



FICHE D'INFORMATION PATIENT : **LE NÉVROME DE MORTON** **OU NÉVRALGIE INTER-MÉTATARSIENNE**

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

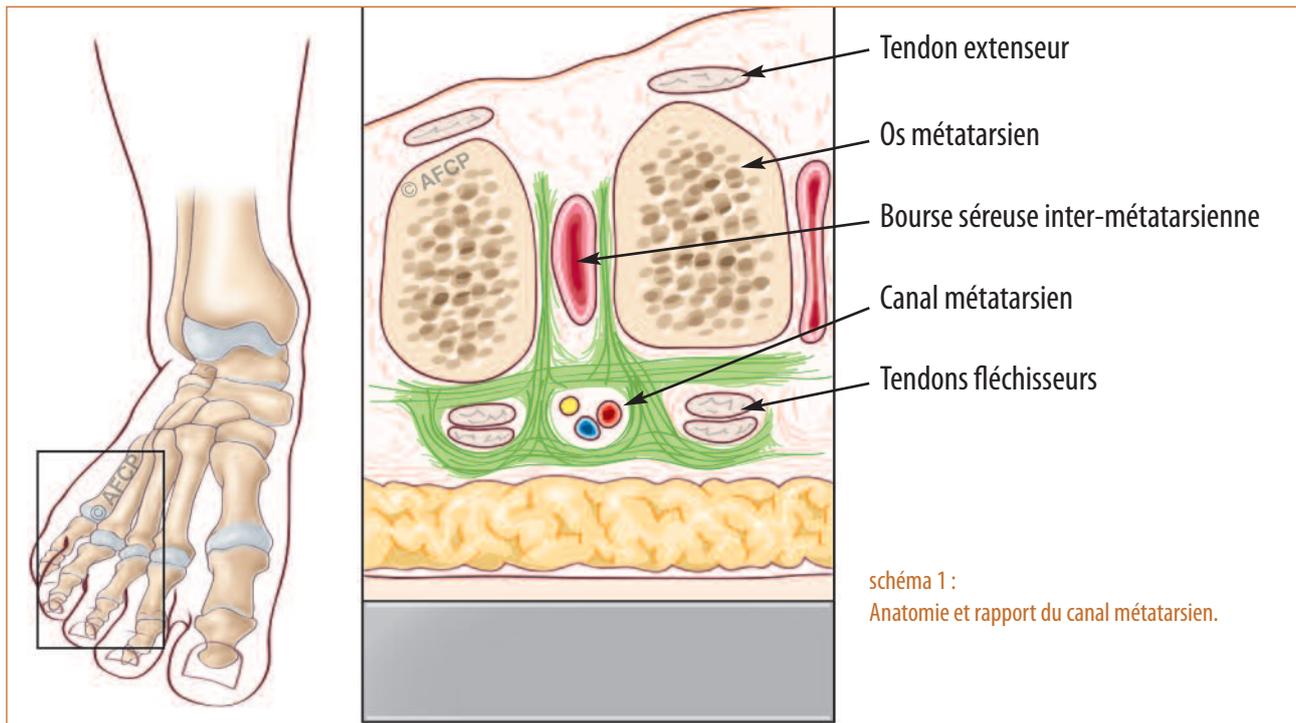
Il vous a expliqué les modalités générales de cette prise en charge (alternatives thérapeutiques, déroulement de l'opération, suites opératoires, résultats prévisibles, mais aussi les principales complications possibles. . .). Ce formulaire est un outil supplémentaire que votre chirurgien met à votre disposition pour vous rappeler les points clefs 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 de nouveau à vos questions.

L'ANATOMIE ET LA PATHOLOGIE :

