

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

## QU'EST-CE QUE C'EST ?



Cette maladie inflammatoire, probablement liée à un dérèglement immunitaire, associe une atteinte articulaire spécifique à des manifestations viscérales non spécifiques et inconstantes.

Les atteintes du pied sont fréquentes, douloureuses, destructrices, souvent inaugurales et très variables. Elles aboutissent à des déformations parfois impressionnantes, qui se figent, et s'auto aggravent. L'atteinte de l'avant-pied est quasi constante (70 à 90%), et diffuse souvent à l'ensemble des articulations métatarso-phalangiennes. Elle entraîne des déformations rapidement irréductibles : hallux valgus ou varus, griffes d'orteil, luxations articulaires...



L'atteinte du médio- et de l'arrière-pied, fréquente, conduit à plusieurs tableaux : fusion globale spontanée des os sans déformation, atteinte prédominante d'une seule articulation telle la cheville ou déformation progressive globale de l'arrière-pied en « valgus ».

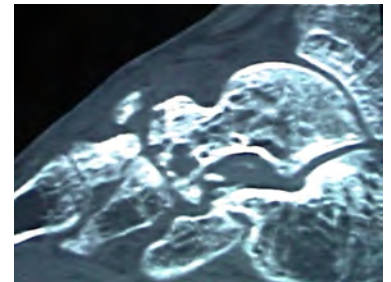


## LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

La radiographie des pieds en charge analyse les déformations, dresse le bilan des destructions articulaires et guide le traitement chirurgical.

L'échographie ou l'IRM peuvent être utiles pour diagnostiquer une atteinte tendineuse, une bursite associées.

Le scanner permet de préciser au mieux les destructions ostéo-articulaires, et évalue le stock osseux.



## LES CONSEQUENCES :

### Au niveau de l'avant-pied

Le gros orteil se déforme la plupart du temps en « valgus » alors que les petits orteils évoluent vers des déformations complexes en griffes, avec « coup de vent ». Il s'ensuit de multiples cors gênant le chaussage, pouvant s'ulcérer voire s'infecter. De plus, les douleurs de l'avant-pied ou métatarsalgies sont au premier plan en raison d'une diminution de l'épaisseur du capiton plantaire ou de véritables tumeurs synoviales en rapport direct avec la maladie.



# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LA CHIRURGIE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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



## Au niveau de l'arrière pied

Outre les atteintes inflammatoires des tendons autour de la cheville, ou d'Achille, les destructions ostéo-articulaires entraînent souvent une désaxation en valgus avec apparition d'un pied plat. Parfois seule la cheville est atteinte, sans modification majeure de l'axe du talon, mais entraînant une incapacité fonctionnelle majeure.



## TRAITEMENT MEDICAL :

Il est indispensable, plus efficace sur l'avant-pied, et soulage la pression sur l'« oignon » et les orteils voisins, mais sans corriger les déformations.

- **Conseils de chaussage** : large à l'avant du pied, peu ou pas de talon...
- **Orthèses plantaires (semelles) et soins de pédicurie**
- **Rééducation** dans certains cas.
- **Traitement de fond de la maladie, très spécifique**. Certains peuvent être un facteur de risque pour la chirurgie, en diminuant les défenses immunitaires.



## TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Il est envisagé après échec du traitement médical devant des douleurs persistantes, en cas de déformation importante ou devant l'apparition d'une complication. La prise en charge thérapeutique de la polyarthrite rhumatoïde doit être un exemple de collaboration pluridisciplinaire médico-chirurgicale et ne se conçoit qu'au sein d'une équipe, comprenant au minimum le rhumatologue, le chirurgien orthopédiste et le médecin rééducateur.



- **Pour l'avant-pied** le blocage du gros orteil est souvent nécessaire pour assurer la stabilité du résultat, en supprimant en outre les douleurs liées à la destruction articulaire. Il est réalisé à l'aide d'un matériel d'ostéosynthèse variable (vis, agrafes, plaques, broches...). Le déroulement du pas reste possible ainsi que la marche sur la pointe des pieds, la position accroupie et la pratique d'activités sportives. Le port de talons hauts (plus de 4 centimètres) est compromis. On y associe une suppression (« résection ») des têtes métatarsiennes que certains remplacent par des prothèses métalliques. Les griffes sont aussi traitées. Dans certains cas, surtout si le patient bénéficie des derniers traitements médicamenteux (« biothérapies ») qui préservent en principe des destructions articulaires, il est possible de conserver les articulations, comme chez un patient non atteint de la maladie.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LA CHIRURGIE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

■ Pour le **médio-pied** le blocage (arthrodèse) est souvent la règle pour la ou les articulation(s) concernées. Cependant, il « fatigue » fonctionnellement les articulations voisines encore libres et n'est pas sans conséquences à long terme.

