

Dr Laurent Béguin

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET ARTHROSCOPIQUE
CHIRURGIE DE L'ÉPAULE

Dr François Chalencon

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU
TRAUMATOLOGIE DU SPORT

Dr Florent Delangle

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU
CHIRURGIE DU PIED

Dr François-Xavier Verdot

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU
TRAUMATOLOGIE DU SPORT

Laxite Chronique de la Cheville

LAXITE CHRONIQUE DE LA CHEVILLE

1. AVANT LA CONSULTATION

Définition

L'instabilité de la cheville se traduit le plus souvent par une insécurité douloureuse (sensation de cheville « qui lâche ») et des entorses à répétition. Ces symptômes peuvent se produire dans la vie quotidienne ou lors de pratique sportive. A long terme, elle peut induire une arthrose talocrurale



Quelles sont les causes ?

Elles sont multiples et souvent associées.

- Rupture des ligaments suite à des entorses à répétition (la plus fréquente)
- Désaxation de la cheville (souvent en varus)
- Trouble de l'équilibre ou trouble neurologique
- Raideurs des tendons (notamment le tendon d'Achille ou des gastrocnémiens, les muscles du mollet)
- Lésions ou luxation des tendons fibulaires sont également à dépister

Quels sont les examens complémentaires à faire avant une consultation spécialisée ?



Il convient de réaliser des radiographies des 2 chevilles comparatives de face et de profil. Un cliché de face de Méary va permettre le calcul de l'axe de la cheville. Des radiographies dynamiques en varus forcé et tiroir antérieur objectivent la laxité et permettent d'en estimer sa gravité. L'arthroscanner ou l'IRM permettent de compléter le bilan en recherchant des lésions associées (ostéochondrite du dôme astragalien, arthrose débutante, évaluation des tendons fibulaires...) et d'évaluer l'état des ligaments de la cheville.

2. PENDANT LA CONSULTATION

Pourquoi m'opère-t-on ?



L'opération permet de rendre la cheville plus stable. Elle permet de diminuer le risque d'évolution arthrosique. Elle n'est proposée que si l'évolution est chronique (entorses à répétition qui récidivent malgré une prise en charge et une rééducation bien menée).

La place du traitement non chirurgical

Des moyens de contention permettent d'améliorer la stabilité de la cheville

- Strapping de la cheville avant une activité sportive
- Port de semelles à coin pronateur (en cas d'axe en varus de la cheville)

La rééducation proprioceptive se réalise à l'aide de plateaux instables. Elle nécessite souvent une relance périodique. Le renforcement des fibulaires compense la défaillance des ligaments de la cheville.



3. PENDANT L'HOSPITALISATION

Comment se déroule l'opération ?

L'anesthésie est le plus souvent loco-régionale. Elle ne concerne que la jambe opérée. Pour éviter la gêne liée au saignement des veines, un garrot pneumatique est gonflé en début d'intervention.

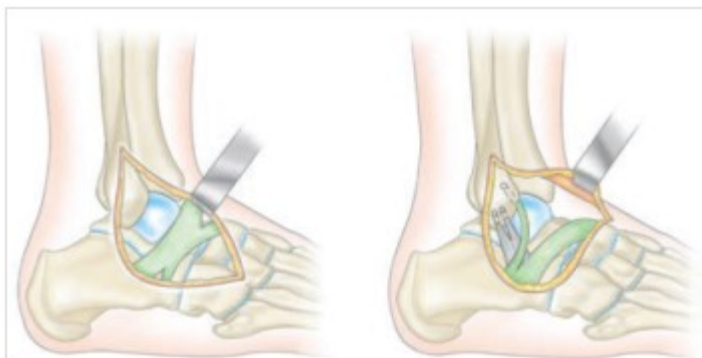
L'opération dure en moyenne entre 30 et 45 minutes. Cette durée dépend de la technique employée, de la sévérité de la déformation et de la nécessité d'éventuels gestes associés.

