



QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il s'agit au départ d'une malformation de l'os du talon (calcaneus) qui est « haut, pointu, saillant en haut et en arrière » ce qui entraîne une inflammation du tendon d'Achille à son contact.

LES CAUSES :

Les chaussures avec contrefort rigide créent et entretiennent cette pathologie.

Le pied creux en projetant encore plus en arrière la partie postérieure de l'os, augmente le frottement entre ce dernier et le tendon d'Achille.

La verticalisation excessive du calcaneus produit le même résultat.

Zone du conflit



Bursite



LES CONSEQUENCES :

Directes : sur le calcaneus lui-même

Le conflit entre la partie postérieure de l'os et la chaussure peut entraîner une simple rougeur, une inflammation voire une bursite. Parfois la douleur est très vive, véritablement osseuse, et remonte le long du tendon d'Achille.

Indirectes : sur le tendon calcanéen (Achille)

Dans une grande majorité des cas, c'est ce tendon qui souffre, soit directement sur sa zone de contact sur l'os (il s'agit d'une atteinte mécanique ou tendineuse), soit indirectement au niveau des structures qui l'entourent (il s'agit d'une atteinte inflammatoire ou para-ténonite).

Nodule tendineux



DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LE SYNDROME DE HAGLUND

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

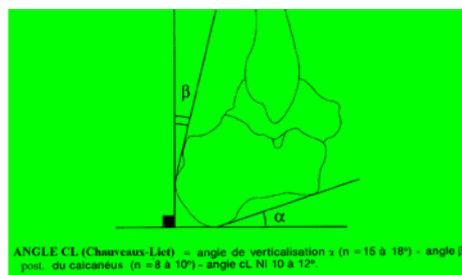


LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES UTILES :

Radiographies de profil **en charge** pour évaluer l'importance de la déformation postérieure du calcaneus et calculer l'angle CL qui prend en compte la position plus ou moins verticale de l'os.

Echographie, notamment à la recherche de signes de tendinopathie mécanique ou inflammatoire, et dont le résultat peut modifier les gestes opératoires prévus et allonger le temps chirurgical et surtout les suites opératoires.

IRM : en cas de doute sur une pathologie sévère du tendon d'Achille, est utile et permet surtout de corriger le diagnostic quand la zone d'insertion du tendon sur l'os (« enthèse ») est à l'origine des douleurs. Dans ce cas, il ne s'agit plus d'un syndrome de Haglund mais d'une « enthésopathie calcanéenne » dont le traitement chirurgical est tout autre.



TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement médical peut soulager la douleur ou « talalgie postérieure » en diminuant l'inflammation par :

- Un **chaussage** large adapté,
- Des **anti-inflammatoires** en application locale,
- Des **semelles ou orthèses plantaires** qui soulagent en modifiant les rapports osseux dans la chaussure et en ré-horizontalisant le calcaneus.
- La **rééducation** qui par les *étirements* ou les *massages transverses profonds* agit directement sur le tendon d'Achille. Elle préserve la souplesse articulaire, renforce certains muscles et soulage l'inflammation



TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est envisagé après échec du traitement médical devant des douleurs persistantes, ou en cas de déformation trop importante. Il corrige la déformation, supprime la douleur, et rend au tendon d'Achille sa fonction.

PLUSIEURS TECHNIQUES sont possibles.

La première consiste à supprimer l'excès d'os responsable du conflit, éventuellement en réalisant dans le même temps un geste direct sur le tendon (peignage) si celui-ci est très atteint. Cette résection osseuse peut se faire par incision classique (1).