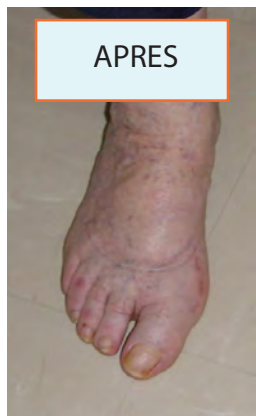


■ Pour l'**arrière-pied** l'arthrodèse reste utile mais la prothèse de cheville, dont les résultats sont généralement très bons, tient une place à part. Elle doit toutefois être posée sur un arrière pied parfaitement aligné, ce qui peut nécessiter un geste chirurgical supplémentaire et préalable (fracture ou blocage articulaire). On essaiera en tout cas toujours de préserver la mobilité de la cheville, surtout si d'autres articulations ont du être bloquées.

AVANT



APRES



## LES PARTICULARITES DE CETTE CHIRURGIE EN CAS D'AVANT-PIED RHUMATOÏDE STANDARD :

L'intervention est réalisée sous **garrot** de cheville.

Sa durée est d'environ 120 minutes.

L'anti-coagulation n'est pas nécessaire sauf facteur de risque particulier (elle dure alors 12 jours).

Une chaussure médicalisée sera portée durant six semaines après l'intervention vous permettant un déplacement plus aisé. L'hospitalisation dure de 6 à 12 jours.

Des broches maintiennent les prothèses en place durant 6 semaines ; elles nécessitent après le retour à la maison des soins infirmiers réguliers 2 à 3 fois par semaine et seront retirées par simple traction en consultation à l'issue de ce délai. La rééducation et le déroulé du pas commencent après la 6<sup>e</sup> semaine selon un protocole.

La conduite n'est pas autorisée pendant 8 semaines.

Pendant 2 mois en tout, l'avant-pied reste fragile, il faut porter une chaussure confortable.

L'arrêt de travail est d'environ 3 mois.

Les activités normales **légères** (voyage, randonnée...) peuvent être reprises après 3 mois.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LA CHIRURGIE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

## 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. Chaque fois que possible, dans le cadre de la maladie rhumatoïde, une prise en charge globale est nécessaire, sous la conduite d'un médecin physique (rééducateur).

Rééducation et travail du schéma de marche ne commencent qu'après la 4<sup>e</sup> à 6<sup>e</sup> semaine selon les cas. Pour une prothèse de cheville, une hospitalisation dans un centre de rééducation spécialisé est nécessaire. (Montrez au kinésithérapeute votre feuille de consignes et votre protocole opératoire).

## 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, habituellement des entre 1,5 et 2 mois, entre 4 et 6 mois puis annuellement après l'intervention. À distance ce suivi pourra être remplacé par des contrôles radiographiques.

## RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

- **LA DOULEUR** disparaît généralement. Le résultat peut être moins bon lorsqu'on est opéré à un stade très avancé ou en cas de reprise d'une chirurgie antérieure. La chirurgie améliore cependant la situation.

- **ARRET DE TRAVAIL ET REPRISE DES ACTIVITES HABITUELLES**

3-4 mois pour l'avant-pied

4-6 mois pour l'arrière ou le médio-pied

- **LES ACTIVITES SPORTIVES** : vous pouvez recommencer la natation, la marche (randonnée courte) et le vélo vers le 3<sup>e</sup> mois pour la chirurgie de l'avant-pied, le 4<sup>e</sup> pour l'arrière-pied. Nager est même vivement recommandé une fois la cicatrisation terminée pour accélérer la récupération. 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.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LA CHIRURGIE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

## QUESTIONS FREQUENTES

- **Est ce douloureux ?** Grâce à la prise en charge anesthésique et chirurgicale moderne, cette chirurgie réputée douloureuse ne l'est en principe plus.
- **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.
- **Y-a-t-il des soins infirmiers ?** En règle générale, le premier pansement est refait à la 48e heure dans le service puis tous les 2 ou 3 jours. La sortie est directement conditionnée par l'évolution des plaies chirurgicales.
- **Peut on opérer les deux pieds à la fois ?** Il est totalement impossible de faire les deux pieds à la fois du fait d'un handicap immédiat trop important et de la lourdeur du geste sur l'avant-pied ; pour l'arrière et le médio-pied, l'immobilisation rigide sans appui nécessaire contre-indique la bilatéralité.
- **Quand pourrais-je reconduire ?** Entre la 8e et la 12e semaine.
- **Combien de temps suis-je arrêté(e) ?** L'arrêt de travail est compris entre 3 et 6 mois selon le type d'acte réalisé et peut être prolongé au delà si vous devez effectuer de longs trajets à pied ou si votre activité nécessite une station debout prolongée.
- **Quand pourrais-je reprendre une activité sportive ?** La natation est autorisée au 60e jour. Le vélo, les courtes marches peuvent être débuté au 90ème jour.
- **Quand puis-je voyager ?** Avant 3 mois 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 du service. Le matériel métallique que vous portez ne fait en principe pas sonner les portiques de sécurité. Les voyages touristiques avec marches sont possibles après 4 à 6 mois.
- **Quand pourrais-je me rechausser ?** La marche avec léger talon est possible généralement après le 4e mois. Il est recommandé de ne pas dépasser 4 cm sauf de façon exceptionnelle (soirée).
- **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. La maladie rhumatoïde ouvrant une prise en charge à 100%, la plupart du temps (hormis si vous résidez dans un département différent) il n'y a aucun problème.
- **Le matériel implanté doit-il être retiré ?** En règle générale, il peut tout à fait rester en place et ne sera retiré qu'en cas de gêne, parfois tardive (après 1 an). Cependant dans certains cas, cette ablation est plus systématique.
- **Qu'attendre de cette chirurgie ?** Les résultats ont été améliorés, d'une part par l'hyperspécialisation, et la prise en charge multi-disciplinaire. Le taux de bons et très bons résultats est compris entre 75% et 95%.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LA CHIRURGIE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

