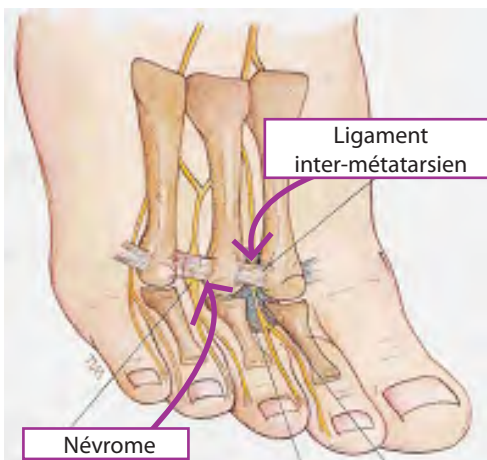


Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

Dans cette pathologie, un nerf plantaire est comprimé lors de son passage sous un ligament unissant deux os métatarsiens adjacents soit car il est malade lui même (« névrome ») soit par un élément extérieur enflammé (« bursite »).

### LES SIGNES DU MORTON :

Le diagnostic se fait essentiellement sur l'interrogatoire : le patient décrit une douleur importante à type de brûlure, décharge électrique, « clou » localisée à la face plantaire de la région des têtes métatarsiennes, parfois très précise, pouvant irradier vers les orteils ou au contraire vers la jambe (prise à tort pour une sciatique). Elle est souvent déclenchée par la station debout, une marche prolongée, un footing, ou un sport sollicitant la flexion dorsale des orteils, le port de chaussures étroites ou à talons hauts, parfois par un traumatisme aigu (marche sur un objet pointu, chute sur l'avant-pied). Typiquement, cette douleur cède lorsque le patient se déchausse et masse la zone douloureuse. La douleur peut ensuite devenir permanente et s'accompagner d'une modification de la sensibilité des orteils concernés. Parfois, il s'agit de crampes ou de fourmillements au niveau des orteils.



### LES FACTEURS FAVORISANTS :

Un terrain neurologique (antécédents de sciatique, canal carpien...)  
Un trouble statique : pied creux, griffes d'orteils, hallux valgus, polyarthrite...  
Le mode de vie : piétinements, marches prolongées, chaussures

### LA LOCALISATION :

Le 3° espace inter-métatarsien le plus souvent avec parfois une douleur strictement localisée au 4° orteil. Le 2° espace est moins fréquent ; l'atteinte concomitante des 2° et 3° espaces est rare, mais les localisations bilatérales sont possibles avec souvent un seul pied douloureux.

### LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

L'échographie spécialisée confirme l'existence d'un névrome (ou d'une bursite), le mesure et élimine d'autres pathologies de l'avant-pied pouvant contre-indiquer une infiltration.

La radiographie du pied en charge évalue d'éventuels troubles statiques associés

L'IRM est un examen coûteux et souvent décevant pour ce diagnostic.

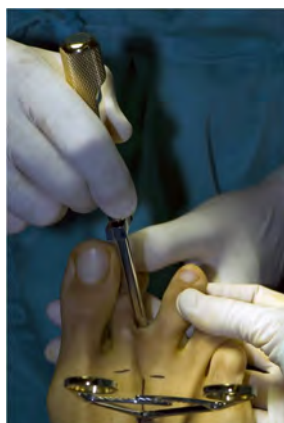
L'électromyogramme est exceptionnellement utile en cas de doute.

**LE TRAITEMENT MEDICAL** est plus efficace s'il est précoce (avant le 4° mois)

- Conseils de chaussage : large à l'avant du pied, petit talon, semelles plus rigides...
- Orthèses plantaires (semelles) avec appui rétrocapital (renflement à l'arrière des têtes métatarsiennes) souvent très efficace.
- Rééducation à type d'étirements postérieurs (Mézières) dans certains cas.
- Infiltrations de cortisone dans les cas rebelles à condition d'une certitude diagnostique (échographie préalable) : 1 à 2 en général.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LE SYNDROME DE MORTON ET SON TRAITEMENT

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



**LE TRAITEMENT CHIRURGICAL** (après échec d'un traitement médical adapté au moins 6 mois). Il y a 3 attitudes :

■ **La neurolyse** ou libération du nerf comprimé (comme le canal carpien à la main). Elle supprime la douleur violente mais peut laisser persister un inconfort pendant parfois 2 ans ; c'est la 1<sup>o</sup> intervention recommandée. Le résultat peut être insuffisant ; une récurrence à long terme reste possible. On peut la réaliser soit classiquement, en ouvrant entre les orteils à la face dorsale du pied, soit par méthode percutanée en sectionnant par une incision de 2mm le ligament responsable de la striction, soit par méthode endoscopique, en contrôlant par la vue cette section.



■ **La chirurgie percutanée** combinant neurolyse et ostéotomie des 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> métatarsiens ( parfois aussi du 2<sup>o</sup>) pour régler les appuis antérieurs ; c'est actuellement la technique la plus logique en cas de troubles statiques de l'avant-pied intriqués.

■ **La neurectomie** ou résection du nerf est une solution ultime ; elle entraîne une anesthésie des orteils concernés ; elle peut se compliquer d'un névrome cicatriciel sur la tranche de section du nerf et nécessiter une reprise chirurgicale.

## QUESTIONS FREQUENTES

■ **Est-ce douloureux ?** Grâce à cette prise en charge, cette chirurgie n'est en principe pas ou peu douloureuse. Elle permet une reprise très rapide de l'autonomie.