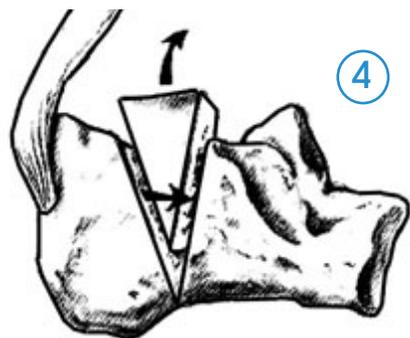
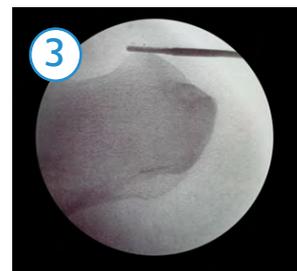


DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LE SYNDROME DE HAGLUND

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX



Ou, dans certains cas plus rares, sous [endoscopie \(2\)](#) (avec une mini caméra), voire même par [méthode percutanée \(3\)](#) (petite incision permettant le passage d'un instrument qui réduit la bosse osseuse en pâte).



Une autre approche et notamment en cas de pied creux important ou réintervention, consiste à réaliser une fracture ([ostéotomie calcanéenne -4\)](#) dans le calcaneus pour modifier ses rapports avec le tendon. Elle est maintenue par du matériel d'ostéosynthèse (agrafe, vis...)

LES SUITES OPERATOIRES

Elles dépendent bien sûr du type de chirurgie qui a été réalisé. L'appui est en général autorisé d'emblée sous couvert d'une orthèse de marche amovible qui protège le tendon calcanéen durant 3 à 4 semaines, SAUF en cas d'ostéotomie, ou l'immobilisation rigide sans appui est de règle, durant 5 à 6 semaines, et sous couvert d'une héparine injectable sous-cutanée pour prévenir le risque de phlébite.



Dans ce cas précis, il faudra ménager des plages de repos, pied surélevé, et vous ne devez pas vous sentir « comprimé » dans votre appareil de contention.

LA REEDUCATION

Votre participation est essentielle pour un bon résultat. Un protocole ainsi qu'une ordonnance vous seront remis après l'opération, pour votre kinésithérapeute.

Elle démarre avec un kinésithérapeute après avoir retiré la contention, et/ou l'autorisation de reprise d'appui selon le protocole. Vous commencez une série de 20 séances de rééducation (pensez à les réserver à l'avance à raison de 3 à 5 séances par semaine) : il s'agit de récupérer les amplitudes articulaires de la cheville, la force musculaire, mais aussi de rééduquer le schéma de marche, masser les cicatrices et lutter contre l'œdème post-chirurgical.

LE SUIVI

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre chirurgien, aller aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passer les examens de contrôle. Ces [visites post-opératoires](#) sont importantes, la première entre 1,5 et 2 mois, la seconde [entre 4 et 6 mois](#) et parfois à un an de l'intervention. À distance ce suivi pourra être remplacé par des contrôles radiographiques.

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LE SYNDROME DE HAGLUND

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

- La douleur disparaît généralement pour les cas simples. Le résultat peut être moins bon lorsqu'on est opéré à un stade plus avancé ou en cas de reprise d'une chirurgie antérieure. La chirurgie améliore cependant la situation.

- Arrêt de travail et reprise des activités habituelles

4 à 8 semaines pour les interventions simples
(endoscopie, ostéotomie...)

3-4 mois en cas d'interventions plus complexes
associant gestes osseux et tendineux

Si votre activité professionnelle nécessite une station debout prolongée ou de longs trajets à pied, l'arrêt de travail peut être prolongé jusqu'à 6 mois en cas de chirurgie complexe.

