



FICHE D'INFORMATION PATIENT :

LE SYNDROME DU TUNNEL TARSIEN

Madame, monsieur, votre chirurgien vient de vous proposer une prise en charge chirurgicale pour votre pathologie du pied ou de la cheville.

Il vous a expliqué les modalités de cette prise en charge (alternatives thérapeutiques, déroulement de l'opération, suites opératoires, résultats prévisibles, mais aussi les principales complications possibles...). Ce formulaire est un outil supplémentaire que votre chirurgien met à votre disposition pour vous rappeler les points clés de cette pathologie et vous permettre de revenir sur les points importants de l'opération à venir.

Celui-ci se tient également à votre disposition avant l'intervention pour répondre à nouveau à vos questions.

Fiche réalisée par la commission médico-juridique de l'Association Française de Chirurgie du Pied et de la Cheville (AFCP)

Fiche consultable en ligne sur les sites

AFCP (<https://www.afcp.com.fr/infos-publicques/infos-patients/>)

SOFOT (<http://www.sofcot.fr/Infos-public-Patients>)

ORTHORISQ (<http://www.orthorisq.fr>)

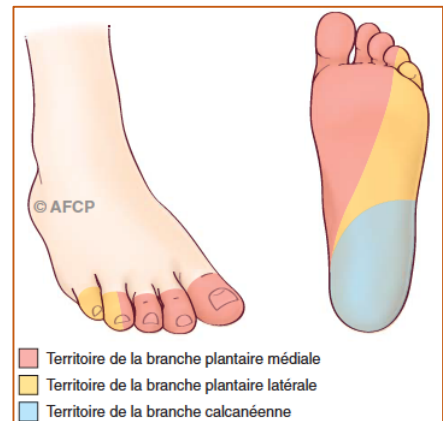


L'ANATOMIE

L'innervation de la plante du pied et des orteils est assurée par le nerf tibial postérieur et ses branches de division (le nerf plantaire latéral, le nerf plantaire médial et le rameau calcanéen).

Ce nerf passe à la partie interne de la cheville, en arrière de la malléole médiale, entre différentes structures qui forment un « tunnel ou canal » dit « tarsien ».

Celui-ci est formé sur un fond ostéo-articulaire, par des parois tendineuses indépendantes les unes des autres constituées par le tendon du muscle tibial postérieur, du fléchisseur commun des orteils et du long fléchisseur de l'hallux (gros orteil), et un toit formé par le ligament annulaire interne (rétinaculum des fléchisseurs).



Ce tunnel, outre le nerf tibial postérieur contient le paquet vasculaire tibial postérieur (artère et veine).

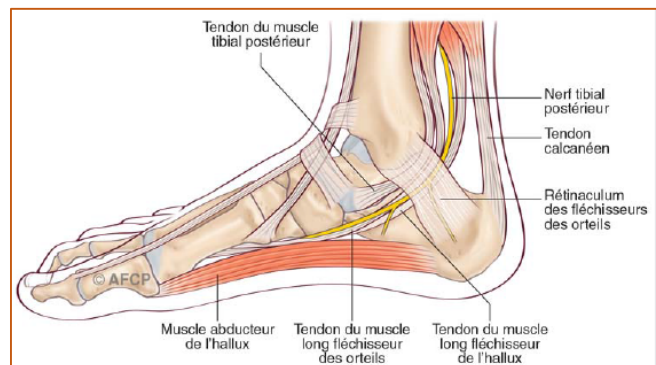
LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

A l'intérieur de ce canal, le nerf peut subir une ou des agressions qui perturbent son fonctionnement.

Ces agressions peuvent être dues à des compressions par des tumeurs compartimentales bénignes comme des lipomes ou des neurinomes, des kystes, des séquelles de fractures, des varices, des épaissements de gaines ou du ligament deltoïde (ou latéral interne) (surmenage ou traumatismes) ou des irritations inflammatoires des tendons (téno-synovites).

Elles peuvent également être dues à des anomalies statiques de l'arrière-pied voire des muscles surnuméraires (supplémentaires) ou des problèmes de vascularisation locale.

