



FICHE D'INFORMATION PATIENT N°29

LA MALADIE DE LEDDERHOSE

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

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

Fiche consultable en ligne sur les sites :

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

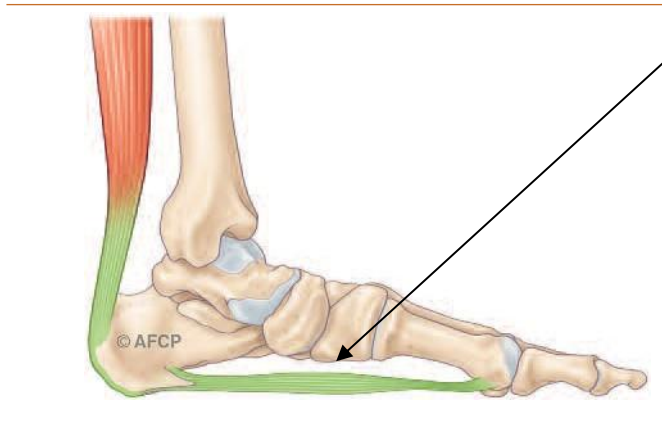
SOFCOT (<http://www.sofcot.fr/Infos-public-Patients>)

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



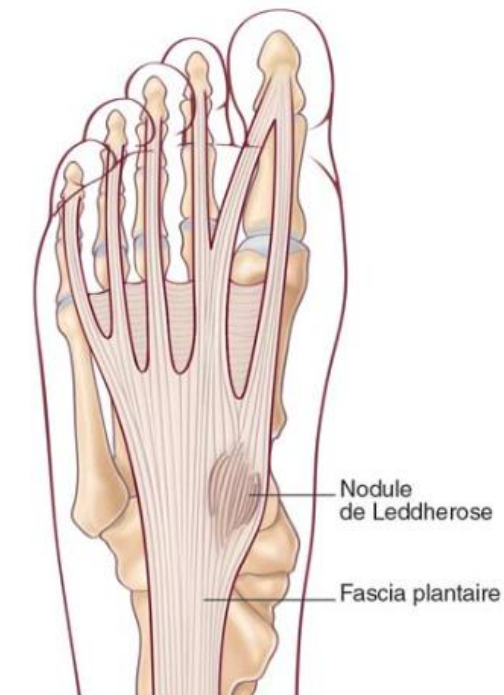


L'ANATOMIE



L'aponévrose plantaire ou fascia plantaire est une membrane fibreuse très épaisse localisée à la partie plantaire du pied. Elle est de forme triangulaire, s'insérant à la partie postérieure du pied sur le calcanéum. Elle s'élargit vers l'avant du pied pour se terminer sur les têtes métatarsiennes. Elle a pour rôle de soutenir l'arche interne du pied et de protéger les tendons sus-jacents.

LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)



La maladie de Leddherose est aussi appelée fibromatose plantaire. Elle se caractérise par l'apparition d'un ou de plusieurs nodules sous la voûte plantaire.

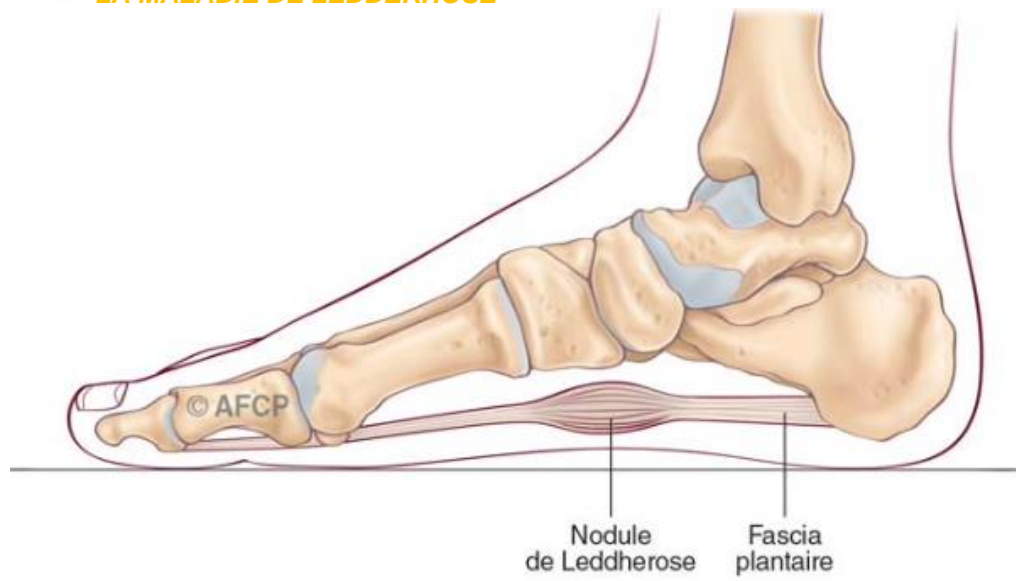
Les nodules sont des lésions sous-cutanées de forme approximativement sphériques au toucher.