- Les activités sportives : en fonction du type de chirurgie dont vous aurez bénéficié, vous pouvez recommencer la natation, la marche (randonnée courte) et le vélo vers le 60^e jour. Nager est même vivement recommandé une fois la cicatrisation terminée pour accélérer la récupération. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football...) sont autorisés après environ 6 mois en fonction de la consolidation et du type d'intervention. Il ne faut pas faire subir à votre pied des contraintes qu'il n'est pas en mesure de supporter. N'hésitez pas à interroger votre chirurgien si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

LES RISQUES DE LA CHIRURGIE

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Il existe des risques communs à toutes les opérations (voir fiche de consentement éclairé) :

- **infection** dont le taux dans la littérature reste < 3% ;

- **syndrome douloureux régional ou algodystrophie** < 3% (il s'agit d'une réaction réflexe de l'organisme à une agression, chez certaines personnes : cela se traduit essentiellement par des douleurs et une raideur des articulations au voisinage de la zone opérée et parfois plus à distance). Afin de prévenir spécifiquement ce risque et d'en diminuer l'incidence de 50%, un traitement de vitamine C à la dose d'un gramme par jour durant 3 semaines en commençant la veille de l'intervention peut vous être prescrit.

En cas d'ostéotomie et d'immobilisation sans appui, le risque de **phlébites** (caillot de sang bouchant une veine de la jambe) est majoré et rend nécessaire la prévention par une piqûre quotidienne d'héparine durant tout le temps où vous ne marcherez pas. Dans les autres cas où l'appui est autorisé d'emblée grâce à l'orthèse : la prévention de la phlébite n'est pas nécessaire. Un tel traitement pour une courte période, peut néanmoins être mis en place quand l'équipe médicale relève un ou plusieurs facteurs de risque personnel reconnu(s).

Un certain nombre de complication est très significativement augmenté par une intoxication tabagique (trouble de cicatrisation, infection, problème de consolidation osseuse) : l'arrêt du tabac est donc **INDISPENSABLE** au moins 3 mois **AVANT** tout geste chirurgical programmé.

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LE SYNDROME DE HAGLUND

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

De plus, en fonction de votre état de santé, vous êtes plus ou moins exposés à d'autres risques : l'anesthésiste évaluera au mieux ces derniers lors de la consultation.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de ce type d'intervention. Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes chirurgicaux complémentaires ou une nouvelle opération.

PENDANT L'INTERVENTION

Des difficultés peuvent se poser chez les personnes possédant des os particulièrement fragiles qui risquent de se casser, ou si le matériel que le chirurgien veut mettre en place ne s'accorde pas bien à vous.

APRES L'INTERVENTION

La rupture ou désinsertion du tendon calcanéen : est une éventualité à prendre en compte pour les interventions qui réduisent le volume osseux du calcanéus de manière trop importante, fragilisant ainsi la zone d'ancrage du tendon.

La raideur : cette chirurgie peut entraîner une perte de mobilité, plutôt en flexion dorsale de la cheville. La qualité tissulaire du patient est déterminante et non prévisible ; Il est exceptionnel qu'un geste chirurgical de libération (allongement tendineux, arthrolyse) soit nécessaire.

L'hématome : il peut s'accompagner de douleurs lancinantes et est un facteur favorisant les infections. On le prévient en suivant les consignes post-opératoires de prudence à la reprise de la marche dans les premiers jours. Une fois avéré, il nécessite un glaçage régulier jusqu'à sa disparition en trois semaines environ.

Les complications neurologiques : l'anesthésie (perte de sensibilité) sur la cicatrice est banale ; les nerfs sural ou tibial postérieur en particulier peuvent être abîmés, étirés au cours de l'intervention entraînant une diminution de la sensibilité (hypoesthésie), ou plus rarement des fourmis (paresthésies) dans leurs territoires respectifs. Ces signes en général sont régressifs.

Les troubles de la cicatrisation (simple retard ou désunion) sont plutôt associés à la technique classique où la cicatrice est plus importante. Ils sont favorisés par une reprise trop précoce des activités ou un hématome post-opératoire et augmentent le risque infectieux.

La correction de la déformation est stable dans le temps, cependant une insuffisance de correction, souvent bien tolérée, est possible pour différentes raisons : déformation très sévère, tissus capsulo-ligamentaires de mauvaise qualité, notamment lorsque des épisodes de « bursite » ont précédé l'intervention, voire insuffisance dans le geste qui a été réalisé.