Il peut arriver qu'aucune cause nette ne soit mise en évidence, il est dit « idiopathique » (25% des cas).



LA CLINIQUE

La symptomatologie est souvent variable, mais on retrouve fréquemment des douleurs à prédominance plantaire, parfois insupportables, faites de paresthésies correspondant à des engourdissements, des fourmillements, des brûlures, ou des picotements. Ces sensations « électriques » sont parfois nocturnes et peuvent s'accompagner de crampes ou de sensations de brûlures.



Souvent d'origines mécaniques, elles peuvent être déclenchées par une marche prolongée, la montée sur une échelle, la montée des escaliers ou l'appui sur une pédale (par exemple la pédale de frein pour le pied droit).

La topographie est parfois typique sur un territoire plantaire défini, mais elle peut être paradoxale (ascendante vers la jambe mais ne dépassant pas le genou par exemple).

Les signes moteurs sont exceptionnels. Une parésie (paralysie incomplète) du muscle abducteur de l'hallux (gros orteil) peut provoquer un chevauchement entre le premier et le 2^{ème} orteil. Une parésie du muscle abducteur du 5^{ème} orteil peut provoquer un chevauchement entre le 4^{ème} et le 5^{ème} orteil.

La percussion ou la pression sur le trajet du nerf peut reproduire la douleur (pseudo signe de Tinel) notamment en regard de l'arcade de l'abducteur à la face médiale du pied.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est parfois délicat à établir. Votre chirurgien va chercher à localiser et préciser votre douleur et ses circonstances d'apparition.

Pour aider au diagnostic, des examens comme par exemple la radiographie conventionnelle réalisée en charge, vont permettre un premier bilan de débrouillage.

En complément, un électromyogramme et une IRM (imagerie par résonance magnétique nucléaire) sont fréquemment demandés et votre chirurgien vous expliquera en quoi ils consistent et l'intérêt de leur réalisation.

QUE SE PASSE-T-IL EN L'ABSCENCE DE TRAITEMENT ?

L'évolution se fait vers l'aggravation de la symptomatologie et l'impotence fonctionnelle avec parfois des difficultés à la marche, même sur de courts trajets. Dans certains cas, les sensations « électriques » peuvent être permanentes sur des périodes plus ou moins longues.

LES TRAITEMENTS NON CHIRURGICAUX

Ils associent la prise de médicaments anti-inflammatoires ou dédiés à une pathologie spécifique (goutte, diabète, polyarthrite...), le repos, la modification des activités et la perte de poids. Des semelles orthopédiques ou une modification du chaussage sont fréquemment prescrites.

Les infiltrations de produits cortisonés (corticoïdes) sont un recours classique. Deux à trois infiltrations espacées dans le temps sont généralement réalisées.

Dans certains cas, une immobilisation peut être utile.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est indiqué soit d'emblée, en cas de compression tumorale, soit (cas le plus fréquent) en l'absence d'amélioration après traitement médical bien conduit sur une durée suffisante (plusieurs semaines voire mois).

Il consiste en une libération chirurgicale du nerf ou une décompression.



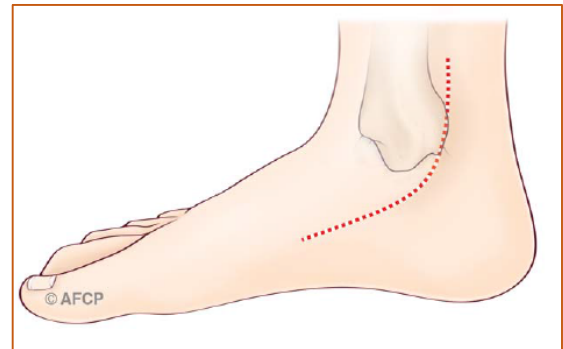
L'HOSPITALISATION

La durée moyenne d'hospitalisation est de quelques jours à une semaine, dépendant de l'intervention, des gestes associés, ainsi que de votre situation médicale et sociale. Parfois, dans les cas les plus favorables, une hospitalisation ambulatoire (une journée) est possible.