■ **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 (certains types d'intervention, malade anxieux, ...) il est nécessaire de réaliser une anesthésie générale.

■ **Peut-on opérer les deux pieds à la fois ?** Il est possible quoique déconseillé d'opérer les deux pieds à la fois du fait d'un handicap immédiat qui pourrait être trop important et perturber la reprise d'autonomie.

■ **Y-a-t-il des soins infirmiers ?** Des soins infirmiers peuvent être nécessaires pour une durée maximale de 2 semaines mais en général le premier pansement est fait en consultation après 8 à 15 jours.

■ **Quand pourrais-je reconduire ?** Vers la 2<sup>e</sup> semaine (5<sup>e</sup> en cas de geste osseux réalisé).

■ **Combien de temps suis-je arrêté(e) ?** L'arrêt de travail est compris entre 3 et 6 semaines.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LE SYNDROME DE MORTON ET SON TRAITEMENT

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

- **Quand pourrais-je reprendre une activité sportive ?** En cas de geste sur les parties molles uniquement, le vélo, la natation sont autorisés dès le 21<sup>e</sup> jour. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football, ...) peuvent être débutés après la 6<sup>ème</sup> semaine, à condition que les douleurs soient absentes. Pour le sport de haut niveau (ex: marathon), il faut compter 2 à 3 mois. En cas de geste osseux, ces délais sont majorés.
- **Qu'en est-il de mon niveau sportif ?** Il n'y a pas de perte de niveau en général après une chirurgie de ce type à la condition de bien suivre les recommandations du chirurgien.
- **Quand puis-je voyager ?** Avant 2 semaines 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 la clinique. Les voyages touristiques avec marches sont possibles après 2 mois.
- **Serais-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. Le taux de bons et très bons résultats est compris entre 90% et 95%.

## 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% ; il est largement inférieur dans la chirurgie mini invasive du fait de la quasi absence d'ouverture, et du protocole particulier de prise en charge post-opératoire.
- **syndrome douloureux régional ou algodystrophie** < 3% (il s'agit d'une réaction réflexe de l'organisme à une agression et chez certaines personnes en particulier : cela se traduit par essentiellement par des douleurs et un enraidissement 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.

La chirurgie de l'avant-pied n'est pas reconnue comme favorisant les **phlébites** (caillot de sang bouchant une veine de la jambe) et particulièrement la chirurgie percutanée, car ne nécessitant pas l'usage d'un garrot qui favorise la stagnation du sang dans la jambe durant le temps de l'opération. La prévention par une piqûre quotidienne d'héparine n'est donc pas nécessaire à moins que l'équipe médicale ne relève un ou plusieurs facteurs de risque reconnu(s) qui conduiraient à mettre en place un tel traitement pour une courte période.

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.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LE SYNDROME DE MORTON ET SON TRAITEMENT

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

## PENDANT L'INTERVENTION

Des difficultés peuvent se poser en cas de difficultés techniques. Le risque hémorragique est théorique car il n'existe pas dans le pied à cet endroit de vaisseau majeur qui puisse être endommagé. En cas de traitement conservant le nerf (neurolyse), celui-ci peut tout de même être endommagé.

## APRES L'INTERVENTION

**La douleur** : est classiquement modérée après ce type de chirurgie, mais, comme il l'a été expliqué, parfaitement maîtrisée par le traitement qui vous sera prescrit. Elle sera surtout présente en cas de chirurgie associant à la libération du nerf, des fractures des métatarsiens médians.

**Le gonflement (œdème)** : n'est pas à proprement parler une complication, mais un élément normal des suites opératoires. Là encore, il apparaît essentiellement en cas de fractures associées et dépend non seulement de leur nombre, mais également de particularités qui vous sont propres, en particulier, la qualité de votre réseau veineux. Selon son importance, il sera pris spécifiquement en charge par des cataplasmes d'argile verte qu'il est fortement conseillé de démarrer dès la fin du premier mois (la cicatrisation cutanée doit être parfaite), voire, des drainages lymphatiques fait par le kinésithérapeute.

**L'hématome** : reste la complication principale. 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) entre les deux orteils est obligatoire en cas de neurectomie ; en cas de neurolyse, le nerf peut être abîmé, entraînant une diminution de la sensibilité (hypoesthésie), ou plus rarement des fourmis (paresthésies).

**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 précoce des activités ou un hématome post-opératoire et augmentent le risque infectieux.

Les complications osseuses (uniquement en cas d'ostéotomie associée) : en raison des coupes réalisées sur les os, de l'immobilisation partielle qui suit l'intervention, et du fait qu'en général il n'y a pas de matériel d'ostéosynthèse, vos os sont moins solides et risquent de se déplacer plus facilement (**déplacement secondaire**) ou consolider en position anormale (**cal vicieux**). Il faut donc être très prudent quand vous recommencez appuyer sur l'avant de votre pied. Il faut éviter tout choc dessus ainsi que les marches prolongées pendant 2 à 4 mois. **Les retards de consolidation** sont parfois observés jusqu'à 1 an, rarement plus et peuvent s'accompagner de douleurs et d'un gonflement du pied ; **Les pseudarthroses** (absence de consolidation) sont exceptionnelles et ne seront réopérées que si elles sont douloureuses. **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.

Enfin, **l'arthrose** postopératoire est exceptionnelle nécessitant parfois la réalisation d'une chirurgie de reprise.

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.