La remise en tension ligamentaire avec plastie de renforcement

Le principe de l'intervention est de réinsérer sur la malléole latérale les ligaments rompus ou distendus. Cette réinsertion est faite à l'aide d'ancres et de fils.



La plastie de renforcement est réalisée à l'aide d'une portion du rétinaculum des extenseurs du pied (= ligament frondiforme). Ce renfort permet de réaliser une ligamentoplastie de la cheville pontant l'articulation sous-talienne.



La ligamentoplastie selon Castaing



Il s'agit d'une ligamentoplastie qui utilise la moitié antérieure du tendon du court fibulaire. Le tendon prélevé est détourné de son trajet initial pour passer dans un tunnel osseux réalisé dans la malléole externe.

Quels sont les risques de l'intervention ?

Comme toute intervention chirurgicale, cette opération comporte des bénéfices et des risques. Vous l'avez acceptée après discussion avec votre chirurgien car vous pensez tous les deux que la balance penche en faveur des bénéfices attendus (diminution des risques d'entorses et d'arthrose à long terme, reprise des activités sportives...)

Les principaux risques de ce type d'intervention sont les suivants :

- Risque anesthésique : il vous a été expliqué lors de la consultation pré-anesthésique. Il est faible pour ce type d'intervention.
- Risque infectieux : Comme pour toute intervention, le risque de développer une infection existe mais demeure très faible. Les signes infectieux possibles sont : la rougeur, l'écoulement de pus, la douleur et la fièvre. Il est difficile de différencier une inflammation banale qui survient après une intervention d'une véritable infection. En cas de doute sur la survenue de celle-ci, il est préférable de prendre au plus vite contact auprès du chirurgien pour organiser la prise en charge. Si une infection s'est développée, une nouvelle intervention pour réaliser des prélèvements bactériologiques et un lavage est nécessaire. Des antibiotiques seront ensuite mis en place.
- Risque de thrombose veineuse profonde (phlébite, embolie pulmonaire) : ce risque reste présent même si il devient très faible par la prévention par une anticoagulation préventive pendant la phase d'immobilisation.
- Risque d'algoneurodystrophie : cette complication peut survenir après n'importe quelle chirurgie ou traumatisme même mineur. Elle associe dans une première phase

chaude des douleurs et une inflammation qui peut dépasser la zone de la chirurgie. Des phénomènes de raideur suivent en général cette phase douloureuse. Le traitement repose principalement sur des exercices de rééducation douce.

- Risque de raideur : il est en général minime. Il est plus fréquent lors de la réalisation de ligamentoplastie au court fibulaire.
- Risque de récurrence : Il peut survenir en cas de traumatisme important de la cheville. Les règles de prévention de l'entorse (entorse, rééducation proprioceptive) restent valables après la chirurgie. Le ligament reconstruit n'est pas plus solide que le ligament sain d'origine.

Combien de temps vais-je rester à la clinique ?

La plupart des patients bénéficiant d'une chirurgie traitant une laxité de la cheville sont hospitalisés une nuit. La sortie se réalise après vérification de l'absence de douleur non contrôlée ou d'autres complications potentielles.

4. APRES L'HOSPITALISATION

Comment se passera la rééducation après l'opération ?

Une immobilisation par botte amovible sans appui est mise en place pendant 3 semaines.

Le port d'une cheville avec appui autorisé sera ensuite nécessaire pendant encore 3 semaines.

La rééducation par kinésithérapie débutera après ce délai de 6 semaines.



Quand vais-je pouvoir conduire à nouveau ?

La conduite automobile est possible dès que vous marchez sans attelle et sans béquille (entre 6 semaines et 2 mois après l'intervention).

Vais-je pouvoir reprendre des activités sportives ?

Après 3 ou 4 mois, les activités sportives peuvent être reprises progressivement (protégés ou non par un strapping).