> L'ANESTHESIE

Une consultation pré-opératoire avec un médecin anesthésiste est obligatoire dans le mois qui précède l'intervention. Ce médecin vous expliquera lors de cette consultation, les modalités et les choix possibles d'anesthésie adaptés à la chirurgie et vos problèmes de santé.

Lors de cette consultation, il sera fait le point sur vos traitements personnels et allergies. De nouveaux médicaments pourront également être prescrits, que ce soit avant ou après l'intervention. Les plus fréquemment utilisés sont les anticoagulants, les antalgiques, les antibiotiques et les anti-inflammatoires. Ils comportent bien sûr des risques spécifiques. L'anesthésie pourra être loco-régionale (englobant un segment de membre), rachidienne (anesthésie du bassin et des membres en piquant entre deux vertèbres) ou générale.



Une transfusion sanguine est exceptionnellement nécessaire dans les suites de cette chirurgie.

> L'INSTALLATION

Au bloc opératoire, vous serez installé à plat dos, parfois légèrement incliné vers le côté à opérer.

Lors de votre passage au bloc opératoire, ne vous étonnez pas si l'on vous demande plusieurs fois votre identité, le côté à opérer (à votre arrivée, lors de votre installation...) : c'est une procédure obligatoire pour tous les patients (appelée « check-list de sécurité ») et demandée par la Haute Autorité de santé (HAS).

> LA TECHNIQUE

Elle dépend de la cause identifiée.

Vous serez le plus souvent installé sur le dos ou incliné sur le côté pour mieux dégager la zone à opérer.

Les incisions sont variables selon les techniques, mais le plus souvent il s'agit d'une incision unique d'une dizaine de centimètres en arrière de la malléole médiale.

Le recours à un garrot est habituel, pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Celui-ci peut être mis en place au niveau de la cuisse, de la jambe ou même de la cheville.

La durée d'intervention est variable selon les causes.

Les techniques chirurgicales sont adaptées en fonction des zones et causes de la compression du nerf et de ses branches de division.



Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation ou un événement imprévu ou inhabituel imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement. Une fois l'intervention terminée, à votre réveil, la démarche de votre chirurgien et les actes réalisés vous seront expliqués.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'OPERATION

L'objectif du traitement est de restituer une fonction et un appui indolore compatible avec la marche même en terrain irrégulier.

Le retour à une fonction optimale après chirurgie peut être long et la rééducation est importante.

Les résultats sont globalement favorables avec 70 à 80% de bons résultats.

Les syndromes du tunnel tarsien dus à des séquelles traumatiques ou à des pathologies générales sont les cas les moins favorables.

LE POST-OPERATOIRE

> L'APPUI

L'appui est le plus souvent autorisé dans les suites de l'opération sous protection d'une botte de marche. Dans certains cas votre chirurgien peut vous demander de respecter une période sans appui de quelques semaines.

> L'OEDEME POST-OPERATOIRE (=gonflement de la cheville, du pied et/ou des orteils)

L'œdème (ou gonflement) est habituel en chirurgie du pied et de la cheville et il n'est pas une complication.

Sa prise en compte est essentielle non seulement pour atténuer la douleur mais aussi pour améliorer la cicatrisation : ainsi, une période de repos avec décharge ou non, de surélévation du membre et de glaçage est utile.

Il peut durer plusieurs semaines sans prêter à conséquences et nécessiter une adaptation transitoire du chaussage.

> UN TRAITEMENT ANTALGIQUE

Un traitement antalgique adapté à vos antécédents et aux gestes réalisés vous sera prescrit. La douleur post-opératoire de ce type de pathologie ne présente pas de spécificité même si des antalgiques forts peuvent être utilisés dans les suites immédiates.

Le retour à domicile avec des antalgiques simples est la règle.

> **LE PANSEMENT** est réalisé avec soins lors de l'intervention selon les habitudes de votre chirurgien et le plus souvent, il ne doit pas être modifié. Cependant, si des soins sont réalisés à votre domicile, il est important de veiller à l'hygiène de votre cicatrice tant que les fils sont présents et qu'elle n'est pas totalement étanche. L'hygiène des mains est capitale et il ne faut jamais toucher sa cicatrice sans se laver les mains. Veillez toujours à disposer chez vous d'un point de lavage ou d'un flacon de produits hydro-alcooliques pour l'infirmière qui réalisera vos soins.

