matin même de l'intervention.

Pour se présenter à la clinique, NE PAS OUBLIER :

Ordonnances de traitement personnels
Effet personnel (toilette, serviette de bain, vêtement)
Cannes et/ou déambulateur
Botte de marche
Radiographies (si le Dr Gaudot ne les a pas gardées)
Carte d'identité
Carte vitale
Moyen de paiement

L'INTERVENTION

Votre accueil se fait directement dans le service d'hospitalisation.

L'admission est finalisée et rendue effective : un chèque de caution vous sera notamment demandé dans le cadre d'une hospitalisation, la télécommande de la télévision (si l'option a été choisie) vous sera remise...

Si vous êtes hospitalisé le jour de l'intervention : la veille de l'intervention, vous devrez prendre une douche corps entier y compris la tête avec la solution de Bétadine moussante ou Hibiscrub (si vous avez une allergie) (bien se rincer à l'eau claire). Vous reprendrez une douche le matin de l'intervention avant de venir à la clinique. Vous pouvez-vous sécher avec votre serviette personnelle.

Il faut signaler tout problème médical récent (bronchite, fièvre, plaie sur la zone à opérer, troubles digestifs...).

En général, il faut être à jeun après minuit (pas de tabac, eau, confiserie, nourriture).

Il est tout à fait normal d'être un peu anxieux avant votre opération. N'hésitez pas à en parler aux professionnels qui vous accompagneront.

Le brancardier vous amène au bloc avec votre dossier médical et votre botte de marche.

Anesthésie :

Vous descendez au bloc opératoire et votre anesthésiste pratique l'anesthésie convenue.

Votre anesthésiste réalise dans un premier temps une anesthésie loco-régionale à l'arrière de votre genou en injectant un médicament de longue durée d'action. Par une échographie réalisée simultanément, il contrôle que

le produit est bien délivré au contact du nerf. Dans certains cas, il place un cathéter au contact de ce nerf afin de réinjecter et ainsi ré-endormir le nerf ultérieurement en cas de besoin.

Puis il pratique l'anesthésie proprement dite (anesthésie générale ou rachianesthésie).

En salle d'opération :

L'équipe du Gaudot est composée d'un(e) infirmier(ère) de bloc et de l'aide-opérateur du docteur Gaudot (William). Le geste chirurgical dure 60 à 90 minutes.

Dans le cadre de la check-list de sécurité prévue par la Haute Autorité de Santé Plusieurs, questions de sécurité sont posées (identité, allergie, nom de votre chirurgien, intervention prévue, côté) (nb : le Docteur Gaudot est accrédité par la HAS).

Vous serez installé sur le dos avec un coussin sous la fesse du côté à opérer. L'intervention ne débute qu'après les vérifications de sécurité concernant le matériel.

La cicatrice se situe à l'avant de la cheville sur une longueur d'environ 12 cm.

Des gestes complémentaires peuvent être nécessaires : allongement tendineux (souvent le tendon d'Achille), recoupe du calcanéum, libération de tendons.

Si ces gestes sont réalisés, les consignes décrites ci-après peuvent être modifiées.



DANS TOUS LES CAS : IL FAUDRA SUIVRE LES CONSIGNES PERSONNALISEES QUI VOUS SERONT EXPLIQUEES APRES L'INTERVENTION.

En salle de réveil :

A la sortie du bloc opératoire, votre pied sera maintenu par une botte avec un tuyau qui aspire l'excès de sang (un drain de Redon).

Après l'intervention, vous allez être surveillé pendant environ 2 heures en salle de réveil. Ce moment est important pour ajuster vos traitements contre la douleur, et gérer les éventuelles conséquences transitoires de l'anesthésie (nausée, rétention urinaire...).

Dans la grande majorité des cas, l'association de plusieurs antalgiques vous sera proposée par voie orale et suffiront à diminuer amplement les douleurs causées par la chirurgie. Dans ce cas, vous remonterez dans votre chambre avec une douleur très faible, et vous disposerez des traitements suffisants pour la gérer si besoin.

Le premier lever se fait avec l'aide d'une tierce personne (chirurgien ou kinésithérapeute), il sera fait le soir même de l'intervention ou le lendemain selon votre fatigue et l'heure de retour dans la chambre.

Dans votre chambre :

Les infirmières d'hospitalisation vérifient que l'anesthésie commence à se lever. Une collation vous est proposée. On vérifie la reprise du transit et des mictions.

Le pansement est surveillé (saignement éventuel), ainsi que la survenue de douleurs éventuelles.

LES JOURS SUIVANT L'INTERVENTION

Vous voyez le docteur Gaudot et votre anesthésiste régulièrement pendant l'hospitalisation.