Ils traduisent un épaissement bénin de l'aponévrose ou fascia plantaire. Les 2 pieds sont atteints dans un quart des cas. La cause de la maladie de Ledderhose est inconnue.

Elle est associée dans un quart des cas à la maladie de Dupuytren qui se traduit par des lésions similaires au niveau de la paume de la main



LA MALADIE DE LEDDERHOSE



LA CLINIQUE

Longtemps bien tolérés, ces nodules situés sous la voûte plantaire peuvent devenir gênants pour le chaussage et pour la marche. Dans certains cas ils peuvent devenir douloureux et occasionner parfois des sensations de décharges électriques au niveau de la plante du pied.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette pathologie est surtout clinique. Votre chirurgien peut demander des examens complémentaires comme une échographie ou un bilan IRM pour confirmer le diagnostic ou en éliminer d'autres.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX

➤ LES PRINCIPES DU TRAITEMENT MEDICAL

Initialement une adaptation du chaussage est recommandée.

Le port de semelles orthopédiques sur mesure réalisées par un podologue peut être proposé.

Si les signes de la maladie progressent, des traitements utilisant des injections de corticoïde ou des ondes de choc peuvent parfois être proposés en fonction de l'examen clinique et des résultats des examens complémentaires.

De la physiothérapie et des massages transversaux peuvent également être proposés selon les habitudes de votre chirurgien.

Dans certains cas, il peut vous être proposé une aponévrotomie (section de l'aponévrose plantaire autour des nodules) à l'aiguille associée à une infiltration de corticoïdes : plusieurs séances peuvent être nécessaires pour obtenir un résultat.



➤ LES RISQUES ET COMPLICATION EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT

Si le ou les nodules deviennent douloureux ou grossissent trop, ils peuvent devenir très gênants pour se chausser ou pour marcher.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

➤ LES PRINCIPES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Votre chirurgien va réséquer (enlever chirurgicalement) le nodule. Le nodule est ensuite généralement envoyé en analyse en anatomopathologie pour confirmer le diagnostic.

Après l'intervention des soins locaux doivent être réalisés par une infirmière jusqu'à cicatrisation complète suivant le protocole détaillé par votre chirurgien.

➤ L'HOSPITALISATION

Votre hospitalisation est dans la majorité des cas ambulatoire (une journée d'hospitalisation) mais peut être prolongée de quelques jours selon vos pathologies associées, ainsi que votre situation médicale et sociale.

➤ L'ANESTHESIE

Une consultation préopératoire avec un médecin anesthésiste-réanimateur peut être demandée. Ce médecin vous expliquera, lors de cette consultation, les modalités et les choix possibles d'anesthésie adaptée à la chirurgie et à vos problèmes de santé.

Lors de cette consultation, il sera également fait le point sur vos traitements médicamenteux. De nouveaux traitements pourront également être mis en place, que cela soit avant ou après l'intervention. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... Ils comportent bien sur des risques spécifiques.

L'anesthésie opératoire pourra être, locorégionale (anesthésie englobant un segment de membre, de la jambe aux orteils), rachidienne (anesthésie du bassin et des membres en piquant entre deux vertèbres) ou anesthésie générale.

Une transfusion sanguine est rare dans ce type de chirurgie où le saignement est très limité.

➤ L'INSTALLATION AU BLOC

Vous serez le plus souvent installé couché sur le dos.