> LA PREVENTION DES PHLEBITES

Selon les situations et le type de l'opération réalisée, l'appui immédiat n'est pas toujours complètement autorisé, voire strictement interdit durant une période plus ou moins longue. Dans ce cas, il peut être prescrit par votre chirurgien ou votre anesthésiste des traitements anticoagulants, afin d'éviter la formation d'un caillot, pouvant boucher une ou plusieurs veines. En fonction de vos antécédents et de votre état de santé, ce traitement pourra être adapté (doses différentes, produit par injection



réalisée par une infirmière ou par voie orale...)

> UNE REEDUCATION POST-OPERATOIRE

Une rééducation post-opératoire peut être prescrite par votre chirurgien.

> UN ARRET DE TRAVAIL

Un arrêt de travail est nécessaire, sa durée moyenne est de 2 mois mais dépend de votre activité professionnelle, des gestes réalisés et de votre récupération.

> LES CONSULTATIONS POST-OPERATOIRES

Les consultations post-opératoires : un suivi post-opératoire adapté vous sera proposé par votre chirurgien, son rythme dépendra du geste opératoire, de l'évolution et de son protocole.

LES RISQUES

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, tout traitement comporte malheureusement une part d'échec. Cet échec peut aller de la réapparition de symptômes à leurs aggravations ou à d'autres complications plus graves que l'on retrouve dans toute chirurgie.

Ces risques peuvent être le fait du hasard, de la malchance mais peuvent aussi être favorisées par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non, locaux, généraux). Il est impossible de vous présenter ici toutes les complications possibles mais nous avons listé ci-dessous les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent être rencontrées dans votre pathologie.

> 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.

> L'INFECTION

Malgré toutes les précautions de désinfection et de préparation cutanée, toute incision chirurgicale expose à un risque de contamination microbienne qui peut être responsable d'une infection. Ces infections peuvent se déclarer de manière précoce ou plus tardive. Elles nécessitent souvent la mise en place d'antibiotiques, peuvent nécessiter une nouvelle intervention et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles. Certains facteurs comme le diabète, le tabagisme et la prise d'immunosuppresseurs (corticoïdes) favorisent cette complication.

> LES TROUBLES DE CICATRISATION

Malgré tout le soin porté par votre chirurgien à la plaie opératoire et les soins infirmiers, il peut exister un trouble de cicatrisation. La zone est fragile, avec une faible épaisseur de tissu couvrant les reliefs osseux.



Certains facteurs comme le tabagisme, le diabète, les médicaments immunosuppresseurs (corticoïdes), les insuffisances circulatoires, la dégénérescence graisseuse, peuvent favoriser cette complication.

On peut ainsi retrouver un retard de cicatrisation, une désunion cicatricielle, une nécrose cutanée (favorisant l'infection). Une cicatrisation peut être disgracieuse voire sensible, douloureuse ou hypertrophique (cicatrice chéloïde).

> L'INTOXICATION TABAGIQUE

L'intoxication tabagique est un facteur de risque important pour la chirurgie du pied et de la cheville, favorisant les retards de consolidation, les infections et les complications thrombo-emboliques.

L'arrêt complet du tabac est recommandé 6 semaines avant l'opération et 6 semaines après (en cas de besoin, n'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant).

> LA RECIDIVE

Il s'agit de la réapparition des douleurs soit par échec du ou des gestes de libération soit par persistance de facteurs irritatifs. Dans ce cas une nouvelle opération peut être envisagée par votre chirurgien, qui en discutera avec vous les bénéfices et les risques.

> LA RAIDEUR

Tout geste articulaire ou à proximité d'une articulation peut entraîner un enraidissement de l'articulation, temporaire ou définitive, que la rééducation a pour but d'éviter.

> LES COMPLICATIONS DE VOISINAGE

Etant donné la proximité avec de nombreux éléments osseux, tendineux, ligamentaires, vasculaires et nerveux, il peut exister de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité (notamment sur le bord latéral du pied), raideur.