L'appui est autorisé toujours avec la botte.

Il faut être prudent (ne pas forcer sur la douleur et limiter la marche au strict nécessaire).

Les infirmières réalisent les premiers pansements.

Les kinésithérapeutes vous guideront tout au long de votre séjour. Ils vous conseilleront sur les gestes à faire et ceux à ne pas faire. Ils vous proposeront des techniques et des exercices afin que vous récupériez au plus vite votre autonomie. Lorsque vous êtes au repos pensez à bien surélever votre pied pour éviter toutes complications liées à la pose d'une immobilisation (gonflement du pied, douleur...)

Les radiographies de contrôle permettent de s'assurer de l'absence de complication (fissure de malléoles, mobilisation précoce des implants) et serviront de référence pour le suivi.

Un traitement **anticoagulant** est prescrit (en comprimé ou en injection). **Soyez très attentifs à bien suivre ce traitement qui empêche la survenue de phlébites.**

Des antalgiques vous seront prescrits, n'hésitez pas à les prendre. Puis après le 7^{ème} jour, si vous n'avez plus de douleur, il n'est pas nécessaire de prendre systématiquement les antalgiques.

Les 15 premiers jours il faut respecter un repos : **ne pas sortir du domicile et limiter la marche**. L'appui est autorisé, toujours en gardant la botte. De même, la botte doit être gardée la nuit pour dormir.

Des pansements de la cicatrice sont nécessaires tous les 2 à 3 jours, jusqu'à cicatrisation complète (**15 jours**). Dès l'ablation des fils entre le 15^{ème} et le 18^{ème} jour, vous pourrez reprendre des douches sans protection de la cicatrice. S'il persiste une ou deux croûtes sur la cicatrice, ne les arrachez pas : elles tomberont spontanément lorsque la cicatrisation sera terminée.



LES SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES : Le retour à la maison J1 à J45

Règle n°1 :

LA BOTTE DE MARCHÉ DOIT ÊTRE TOUJOURS EN PLACE JUSQU'À LA CONSULTATION DE CONTRÔLE

**Quel que soit l'avis d'autres professionnels
(kinésithérapeute, ostéopathe, médecin traitant, médecin rééducation...)**

LE RETOUR AU DOMICILE : DU 1^{er} AU 45^{ème} JOUR

Après l'hospitalisation, quand les douleurs sont bien contrôlées avec des médicaments simples, que l'autonomie est acquise et la cicatrice contrôlée, vous pouvez rentrer chez vous. Le retour se fait vers le domicile. Dans de rares cas (patient vivant seul, autre problème de santé lourd, difficultés de béquillage) la convalescence se fait en centre.

Les 15 premiers jours (à partir de l'intervention) :

IL FAUT RESPECTER LA CICATRICE

DONC : TRES PEU MARCHER en distance

Afin d'éviter tout trouble de cicatrisation, il faut modérer ses activités. Tout mouvement intempestif, toute position debout prolongée peut engendrer de l'œdème, faire sauter des points de suture, créer un hématome : ce qui est la porte ouverte à un problème infectieux.



Il faut différencier : appui complet et la limitation de la marche.

Appui complet = vous pouvez mettre le poids du corps sur la cheville opérée

Limitation de la marche = rester dans un périmètre restreint

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Sauf recommandation contraire, l'appui est autorisé complètement, à moduler selon les douleurs.
- Lorsque vous n'êtes pas debout en train de marcher, il est recommandé de s'asseoir ou de s'allonger pour surélever la jambe.
- **Toujours porter la botte de marche +++++**
- Ouvrir la botte de marche afin d'aérer la jambe, mettre un jersey ou une chaussette pour éviter de salir la botte
- **L'immobilisation doit être gardée 24 heures/24 heures.**
- Mettre une poche glacée sur la cicatrice (environ 20 minutes, trois fois par jour)
- Mobiliser les orteils, bouger la cuisse et la hanche.
- Faire les pansements par une infirmière 3 fois par semaine
- Prendre son traitement antalgique et anticoagulant.
- Manger équilibré en évitant le tabac et l'alcool, privilégier les protéines et éviter les sucreries.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE :

- Rester debout trop longtemps, marcher longtemps
- Mouiller la cicatrice.
- Vouloir en faire de trop, surtout s'il y a des douleurs
- Ne pas prendre son traitement antalgique alors qu'il y a des douleurs

Appui et périmètre de marche

L'appui est autorisé avec la botte de marche. **Le périmètre de marche doit être limité au domicile les 2 premières semaines.** Une position verticale prolongée augmente les douleurs, l'œdème du pied, l'hématome du site opéré.