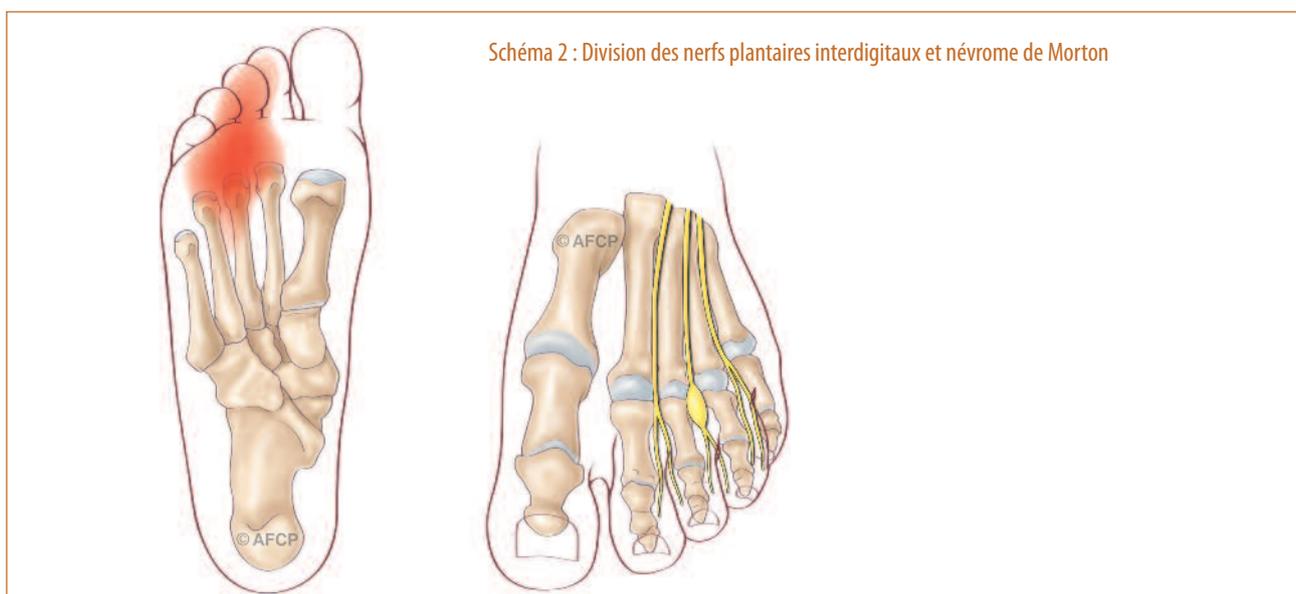
> ANATOMIE

Au niveau des orteils, la sensibilité est assurée par les nerfs plantaires interdigitaux, dont les branches de division assurent la sensibilité de la commissure interdigitale. Juste avant leur division, au niveau de l'espace entre les têtes métatarsiennes, ces nerfs traversent un tunnel fibreux appelé « canal métatarsien ». Les parois de ce tunnel sont constituées : en bas par le ligament transverse superficiel, en haut par le ligament transverse intermétatarsien et latéralement par des cloisons fibreuses reliant ces deux ligaments. Juste au dessus du canal intermétatarsien se trouve un espace limité latéralement par les métatarsiens (os de l'avant pied) contenant les tendons des muscles lombricaux et inter-osseux et une bourse séreuse.



> PATHOLOGIE :

Lors de la marche, au moment des impulsions du pied au sol, le nerf est comprimé de façon répétitive au sein du canal métatarsien. Cette compression peut être aggravée par un chaussage étroit. Il en résulte une irritation du nerf qui provoque son épaissement jusqu'à l'apparition d'un « renflement ». Cet aspect épais ou renflé du nerf est désigné sous le terme de « névrome ».