➤ LA TECHNIQUE

- La durée de l'intervention
Est relativement courte, de quelques dizaines de minutes à moins d'une heure le plus souvent. Le temps dépend de la technique choisie, des difficultés rencontrées et des gestes réalisés pendant l'opération.
- Un garrot pneumatique peut être utilisé, pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Il peut être placé au mollet ou à la cuisse selon la technique d'anesthésie utilisée.
- Les incisions sont habituellement de quelques centimètres et dépendent de la localisation du nodule dont il faut faire l'exérèse et de la technique utilisée par votre chirurgien.
- Le drainage est rarement utilisé dans ce type de chirurgie

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 au bloc, lors de votre installation, avant l'anesthésie...) :

C'est une procédure obligatoire pour tous les patients (appelée « check-list de sécurité » et demandée par la Haute Autorité de santé (HAS)).

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 réveillé et l'intervention terminée, la démarche de votre chirurgien et les actes réalisés vous seront expliqués.

LE POST OPERATOIRE

➤ L'APPUI

Généralement l'appui sur le talon est permis dans les suites immédiates de l'intervention. Celui-ci peut parfois être différé selon votre intervention ou les constatations de votre chirurgien. Cet appui peut être facilité par le port d'une chaussure post opératoire spécifique.

Des cannes peuvent être utiles les premiers jours.

La majeure partie des consignes vous sera donnée avant l'opération.

➤ L'OEDEME POST OPERATOIRE (=gonflement de la cheville, du pied et des orteils)

Est habituel en chirurgie du pied et n'est pas le plus souvent une complication. Il est recommandé de garder le pied en hauteur pour en limiter l'importance.



LA MALADIE DE LEDDERHOSE

La prise en charge de l'œdème est essentielle non seulement pour atténuer la douleur mais aussi pour améliorer la qualité de la cicatrisation : ainsi, une certaine période de repos, de surélévation et la mise en place d'une contention veineuse peuvent être

utiles. Cet œdème peut durer longtemps (plusieurs semaines, voire plusieurs mois) et ne prête le plus souvent pas à conséquence, il peut obliger à adapter transitoirement les chaussures

➤ LE PANSEMENT

Il est réalisé avec soins lors de l'intervention selon les habitudes de votre chirurgien. 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 hydroalcooliques pour l'infirmière qui réalisera vos soins.

➤ LES TRAITEMENTS MEDICAUX

Un traitement anticoagulant peut dans certains cas vous être prescrit afin de limiter le risque de formation de caillot de sang dans vos veines (phlébite) cela est fonction de votre autonomie et de votre état de santé.

Les douleurs post opératoires seront très facilement contrôlées par les traitements antalgiques mis en place et prescrits par votre anesthésiste ou votre chirurgien.

La douleur post-opératoire de ce type de pathologie pose généralement peu de difficulté. Même si des antalgiques forts peuvent parfois être utilisés dans les suites immédiates, le retour à la maison avec des antalgiques simples est la règle.

LES CONSULTATIONS POST OPERATOIRES

Ces interventions importantes, intervenant sur votre pied, nécessitent un suivi attentif et régulier par votre chirurgien, par des contrôles cliniques, et éventuellement biologiques dont les résultats seront incorporés dans votre dossier.

Les données (anonymes) de votre dossier pourront servir à des études et/ou faire l'objet de communications ou publications scientifiques par votre chirurgien, en conformité avec la loi JARDE de mars 2012 (Décret 2016-1537). Dans ce cas, un consentement particulier sera demandé par votre chirurgien et sera inclus dans votre dossier.

Les premières consultations portent sur la surveillance de la cicatrisation et de l'état local. Les consultations ultérieures concernent la surveillance de l'évolution des gestes effectués et de votre récupération fonctionnelle.



Le suivi et l'ablation de l'immobilisation (quand celle-ci a été mise en place), la prescription de la rééducation (reprise d'appui...) et la validation de la reprise du travail et du sport se feront selon le protocole de votre chirurgien.

Le suivi habituel en l'absence de gestes associés est d'environ 1 mois à 2 mois, correspondant au retour à un chaussage standard.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'OPERATION

L'intervention permet le plus souvent de supprimer la gêne au chaussage due à la présence du nodule.

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

➤ LA RECIDIVE

Le risque de récurrence n'est pas rare et est compris entre 10% pour les localisations monofocales et près de 40% en cas d'atteinte des deux pieds et des deux mains, ou dans un contexte d'atteinte familiale. Elle se traduit par la réapparition d'un nodule sous la plante du pied.

➤ LES DOULEURS CHRONIQUES

De façon aléatoire et imprévisible, après toute prise en charge médicale et/ou chirurgicale, des phénomènes douloureux peuvent persister et/ou se renforcer. Parfois des douleurs différentes peuvent survenir.