Surélever la jambe et glacer 3 fois par jour pendant 20 minutes.

La botte de marche

L'appui se fait **toujours** sous protection d'une botte de marche post-opératoire (ou bien d'une résine). Il faut dormir avec la botte jusqu'à la consultation de contrôle du 45^{ème} jour.

Toujours vérifier que le talon soit bien au fond

Il faut mettre une chaussette ou un jersey pour éviter de salir la botte (la peau desquamé dans la botte en 6 semaines)

Quand vous êtes allongé : vous avez le droit d'ouvrir l'enrobage de la botte afin d'aérer la jambe.

Le pansement

Une infirmière doit faire le pansement, **trois fois par semaine pendant 15 jours.**

L'hygiène des mains est capitale : il faut toujours bien se laver les mains avant de toucher au pansement.

Les fils sont résorbables (sauf cas particuliers).

Ne mouillez pas le pied : protégez dans un sac en plastique. Lavez les orteils et la plante du pied avec un gant.

Les médicaments

La prescription est faite par l'anesthésiste, La douleur post-opératoire est bien contrôlée par des antalgiques simples (Paracétamol, Tramadol, Acupan, Anti-inflammatoire).

Il ne faut pas attendre d'avoir très mal, prenez les antalgiques selon le rythme prescrit.

La prescription d'anticoagulant préventif (à faible dose) par injection ou comprimé est systématique.

Arrêt de travail

Un arrêt de travail est nécessaire : il est d'au moins 6 semaines. Un arrêt est donné lors de la sortie jusqu'à la première consultation. La durée est fonction du type de travail : plus court pour des professions sédentaires et plus long pour un travail de force.

Conduite automobile - Sport

Il ne faut pas conduire pendant les 2 premiers mois.

De même, il ne faut pratiquer aucun sport. Sont tolérés, les exercices du haut du corps et du tronc (à plat-dos) si vous prenez garde à ne pas avoir de choc sur le pied opéré.

CONTROLE DE LA CICATRICE

La cicatrice doit être contrôlée le 15^{ème} jour (par votre infirmière).

Dans certains cas, le docteur Gaudot peut vous convoquer en consultation au 15^{ème} jour (peau fine et fragile, cicatrices multiples). Le cas échéant, le rendez-vous est donné lors de la sortie d'hospitalisation.

A ce stade, il n'y a plus besoin de soins de pansement. La plaie peut être mouillée sous la douche. S'il y a encore des petites croûtes, vous pouvez protéger avec un pansement simple.

Il faut marcher avec la botte de marche jusqu'au 45^{ème} jour post-opératoire. Le périmètre de marche peut être augmenté progressivement.

Urgence

En cas de problème vous pouvez appeler au :

Secrétariat : 01 42 15 42 89 de 9h30 à 17h

Clinique : 01 42 15 41 97 de 17h à 9h30 et les week-ends

CONSULTATION DE CONTROLE

Une consultation vers le 45^{ème} jour post-opératoire est prévue avec une radio de contrôle.

Le rendez-vous est fixé lors de la sortie d'hospitalisation.

Le Docteur Gaudot va évaluer votre cheville (mobilités, œdème, douleurs, analyse radiographique).

Il va faire une **prescription de rééducation**, vous donner des conseils de reprise d'activité.

APRES LE 45^{EME} JOUR ET LE SUIVI AU LONG TERME

La récupération est très variable d'une personne à l'autre et dépend beaucoup de l'état de votre cheville avant l'intervention et de votre condition physique. Par ailleurs, d'autres articulations sont souvent aussi un peu abimées (la sous-talienne), et peuvent rester douloureuses, car elles ne sont pas traitées par la prothèse.

La reprise de la marche :

La reprise des activités de la vie courante se fait graduellement, mais à la fin des 6 premières semaines, vous serez autonome dans les gestes quotidiens (monter, descendre l'escalier). Il est possible de conduire une voiture à partir de 6 semaines pour un pied gauche et 8 semaines pour un pied droit.

A partir du 3^{ème} mois, la marche est quasi-normale, sans boiterie. Un résultat définitif peut être escompté entre 6 et 12 mois. La mobilité est suffisante pour toutes les activités de la vie courante. La prothèse permet de retrouver une cheville quasi indolore. Néanmoins, certains mouvements peuvent rester sensibles.

La cheville présente un œdème qui diminue mois après mois. Sur les chevilles avec un passé lourd, la cheville opérée est souvent définitivement plus grosse que l'autre cheville saine

Il est possible de conduire une voiture à partir de 6 semaines pour un pied gauche et 8 semaines pour un pied droit.