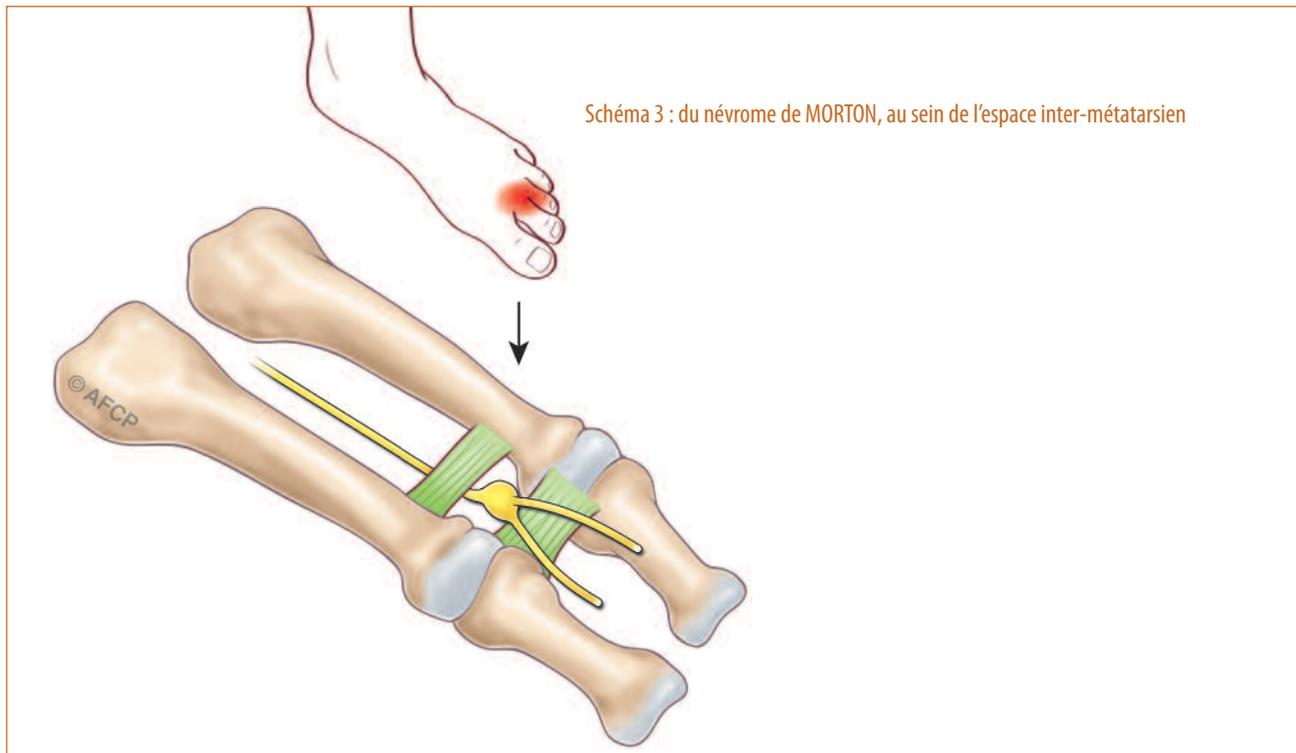


Schéma 3 : du névrome de MORTON, au sein de l'espace inter-métatarsien

LA CLINIQUE

Le plus souvent, cette compression nerveuse se traduit par l'apparition de douleurs violentes en dessous et entre les orteils. Ces douleurs sont souvent ressenties comme des décharges électriques, elles peuvent diffuser vers le bout des orteils ou remonter vers la cheville. Elles sont généralement provoquées par la marche ou la stations debout prolongée en particulier si vous portez des chaussures serrées.

En cas de crise douloureuse, le fait de se déchausser et de se masser le pied permet de soulager les douleurs. Une sensation de fourmillement ou une diminution de la sensibilité entre les orteils est également possible.

Il est possible d'avoir plusieurs névromes de Morton sur le même pied ou d'avoir une atteinte concomitante des deux pieds.

LE DIAGNOSTIC

Lors de son examen, votre chirurgien va chercher à localiser votre douleur. Il va également utiliser des tests spécifiques pour localiser le ou les névromes. Il peut aussi rechercher une baisse de sensibilité des commissures interdigitales (espaces situés entre les orteils).

Une échographie ou une IRM peuvent être prescrites par votre médecin ou votre chirurgien pour visualiser le renflement du nerf ou sa compression par un élément de voisinage. Une radiographie du pied est fréquemment réalisée pour éliminer d'autres pathologies osseuses ou articulaires.

Ces examens peuvent aussi être utilisés pour rechercher des pathologies souvent associées à la névralgie de Morton, ou à la distinguer d'autres maladies dont les signes cliniques sont proches.

LES TRAITEMENTS POSSIBLES

> LES TRAITEMENTS NON CHIRURGICAUX

En premier lieu, il est recommandé d'adapter votre chaussage en portant des chaussures à bout large ne comprimant pas l'avant du pied et d'éviter les chaussures à talon.

Des semelles orthopédiques (réalisées par un pédicure-podologue) à porter systématiquement dans vos chaussures et adaptées à votre morphologie peuvent vous être prescrites. Leur but est de diminuer les pressions répétées sur le nerf et donc de diminuer son irritation.

Une ou plusieurs infiltrations de corticoïdes peuvent être pratiquées dans le but de diminuer ou supprimer les signes de la maladie. Lorsque l'infiltration est efficace le soulagement obtenu peut être temporaire ou définitif. Ces traitements ne permettent malheureusement pas toujours de contrôler les douleurs liées à la maladie et peuvent être inefficace chez une partie des patients. Votre chirurgien vous proposera alors un traitement chirurgical visant soit à libérer le nerf inter métatarsien (« neurolyse ») soit à l'enlever (« neurectomie »).