Ces phénomènes douloureux peuvent s'installer dans le temps sous la forme d'un syndrome douloureux régional complexe (anciennement algodystrophie) : ce syndrome peut évoluer sur de nombreux mois (en moyenne 18 à 24 mois selon les études), et laisser parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires définitives .



Des séquelles douloureuses chroniques permanentes locales et/ou à distance du foyer opératoire peuvent également survenir :

- Syndrome douloureux post opératoire chronique
- Douleurs neuropathiques périphériques : ces douleurs sont d'origine nerveuse, leurs causes sont variables et le plus souvent elles ne sont pas liées au geste chirurgical lui-même.

Leur mode de survenue, leur diagnostic et leur suivi sont complexes et peuvent relever de la compétence de spécialistes de la prise en charge de la douleur pour des propositions thérapeutiques adaptées souvent longues et parfois d'efficacité partielle.

➤ 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 manières précoces ou beaucoup plus tardives. Elles nécessitent souvent la mise en place d'antibiotique, peuvent nécessiter des ré-interventions chirurgicales et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles. Certains facteurs comme le diabète, le tabagisme ou des immunodépressions (corticoïdes...), peuvent favoriser cette complication.

➤ LES TROUBLES CICATRICIELS

Malgré tout le soin porté par votre chirurgien à la plaie opératoire et les soins infirmiers, il peut exister des troubles de cicatrisation parfois favorisés par une pathologie générale ou locale tels le diabète ou les insuffisances circulatoires par exemple. On peut ainsi retrouver un retard ou un trouble de cicatrisation pouvant aller de la cicatrice disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection.

➤ LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES

Toute prise en charge chirurgicale, surtout du membre inférieur, peut favoriser la création d'un caillot sanguin obstruant les veines et réalisant une phlébite. Ce caillot peut même gagner la circulation pulmonaire et être responsable d'une embolie aux conséquences parfois graves voire fatales. La prévention de cette complication peut se faire par la mise en place d'une anti coagulation en fonction de la chirurgie et de votre état de santé.

➤ LES COMPLICATIONS DE VOISINAGE

Etant donnée la proximité de la zone opératoire d'éléments osseux, tendineux, vasculaires ou nerveux, il peut exister, de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments de proximité : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire... Compte-tenu du lieu de la cicatrice, l'atteinte d'un petit nerf peut entraîner une insensibilité voire des douleurs persistantes. Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons...



➤ LES COMPLICATIONS MÉDICAMENTEUSES

Au décours de cette intervention, il pourra vous être prescrit des médicaments particuliers et spécifiques. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... ils comportent bien sûr des risques propres et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

➤ L'INTOXICATION TABAGIQUE

L'intoxication tabagique est un facteur de risque important pour la chirurgie du pied et de la cheville, favorisant notamment les troubles cicatriciels, les infections et les complications thrombo-emboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse.

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 RAIDEUR

Tout geste proche de zones articulaires peut entraîner un enraidissement de l'articulation, temporaire ou définitif. Dans le cas de la maladie de Ledderhose cette raideur est rare, mais peut nécessiter, si elle survient, des séances de rééducation.

➤ AJOURNEMENT DE L'INTERVENTION

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'évènement non prévu au bloc opératoire, pouvant interrompre le déroulement de l'opération, y compris après réalisation de l'anesthésie.



QUESTIONS FREQUENTES

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

Même si vous présentez des nodules de Ledderhose des deux pieds, il n'est pas recommandé de faire les deux opérations en même temps.

« Comment vais-je faire à mon domicile ? Pourrais-je conduire mon véhicule ? »

Selon l'opération réalisée, vous pourrez ou non reposer le pied par terre avec ou sans l'aide de cannes anglaises (béquilles). Dans le cas de la chirurgie du pied, l'appui immédiat n'est pas toujours autorisé. Pendant la période d'immobilisation, la conduite de votre véhicule n'est pas possible, voire dangereuse. Votre chirurgien pourra vous expliquer les possibilités de reprise de la conduite en fonction de votre évolution.

« Que faire si mon pied et/ou ma cheville redeviennent douloureux ou s'ils augmentent 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 (=anticoagulants) de protection, mais même avec ces traitements le risque n'est pas nul et ces signes doivent vous alerter.



LA MALADIE DE LEDDERHOSE

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.