Compte tenu de la position de la cicatrice, il peut exister une irritation douloureuse.

> LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES

Toute prise en charge chirurgicale, surtout au membre inférieur, peut favoriser la création ou la mobilisation d'un caillot sanguin obstruant une veine : c'est une phlébite.

S'il migre dans la circulation sanguine vers les poumons, il peut être responsable d'une embolie pulmonaire aux conséquences graves et parfois fatales. La prévention de cette complication se fait par la remise en appui ou par une anti coagulation médicamenteuse.

Enfin il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- En cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation
- De modification récente de votre traitement habituel
- De blessure ou infection à proximité du site opératoire
- D'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste
- En cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention, ou en cas d'évènements non prévu au bloc opératoire, pouvant interrompre le déroulement de l'opération, **y compris après réalisation de l'anesthésie**



Questions fréquentes

« Peut-on opérer les deux côtés en même temps ? »

Si vous présentez une lésion des deux chevilles, il est généralement déconseillé de traiter les deux côtés en même temps afin de conserver un appui sécurisé sur le côté opposé. Parlez-en avec votre chirurgien qui saura vous expliquer les meilleurs choix pour vous et vous conseiller.

« Si je suis opéré, quelle sera ma douleur ? mon arrêt de travail sera-t-il long ? »

Pour la douleur le traitement est en général le même quelle que soit la technique et sera adapté à l'intervention réalisée (ou aux interventions si nécessaire).

En général l'arrêt de travail est plus ou moins long selon l'opération, la durée de cicatrisation et les possibilités de reprise de la marche. Selon le type de lésion, l'arrêt de travail moyen peut être de quelques semaines, mais peut durer plusieurs mois selon votre évolution. Votre chirurgien vous expliquera en hospitalisation et au fil des consultations ce qui vous correspondra.

« Comment vais-je faire à mon domicile ? »

Dans le cas de la chirurgie de la cheville, l'appui immédiat peut être autorisé mais parfois il est nécessaire de soulager l'appui avec l'utilisation de béquilles, voire dans certains cas et sur des opérations plus lourdes de mettre en place une immobilisation par plâtre ou résine sans appui strict. Parfois, il peut être transitoirement nécessaire d'utiliser un fauteuil roulant afin de faciliter vos déplacements.

« Que faire si mon pied ou ma cheville redevient douloureux ou s'il augmente de volume (=œdème) ? »

L'œdème est un signe très fréquent et le plus souvent non pathologique.

Dans certains cas et s'il est associé à une forte douleur, ce peut être le signe d'une anomalie au niveau de la cicatrisation ou sur l'os (déplacement du matériel par exemple).

« Que faire en cas de température ou d'anomalie sur ma cicatrice ? »

Si vous présentez une température élevée (=fièvre) ce peut être le signe d'une éventuelle infection.

Si votre cicatrice, lors des pansements, est rouge, inflammatoire ou présente un écoulement, il faut consulter le plus rapidement possible votre chirurgien, qui saura vous conseiller et mettre en œuvre les traitements adaptés (locaux ou généraux (antibiotiques)).

« Que faire si je ressens une douleur du mollet ou une oppression respiratoire ? »

Ces signes peuvent être liés à l'existence d'un caillot dans une veine (=phlébite) ou à une migration de ce caillot vers le poumon (embolie pulmonaire) avec des conséquences possibles graves.

Le risque est plus important si en fonction de l'opération réalisée vous n'avez pas le droit de poser le pied au sol : dans ce cas votre chirurgien vous aura prescrit des médicaments (=anti coagulants) de protection.

Même avec ces traitements le risque n'est pas nul et ces signes doivent vous alerter.

D'une façon générale, tout symptôme nouveau doit conduire à consulter soit votre médecin traitant, soit votre chirurgien, ou en cas d'urgence l'établissement dans lequel vous avez été opéré.

Si vous ne réussissez pas à joindre les praticiens, n'hésitez pas à appeler le centre 15 (SAMU) qui pourra vous orienter.