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LE SYNDROME DE HAGLUND

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

QUESTIONS FREQUENTES

- **Est ce douloureux ?** Cela dépend bien sûr du type de chirurgie réalisé. D'une manière générale, elle est peu douloureuse surtout si le geste est réalisé sous arthroscopie ou en percutané. L'anesthésiste, en fonction de votre cas, essaiera de vous proposer une anesthésie loco-régionale qui peut parfois être prolongée 48h et permet en général des suites immédiates indolores.
- **Quel est le type d'anesthésie ?** Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une anesthésie loco-régionale qui n'endort que le pied et la jambe. Néanmoins, dans certains cas (selon l'intervention, malade anxieux...) il est nécessaire de réaliser une anesthésie générale.
- **Y-a-t-il des soins infirmiers ?** Des soins infirmiers peuvent être nécessaires pour une durée maximale de 2 semaines.
- **Quand pourrais-je reconduire ?** Entre la 2^e semaine (simple geste percutané) et la 8^e (ostéotomie).
- **Combien de temps suis-je arrêté(e) ?** L'arrêt de travail est compris entre 3 et 8 semaines.
- **Quand pourrais-je reprendre une activité sportive ?** Le vélo est autorisé dès le 21^e jour, la natation après un mois. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football, ...) peuvent être débutés avec prudence après la 12 à 16^{ème} semaine, à condition que les douleurs soient absentes et en fonction du geste réalisé. Pour le sport de haut niveau (ex: marathon), il faut compter 6 à 12 mois, mais là encore tout dépend de la technique utilisée.
- **Qu'en est-il de mon niveau sportif ?** Une perte de niveau peut être constatée après une chirurgie de ce type, mais elle dépend avant tout des lésions existantes au départ sur le tendon lui même.
- **Quand puis-je voyager ?** Avant 4 à 8 semaines selon les cas, les vols long-courriers sont déconseillés pour le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire. En revanche un vol intérieur ou un voyage en train sont possibles dès la sortie de l'unité. Les voyages touristiques avec marches sont possibles après 4 mois dans le cas d'une ostéotomie.
- **Serai-je remboursé de mes transport ?** Le remboursement pour les visites et l'hospitalisation est variable en fonction de votre centre de sécurité sociale qu'il vous faudra contacter.
- **Qu'attendre de cette chirurgie ?** Les résultats ont été améliorés par l'hyperspécialisation des praticiens, et l'amélioration récente des connaissances grâce à la société française de d'arthroscopie et de l'Association Française de Chirurgie du Pied. Le taux de bons et très bons résultats est compris entre 80% et 95%.

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LE SYNDROME DE HAGLUND

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

Les complications osseuses : lorsqu'une coupe osseuse a été réalisée (ostéotomie) et du fait de l'immobilisation partielle qui suit l'intervention, vos os sont moins solides et risquent de se casser plus facilement (*fracture*) ou de se déplacer : on peut alors observer un *débricolage du matériel*, et plus tardivement après la consolidation, un *cal vicieux* (l'os a consolidé en mauvaise position). Il faut donc être très prudent quand vous recommencez appuyer sur votre pied. Il faut éviter tout choc, ainsi que les marches prolongées pendant 2 à 4 mois. Dans certains cas, le *matériel* mis en place doit être retiré car il est devenu *gênant*. Des *retards de consolidation* sont parfois observés après 4 mois et peuvent s'accompagner de douleurs. Les *pseudarthroses* (absence de consolidation) seront réopérées si elles sont douloureuses. Elles sont rares < 1% dans la littérature. Les *nécroses osseuses* (mort de l'os autour de la zone d'ostéotomie) sont elles aussi rares < 2% et plutôt l'apanage des chirurgies agressives et chez les fumeurs.

Rassurez-vous, votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.