Le sport et les activités :

La reprise du sport se fait sous certaines conditions. La reprise de certaines activités sportives peut alors se faire avec prudence et modération : marche, vélo, natation, golf à partir de 45 jours. Pour les autres sports, la reprise se fait après le 3^{ème} mois. Les sports de pivot, sports violents avec impact, ne sont pas recommandés.

Pendant la première année, le résultat s'améliore : la cheville s'assouplit (même sans rééducation, lors de l'usage quotidien), les douleurs résiduelles s'estompent.

Le suivi est primordial pour la prothèse de cheville. **L'impossibilité de se faire suivre sur le long terme est une contre-indication à la pose de prothèse.**

**UN CONTROLE RADIOGRAPHIQUE ET CLINIQUE EST REALISE
A UN AN DE L'INTERVENTION
PUIS TOUS LES 1 A 2 ANS.**

Il faut être vigilant si vous avez une infection quelconque (dent, intestin, urines...) car, dans de très rares cas, les bactéries peuvent s'installer sur la prothèse en passant par le sang. La prothèse devient brutalement très douloureuse et la cheville est enflée et rouge. Il faut dans ce cas consulter rapidement votre chirurgien.

Vous pouvez faire sans limitations les sports sans impact : marche, randonnée, vélo, sport en salle, natation. Evitez la course à pied, les sports de combats et les sports à risque de traumatisme (réception de saut).

Une cheville prothésée n'est pas indestructible : elle peut être sujette à des entorses ou des fractures. Sa prise en charge est spécialisée. En cas de problème, faites-vous immobiliser (attelle, plâtre) et veuillez contacter votre chirurgien.



LES RISQUES et COMPLICATIONS

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, **toute intervention comporte un risque de complication**. Ces risques peuvent être le fait du hasard, de facteurs non contrôlables, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non, locaux ou généraux) ou le non-respect des consignes opératoires.

Il ne faut pas perdre de vue que **la chirurgie du pied est une chirurgie dont les suites sont très souvent simples**. Nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans votre pathologie.

Toutes les complications ne peuvent être précisées, nous ne noterons que les plus fréquentes et les plus graves qui peuvent survenir pendant ou après l'intervention (pour certaines d'entre elles plusieurs mois plus tard). Les complications peuvent nécessiter d'autres interventions (ablation de prothèse avec greffe osseuse prélevée sur le bassin / Changement d'une partie ou de la totalité des implants). La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique et/ou individuelle.

A COURT TERME, ON PEUT OBSERVER

TROUBLE DE CICATRISATION : Les troubles de cicatrisation peuvent aller de la cicatrice disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Le risque est augmenté par une pathologie générale ou locale (diabète, fumeur, insuffisances circulatoires). Très souvent, des soins infirmiers adaptés (pansement gras) permettent d'en venir à bout. Cependant la nécrose cutanée peut exceptionnellement nécessiter d'envisager une greffe de peau ou la réalisation d'un lambeau cutané. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection et obliger à retirer la prothèse.

HEMATOME : C'est la présence de sang sous la cicatrice. Il survient chez des patients sous anticoagulants ou bien chez ceux qui n'ont pas suffisamment respecté les consignes de repos. Il faut impérativement limiter la marche (rester au domicile) et glacer la cheville au moins 3 fois par jour. Cet hématome peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical. C'est aussi une porte ouverte vers une infection.

INFECTION : L'infection se déclare après le passage d'un germe présent sur la peau du patient vers la profondeur. La désinfection et les protocoles de préparation cutanée permettent de diminuer fortement le risque. De même, au domicile, une bonne hygiène, l'utilisation de serviettes lavées quotidiennement, les ongles courts, brossés (main et pieds), permettent de minimiser le risque. En effet, les bactéries sont omniprésentes, autant chez vous que dans les établissements de santé.

L'infection peut être superficielle mais aussi peut nécessiter une intervention de nettoyage chirurgical et l'administration d'antibiotique.

L'infection peut retarder le résultat et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles (raideur, perte de correction).

Certains facteurs comme une fracture ouverte (même ancienne) de multiple intervention, une peau de mauvaise qualité, une mauvaise qualité artérielle, le diabète, le tabagisme ou des immunodépressions (corticoïdes...) peuvent favoriser la survenue de cette complication.