Dans les cas où aucun traitement n'est réalisé, les douleurs évoluent vers l'aggravation entraînant une gêne de plus en plus importante à la marche et au chaussage.

L'HOSPITALISATION

Votre hospitalisation peut être ambulatoire (une journée d'hospitalisation) ou de quelques jours suivant vos pathologies associées ; ainsi que votre situation médicale et sociale.

L'ANESTHÉSIE

Une consultation préopératoire avec un médecin anesthésiste-réanimateur est obligatoire. 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 sûr des risques spécifiques.

L'anesthésie opératoire pourra être locorégionale (anesthésie plus large 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.

LES OPERATIONS

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.

> LA NEUROLYSE

Elle consiste en une décompression chirurgicale du nerf. L'intervention a généralement lieu couché sur le dos, un garrot pneumatique positionné sur la cheville, la jambe ou même la cuisse, en fonction de l'anesthésie réalisée. L'emplacement et la taille de la cicatrice est différente en fonction de votre pathologie, des habitudes de travail et de la technique choisie par votre chirurgien. Habituellement, celle-ci fait environ 4 à 5 Cm de longueur. Cette décompression peut être faite par une cicatrice dorsale (sur le dessus du pied, schéma 4), commissurale (dans l'espace situé entre les orteils, schéma 5), plantaire (à la plante du pied, schéma 6) ou des mini-incisions (chirurgie percutanée). Une technique endoscopique peut aussi être utilisée.

> LA NEURECTOMIE

Le principe de cette intervention est d'enlever chirurgicalement le nerf responsable des douleurs. Durant l'intervention chirurgicale vous serez installé sur le dos et un garrot pneumatique sera utilisé (positionné sur la cheville, la jambe ou même la cuisse, en fonction de l'anesthésie réalisée). Là aussi, l'emplacement et la taille de la cicatrice sont différents en fonction de votre pathologie, des habitudes de travail et de la technique choisie par votre chirurgien. Elle peut être réalisée par une cicatrice située sur le dessus du pied, au niveau de

la plante du pied ou dans la commissure interdigitale. Cette intervention entraîne fréquemment une anesthésie ou une baisse de la sensibilité de l'espace situé entre les orteils concernés.

Schéma 4 : abord dorsal du névrome.