## 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.

**Un certain nombre de complications 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.**

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 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) : leur 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. Pour **l'arrière et le médio-pied**, l'immobilisation rigide sans appui associée impose un tel traitement pour une durée comprise entre 5 et 7 semaines.

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 techniques peuvent se poser chez les patients rhumatoïdes dont les os sont particulièrement fragiles du fait de la maladie et des traitements de fond (en particulier les corticoïdes).

## APRES L'INTERVENTION

**La raideur** : hormis les arthrodèses (blocage articulaire) ou elle est le but recherché, toute chirurgie y compris prothétique est potentiellement enraidissante. La qualité tissulaire du patient est déterminante et non prévisible.

**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 pour l'avant-pied, en surélevant bien le membre inférieur immobilisé, pour l'arrière- ou le médio-pied. Une fois avéré, il nécessite un glaçage régulier jusqu'à sa disparition en trois semaines environ.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LA CHIRURGIE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

**Le gonflement (œdème)** : n'est pas à proprement parler une complication, mais un élément normal des suites opératoires, surtout en cas de chirurgie extensive. Il dépend bien de l'importance et du nombre des gestes nécessaires à traiter votre cas, 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 2e mois (la cicatrisation cutanée doit être parfaite), voire, des drainages lymphatiques faits par le kinésithérapeute.

**Les complications neurologiques** : l'anesthésie (perte de sensibilité) sur la cicatrice est banale ; les nerfs sensitifs peuvent être abîmés, étirés au cours de l'intervention entraînant une diminution de la sensibilité (hypoesthésie), ou plus rarement des fourmis (paresthésies), surtout dans la chirurgie de l'avant-pied. Ces signes en général sont régressifs.

**Les troubles de la cicatrisation (simple retard ou désunion)** sont plus fréquents chez les patients rhumatoïdes du fait de la fragilité cutanée liée à certains traitements (corticoïdes). Ils sont favorisés par une reprise précoce des activités ou un hématome post-opératoire et augmentent le risque infectieux.

La correction de la déformation en cas d'arthrodèse (gros orteil, médio- arrière-pied) est remarquablement stable dans le temps, cependant :

■ **une insuffisance de correction**, souvent bien tolérée, peut survenir 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. Il existe enfin de véritables récidives alors que le résultat était parfait.

■ **l'excès de correction** est souvent mal toléré : il nécessite souvent une reprise chirurgicale : nouvelle ostéotomie ou reprise de l'arthrodèse.

Les complications osseuses : en raison des coupes réalisées sur les os (ostéotomies) ou 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 (**déplacement du matériel**, et plus tardivement après consolidation, **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 avant 4 mois. **Les retards de consolidation** sont parfois observés jusqu'à 1 an, rarement plus et peuvent s'accompagner de douleurs ; **Les pseudarthroses** (absence de consolidation d'une arthrodèse) sont assez rares (< 5% dans la littérature) et ne seront réopérées que si elles sont douloureuses. **Les nécroses osseuses** (mort de l'os autour de la zone d'ostéotomie ou d'arthrodèse) sont elles aussi rares (<2% elles se voient essentiellement après chimiothérapie) et plutôt l'apanage des chirurgies agressives. Enfin, **l'arthrose** reste possible sur les articulations autour de celles qui ont été bloquées nécessitant parfois la réalisation secondaire d'une arthrodèse complémentaire.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LA CHIRURGIE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

La prothèse de cheville a ses propres complications et notamment **le descellement** (les pièces implantées ne tiennent plus dans l'os) dont le taux peut aller jusqu'à 20% ; il peut aussi être d'origine infectieuse. Il nécessite la reprise totale ou partielle de la prothèse, parfois son ablation pour réaliser une arthrodèse. Une autre complication particulière, rare, est **la migration de l'élément intermédiaire** en avant ou en arrière, qui nécessite aussi une révision chirurgicale. À distance ces chevilles prothétiques à nouveau mobiles, peuvent présenter **des douleurs notamment sous les malléoles**, par enfoncement dans l'os des éléments de la prothèse ce qui provoque une augmentation de la pression à la marche sous les malléoles et peut nécessiter une révision chirurgicale.

**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.**