DOULEURS : Il peut arriver que la cheville reste douloureuse en continu rendant difficile l'appui et gênant la rééducation. Ces douleurs nocturnes, insomniantes, continues à type de décharge électrique sont dites « neuropathiques » : il s'agit de douleurs issues de l'irritation des nerfs sensitifs de la cheville. Elles surviennent plus souvent si vous avez déjà eu des douleurs de ce type. Si elles sont importantes, des traitements spécifiques seront mis en œuvre. Elles s'estompent avec le temps mais ralentissent et diminuent le résultat final.

COMPLICATIONS LOCALES :

Malléoles / Os : Il peut y avoir une fracture malléolaire : soit pendant l'intervention soit les jours qui suivent. En cas de déplacement il faut stabiliser la fracture (mettre une vis). Cela ralentira les suites (pas d'appui pendant 6 semaines), mais sans avoir forcément d'incidence sur le résultat final.

Muscles / Nerfs / Tendons : Etant donné 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 réintervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer ou suturer des tendons...

GESTES ASSOCIES : Ils sont souvent anticipés par votre chirurgien et le cas échéant vous en êtes avertis. Malgré tout, il est possible que des gestes non prévus soient devenus nécessaires pendant l'intervention : libération de ligament, reconstruction de ligament, greffe osseuse, allongement de tendon (notamment Achille), réaligement osseux (ostéotomie). Ces gestes associés à la prothèse changent les suites mais ils ont pour but de garantir un fonctionnement optimal de votre prothèse. La non-réalisation de ces gestes diminuerait le résultat fonctionnel de votre prothèse.

L'INTOXICATION TABAGIQUE : L'intoxication tabagique est un facteur de risque extrêmement néfaste pour la chirurgie du pied et de la cheville (entre autres). Le tabac favorise les troubles cicatriciels, les infections et les complications thrombo-emboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse.

Le sevrage du tabac est FORTEMENT recommandé

N'hésitez pas à contacter **TABAC INFO SERVICE** au 39.89 ou www.tabac-info-service.fr

LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES (phlébite) : Il s'agit d'un caillot sanguin obstruant les veines des jambes et réalisant une phlébite. Ce caillot peut aussi migrer et être responsable d'une embolie aux conséquences parfois graves voire fatales. Elles sont très rares dans ce type de chirurgie. La prescription d'anticoagulant à faible doses (préventif) est systématique.

COMPLICATIONS GENERALES : liées à la prise de médicament (intolérance, allergie), décompensation d'une maladie préexistante.

LES COMPLICATIONS MÉDICAMENTEUSES : Les médicaments utilisés (antalgiques, anesthésiques, anti-inflammatoires, anticoagulants, antibiotiques) ont des risques propres et parfois graves qui sont imprévisibles.

A LONG TERME, ON PEUT OBSERVER

UN MAUVAIS RESULTAT : la qualité du résultat ne peut être garantie.

Malgré toute l'attention portée à la chirurgie, il est possible que le résultat ne soit pas à la hauteur des espérances (cheville raide, quelques douleurs résiduelle, défaut d'axe résiduel).

DESCELLEMENT : La prothèse de cheville est posée sur vos os et la pérennité du résultat dépend de la cicatrisation de l'os sur la prothèse. A long terme, on peut observer : soit une fixation qui ne se fait pas (secondaire à un appui intempestif, des consignes non respectées, infection chronique, allergie et, rarement, une absence de cause connue) ou bien un descellement secondaire (après un accident ou la survenue de trous dans l'os appelé « géodes »). Dans ce cas, un changement d'implant peut être réalisé ou bien une arthrodèse.

Facteurs de risque : ostéoporose, sujet âgé, obésité, tabagisme, absence de respect des consignes chirurgicales.

MATERIEL (VIS) : Dans certains cas, le chirurgien doit poser, en plus de la prothèse, du matériel (vis, agrafes, ancre osseuse...). Le matériel chirurgical est inerte et n'est pas visible ou ressenti. Il n'est pas nécessaire de l'enlever systématiquement. Très rarement, à distance de l'intervention initiale, si celui-ci était responsable d'une gêne ou d'un conflit local, il peut être utile de le retirer.

USURE et FORMATION DE GEODES : Une usure des implants peut être observée et nécessiter un changement de la pièce ou de l'implant. Cette usure est observable vers la quinzième année mais est très variable.

La résorption de ces particules peut former des trous dans l'os « géodes » qui peuvent déstabiliser l'implant ou entraîner des fractures. La survenue de ces géodes est devenue très rares depuis la pose d'implant de troisième génération à patin fixe.