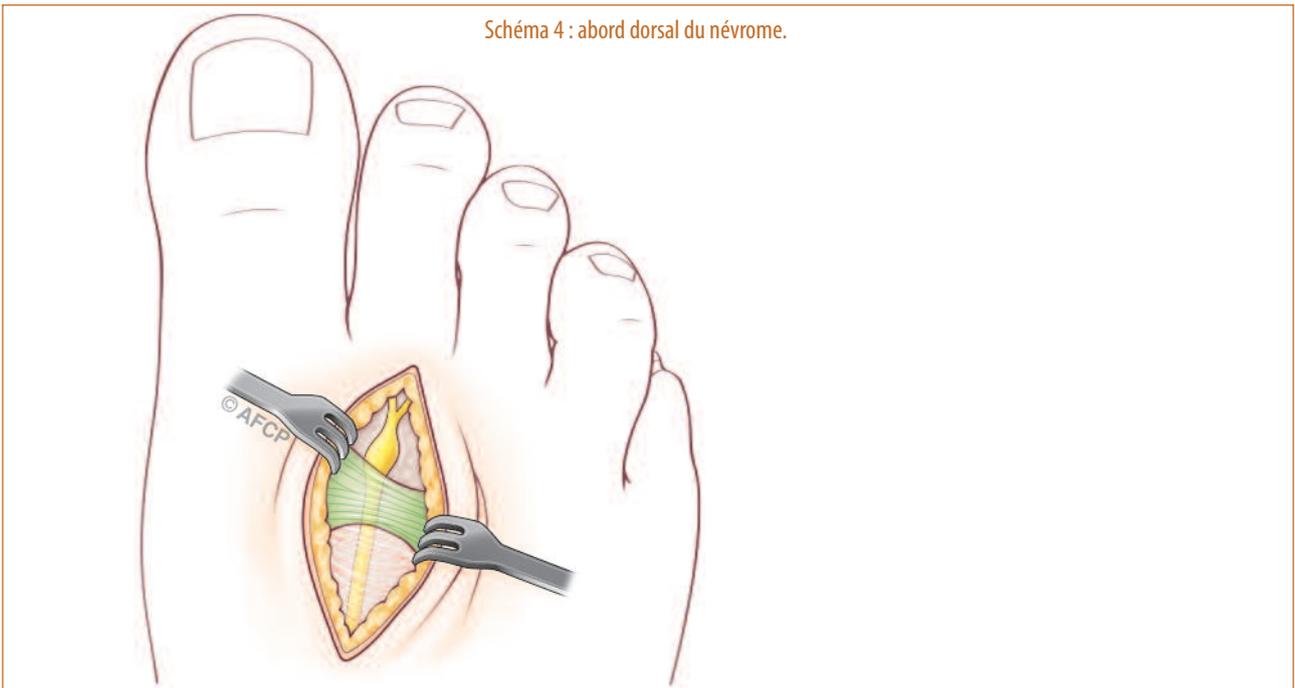


Schéma 5 : Abord du névrome par voie inter-digitale

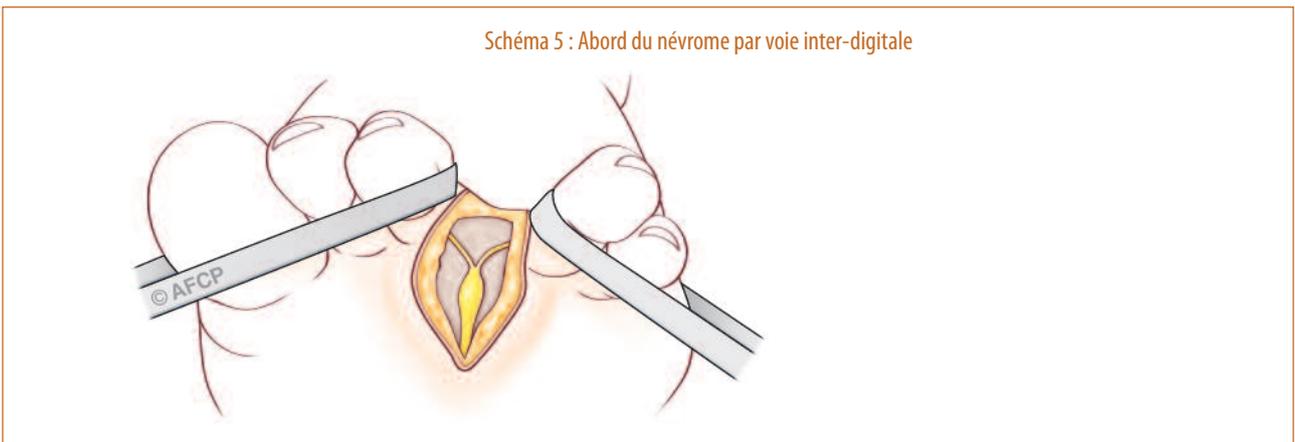
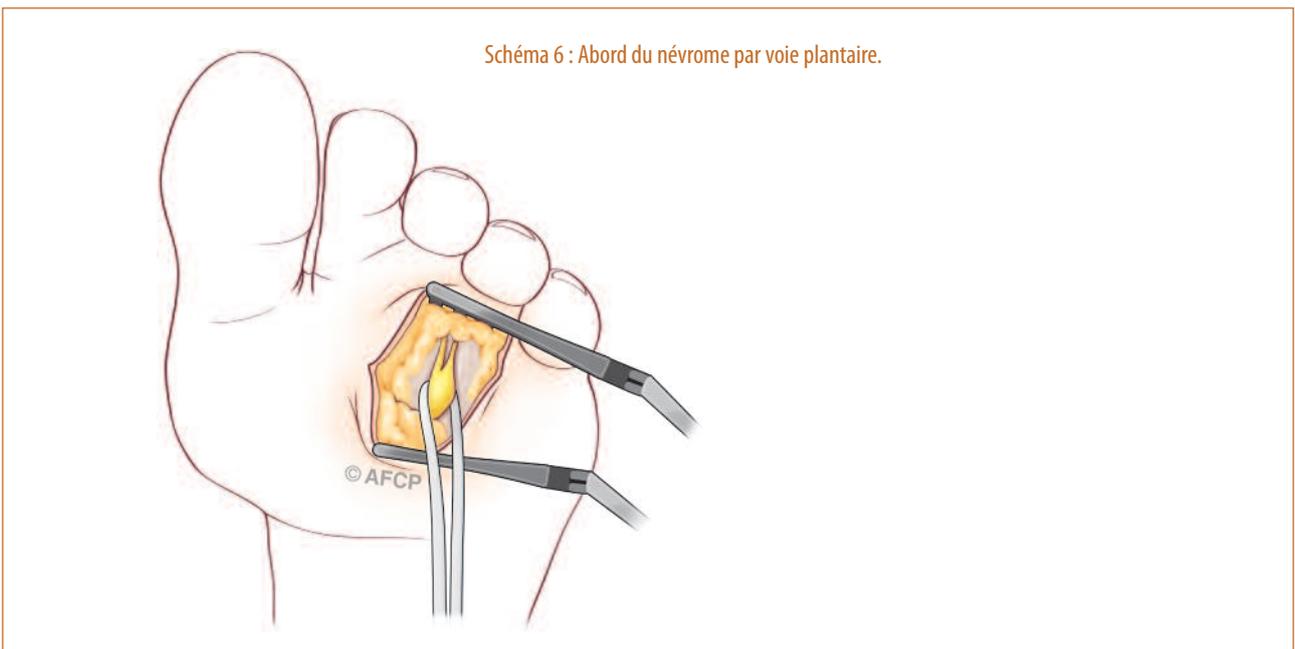