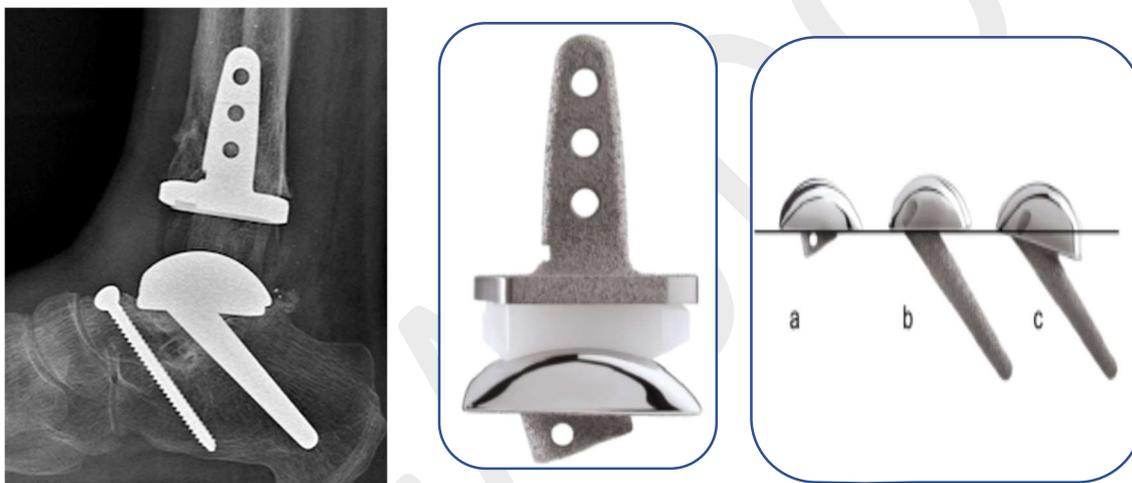
RAIDEUR : tout geste articulaire peut entraîner un enraidissement de l'articulation, temporaire ou définitif. La raideur peut être secondaire à la formation de calcifications autour de la cheville. La formation de calcification varie énormément d'un individu à un autre. Cette raideur peut nécessiter des séances de rééducation ou même une réintervention (arthrolyse).

INFECTION CHRONIQUE est une complication rare mais grave. Elle peut survenir même très longtemps après la chirurgie et peut provenir d'une infection à distance de la cheville, comme une infection dentaire ou urinaire. Une infection peut conduire à une nouvelle chirurgie.

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. Ces phénomènes douloureux chroniques peuvent s'installer dans le temps sous la forme de douleur complexe et régionale, pouvant évoluer de nombreux mois, laissant parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires. Elle est traitée par médicament. Elle est imprévisible et peut ralentir la reprise d'une vie normale et enraidir la cheville.

TRAUMATISME : une cheville prothèse peut être traumatisée. Une entorse, une fracture des malléoles peuvent survenir

En cas de problème sur le long terme : un changement simple du patin, un changement de prothèse ou une ablation de prothèse avec arthrodèse avec greffe sont les options chirurgicales à envisager.



Des solutions de changement existent : Prothèse de reprise

ANNEXES

ANNEXE 1 : ARTHRODESE OU PROTHESE ?

L'arthrodèse est toujours possible dans tous les types d'arthrose alors que la prothèse ne peut être posée si les désaxations sont importantes ou si l'os est de mauvaise qualité.

ARTHRODESE

L'arthrodèse est le blocage définitif de l'articulation de cheville. Comme dans le cas de la prothèse, la douleur liée à l'arthrose disparaît. Le résultat est d'autant meilleur que le reste du pied est souple (car c'est lui qui va assurer la mobilité). Pour la marche en terrain plat, elle se fait sans boiterie visible. Il persiste un inconfort dans les escaliers, les grandes montées ou descentes. Le choix du chaussage est limité (hauteur de talon).

Avantages : C'est une opération qui ne nécessite pas de suivi au long cours. Robuste, elle permet à terme de forcer. Il n'y a pas de réintervention possible car l'opération étant définitive ; une fois les os fusionnés, on ne peut plus rien faire. La prothèse après arthrodèse n'est en général pas possible. La randonnée, le vélo et la natation restent possibles. La pratique de la course à pied est quasiment impossible.

Inconvénient : l'inconvénient majeur de l'arthrodèse est la limitation des amplitudes de cheville qui entraîne une mobilité du pied en moyenne de 20°.

A long terme, l'usure des articulations de voisinage nécessite le cas échéant une extension d'arthrodèse (le pied est alors très raide et douloureux). Dans ces cas, le chaussage se fait en chaussure orthopédique.

Une arthrodèse est proposée :

- S'il y a des contre-indications à la prothèse de cheville (c'est alors la seule solution) : anomalie cutanée, paralysie, infection, dégâts osseux importants, anomalie ligamentaire majeure
- Si le reste du pied est souple : c'est dans ces cas que les résultats sont les meilleurs.

PROTHESE

Une prothèse est préférable à l'arthrodèse en cas de :

- Pied très raide, notamment si le pied est creux, pathologie des orteils
- Maladie inflammatoire type rhumatisme,
- Atteinte bilatérale.

Dans ces cas, les résultats de l'arthrodèse sont très moyens. La raideur de cheville arthrodésée ne peut pas être compensée par le reste des articulations qu'elles-mêmes sont raides.

Les bénéfices escomptés avec une prothèse totale de cheville sont la disparition des douleurs mécaniques (qui apparaissent à la marche), la réaxation de la cheville (donc un meilleur appui du pied), et l'augmentation de la mobilité. Le but est de pouvoir marcher « en ville » normalement sans limitation. La marche est possible sans douleur. Souvent, les patients peuvent faire du vélo et de la natation. Les sports avec impact ne sont pas recommandés notamment la course à pied. Les amplitudes seront meilleures qu'avec une arthrodèse mais peuvent rester inférieures à votre côté sain.

Avantages de la prothèse : meilleure mobilité avec la prothèse qu'avec l'arthrodèse : préservation des articulations de voisinage. Schéma de marche plus symétrique (analyse de marche). Choix de chaussage plus vaste qu'avec l'arthrodèse.

Sport : la randonnée, le vélo et la natation restent possibles. La pratique de la course à pied et des sports à impact est très déconseillée.

Inconvénients : nécessité de suivi régulier toute la vie (radiographie et examen clinique). Risque d'usure du patin en polyéthylène pouvant nécessiter un changement. Risque de décollement des implants.

Parfois, il n'y a pas d'avantage net entre la prothèse et une arthrodèse. Le choix reste ouvert car les 2 solutions ont des avantages et des risques qui leur sont propres. Votre chirurgien est là pour prendre avec vous la meilleure décision.

ANNEXE 2 : LES QUESTIONS LES PLUS FREQUEMMENT POSEES

Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

Votre qualité de vie est très altérée par votre arthrose de cheville. Votre chirurgien estime que les bénéfices sont largement supérieurs aux risques.

Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

Les chirurgies non prothétiques sont à privilégier quand c'est possible. Cependant quand le cartilage est trop altéré, les possibilités de conserver le cartilage ne laissent espérer que des résultats incomplets ou des échecs : l'indication de chirurgie conservatrice est alors « dépassée » et les risques deviennent supérieurs aux bénéfices. Dans ces cas, la chirurgie de dernier recours à discuter est les 2 alternatives « radicales » Arthrodèse ou Prothèse.

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

L'arthrose de cheville est un problème mécanique qui a un impact sur la qualité de vie. Ce n'est pas une maladie qui diminue la durée de vie. Sans intervention votre état peut se dégrader mais il est impossible de savoir la vitesse et le profil de dégradation : (progressive, par poussée, dans combien de temps...).

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

Il n'y a pas de réponse unique : la durée d'arrêt de travail varie selon le type de profession. La durée minimum est de 15 jours pour une profession sédentaire qui exerce au sein du domicile et peut aller jusqu'à 3 mois voire plus pour des professions à haute pénibilité. De plus pour les professions les plus pénibles (port de charges lourdes, activités physiques intense) il vaut mieux envisager une reconversion professionnelle.

Pour faire simple, on considère : 6 semaines d'immobilisation en botte. A 2 mois vous pouvez conduire et marcher sur de faibles distances. A 3 mois vous pouvez prendre les transports (parfois avec une canne par précaution). La cheville progresse sur toute la première année.

A quel âge peut-on mettre une prothèse

Il n'y a pas d'âge minimum. L'implantation est envisagée quand l'arthrose limite très sévèrement les activités quotidiennes avec des répercussions majeures sur le quotidien (perte de marche, perte d'emploi, atteinte des relations sociales).

Chez les patients jeunes : le problème posé par une prothèse est la question de l'usure sur le long terme ainsi que la disponibilité des éléments de rechange qui sont de la responsabilité de l'industrie pharmaceutique. D'un autre côté, la prothèse de cheville permet de protéger les autres articulations (articulation sous-talienne, avant-pied, genou, rachis).

Chez les patients plus âgés, la prothèse permet de reprendre plus vite l'appui.

La prothèse de cheville ne fonctionne pas et n'est pas au point : est-ce vrai ?

Faux : c'est le discours des praticiens qui ont connu les premières prothèses de cheville, c'était vrai pour les 1^{ères} et 2^{èmes} générations de prothèse (avant 1995).