Schéma 6 : Abord du névrome par voie plantaire.



> AUTRE GESTE CHIRURGICAL

S'il existe des pathologies associées votre chirurgien peut être amené à les prendre en charge simultanément à l'aide de gestes spécifiques qu'il vous expliquera.

LE POST-OPÉRATOIRE

Un chaussage post opératoire spécifique est le plus souvent prescrit selon le protocole de votre chirurgien. Des soins de pansements réguliers par un infirmier sont souvent prévus pendant 15 jours à 1 mois. Un traitement antalgique adapté à vos antécédents médicaux et au geste réalisé vous sera prescrit.

En fonction des facteurs de risques qui vous sont propres et de l'intervention réalisée un traitement anticoagulant peut être prescrit pour limiter le risque de phlébite.

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

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.

Un arrêt de travail est généralement nécessaire après l'intervention chirurgicale. Sa durée est en moyenne d'un mois mais dépend de votre activité professionnelle et des gestes chirurgicaux réalisés.

CE QUE VOUS POUVEZ ATTENDRE DE L'INTERVENTION

Le but de l'intervention proposée par votre chirurgien est de soulager ou au mieux de supprimer les douleurs liées à la maladie de Morton.

LES RISQUES

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.

> PERTE DE SENSIBILITÉ

Après les neurectomies, une perte de sensibilité ou une diminution de sensibilité de la commissure des orteils concernés est fréquente car le nerf sensitif a été enlevé chirurgicalement. Cette anesthésie peut être totale ou partielle. Après une neurolyse, le nerf peut être traumatisé et entraîner en conséquence une diminution de la sensibilité ou des fourmillements de la commissure interdigitale.

> NÉVROME CICATRICIEL

Après une neurectomie, le moignon du nerf sectionné peut, dans de rares cas, cicatriser de façon pathologique (névrome cicatriciel) entraînant de nouvelles douleurs nécessitant parfois une deuxième opération.

> PERSISTANCE DES SYMPTÔMES

Malgré une libération nerveuse attentive (neurolyse), le névrome peut persister, rester douloureux, nécessitant parfois une reprise chirurgicale.

> DOULEURS RÉSIDUELLES LIÉES À D'AUTRE PATHOLOGIE DE L'AVANT PIED

Dans les cas où la maladie de MORTON s'associe à d'autres pathologies osseuses ou articulaires, le résultat clinique de la prise en charge isolé du névrome peut être incomplet.

> 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 manières précoces ou beaucoup plus tardives. Elles nécessitent souvent la mise en place d'antibiotique, peuvent nécessiter des réinterventions 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 particulières 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.

> LA RAIDEUR

Tout geste articulaire peut entraîner un enraidissement de l'articulation, temporaire ou définitif. Cette raideur peut nécessiter des séances de rééducation ou même une ré-intervention.