Les études scientifiques actuelles démontrent désormais l'intérêt de la prothèse. Bien sûr, comme dans tous les actes chirurgicaux, des progrès sont à espérer de façon à augmenter la durée de vie des implants.

L'arthrodèse est meilleure car il n'y a jamais de réintervention

Faux et Vrai : Fonctionnellement, le schéma de marche est moins symétrique avec une arthrodèse qu'une prothèse. Il est vrai qu'il y a moins de risque de réintervention avec une arthrodèse qu'avec une prothèse. L'arthrodèse est un acte définitif et ne peut pas être réopéré même si le résultat est moyen ou mauvais. A

l'inverse, une prothèse présente un risque d'usure ce qui explique qu'il peut y avoir des interventions de « maintenance ».

Après l'opération, pourrais-je avoir une cheville « neuve » ?

Faux, vous aurez une cheville réparée dont l'ambition sera de vivre le plus normalement possible (mieux qu'avec l'arthrose bien sûr). Mais ce ne sera jamais une cheville de sportif.

Il y a-t-il plus d'infections avec la prothèse ou avec l'arthrodèse ?

Il y a plus d'infection dans le groupe des arthrodèses mais les infections sont plus graves et difficiles à traiter en cas de prothèse. C'est un biais car chez les patients à forts risques d'infections, l'arthrodèse est la seule possibilité.

Le risque infectieux est inférieur à 1% dans les prothèses de cheville.

Le risque infectieux dans les arthrodèses est plus élevé non pas en raison de la technique chirurgicale mais à cause de l'histoire passée des chevilles à opérer. En effet, on propose, aux patients à fort risque infectieux (troubles cutanée, problèmes vasculaire, diabète, fumeurs...), une arthrodèse et jamais de prothèse.

En revanche, l'infection post-opératoire est plus grave et difficile à gérer avec une prothèse qu'avec une arthrodèse en raison du volume important de métal dans la prothèse.

Quelles situations justifient de demander un avis chirurgical urgent ?

Un écoulement de la cicatrice, une cicatrice rouge et douloureuse après une semaine constituent des signaux d'alerte qui imposent une consultation urgente (à quelques jours).

Une fièvre significative, un gonflement douloureux, des douleurs dans le mollet doivent amener à consulter rapidement.

Une douleur intense et brutale, une sensation de compression sous le plâtre nécessite un avis chirurgical

Sur le long terme : Un traumatisme, une douleur brutale inhabituelle doivent être explorés.

Quelles sont les contre- indications à la prothèse de cheville

Face à une indication de chirurgie radicale de cheville, il faut vérifier qu'il n'existe pas de contre-indication absolue à la prothèse.

a. Contre-indications formelles à la prothèse de cheville

- *Contre-indications liées à l'état local de la cheville*
 - *Articulation neuropathique (Charcot) et perte de substance osseuse majeure*
 - *Nécrose avasculaire sévère de l'astragale : les nécroses du dôme talien posent, dès qu'elles sont importantes, le problème de la qualité de l'ancrage osseux de la pièce prothétique talienne.*
 - *Instabilité ligamentaire sévère de la cheville ou de l'arrière-pied non corrigée*
 - *Infection active ou récente : les antécédents infectieux sont une contre-indication, sauf s'ils sont anciens et n'ont pas présenté de réveil depuis plusieurs années.*
 - *Enveloppe de peau et de tissus mous insuffisante. Le revêtement cutané doit être satisfaisant ou restaurée par une chirurgie de couverture préalable pour autoriser une chirurgie mobilisatrice.*
- *Contre-indications liées au terrain*
 - *Patient non susceptible de se faire suivre au long cours*
 - *Problèmes vasculaires périphériques*

b. Contre-indications formelles temporaire (que l'on peut corriger) à la prothèse de cheville

- *Contre-indications liées aux conditions biomécaniques d'implantation*
 - *Défauts d'axes sévères non corrigés : Les arthroses sur déformation de l'arrière-pied (au niveau sous-talien ou calcanéen) imposent un geste de correction première de réaligement, le plus souvent par arthrodèse.*
 - *Paralyse du pied ou de la jambe avec un déséquilibre dans la balance tendineuse : La balance musculaire doit être équilibrée dans le plan frontal et dans le plan sagittal. Dans le cas contraire, c'est avec prudence qu'un geste palliatif (arthrodèse de l'arrière-pied ou transfert tendineux de rééquilibration) pourra être associé à la prothèse dans un programme de réhabilitation, en règle en plusieurs temps.*
 - *Instabilité ligamentaire sévère de la cheville ou de l'arrière-pied non corrigée, notamment l'instabilité du plan ligamentaire médial.*