



HALLUX VALGUS : TRAITEMENT PER CUTANÉE

www.flandre-orthopedie.com



L'hallux valgus (communément appelé « oignon ») correspond à une déformation du premier orteil (« gros orteil » ou « hallux ») s'inclinant vers les orteils latéraux (vers l'extérieur, en « valgus »).

Il s'agit de la déformation la plus fréquente du gros orteil. Cette déformation génère une saillie osseuse sur la partie médiale de l'orteil, à l'origine de phénomènes douloureux et d'une gêne au chaussage.

Elle atteint préférentiellement les femmes, parfois dès le plus jeune âge. On ne connaît pas réellement les causes de cette déformation mais l'origine congénitale (héréditaire, présent dès la naissance et s'accroissant dans le temps) semble la plus vraisemblable.



L'anatomie

Le squelette osseux du gros orteil (« hallux ») est constitué du premier métatarsien se prolongeant par deux phalanges. L'articulation entre la tête du premier métatarsien et la base de la première phalange (articulation « métatarso-phalangienne ») est normalement rectiligne ou peu inclinée vers l'extérieur (10° de valgus en moyenne). Lors de la marche, le gros orteil peut ainsi bouger facilement et sans douleur pour s'adapter au terrain et à la chaussure. Cette articulation « métatarso-phalangienne » est donc essentielle pour la marche :



- Le glissement est facile et indolore grâce au cartilage qui recouvre les extrémités osseuses.
- La stabilité est assurée par à un manchon fibreux, « la capsule », renforcé par des « ligaments ».
- La mobilité est commandée par des tendons, prolongement des muscles de la jambe s'attachant sur les différents segments osseux.
- La sensibilité est sous la dépendance des nerfs sensitifs, terminaison des gros troncs nerveux de la jambe.

En fonction de la longueur du gros orteil votre pied est classé en différents types :

- « Pied grec » avec un second orteil plus long que le premier,
- « Pied égyptien » où le gros orteil est le plus long,
- Enfin, « pied carré » où les deux premiers orteils ont la même longueur.

La pathologie (Le problème)

L'hallux valgus (ou « oignon ») est une déformation progressive du gros orteil, sous la forme d'une accentuation du valgus de la première phalange et d'une saillie médiale de l'articulation métatarso-phalangienne. Cette déformation va entraîner votre gros orteil (hallux) vers l'extérieur (valgus) en direction du deuxième orteil. Le métatarsien se déplaçant vers l'intérieur (varus) et les phalanges vers l'extérieur (valgus). A la jonction du métatarsien et de la première phalange va apparaître une « bosse », sur la partie médiale du pied, qui frottant contre le soulier peut créer une inflammation (« bursite »).

Cette déformation prédomine chez la femme et peut-être favorisée ou majorée par l'âge, le port de chaussures à talons et à bouts étroits. Il existe parfois une prédisposition familiale. Dans ce cas, la déformation peut ainsi débuter dès l'enfance (hallux valgus congénital). Cette déformation articulaire va, de manière progressive et à une vitesse variable, entraîner une rétraction de certains tissus (capsule, ligaments, tendons) et une détente ou une rupture d'autres structures, rendant la déformation enraidie et fixée.

La clinique

La déformation clinique prédomine initialement sur la partie médiale de l'articulation métatarso-phalangienne, créant une gêne au chaussage, puis une bursite. La déformation s'aggrave progressivement, la bursite grossit et le pied se déforme ensuite dans son ensemble avec des déformations des orteils latéraux, par transfert d'appui (transfert des charges ne pouvant plus se faire sur l'hallux du fait de la déformation et se reportant sur les orteils adjacents). Apparaît ainsi des hyper-appuis plantaires douloureux avec développement de durillons sous le pied et de cors sur les orteils latéraux qui évoluent progressivement « en griffes ».

Le diagnostic

Le diagnostic est facile : il s'agit d'une saillie douloureuse de la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil (parfois avec bursite) associée à une accentuation du valgus phalangien. Les deux phalanges vont s'orienter vers le second orteil, jusqu'à parfois le croiser. Petit à petit la déformation va s'aggraver, le 1er orteil va perdre son rôle d'appui au sol, sollicitant davantage les orteils latéraux dont les structures osseuses et articulaires (de plus faibles résistances) vont se dégrader, produisant des déformations « en griffe ».

Un bilan radiologique, permet au chirurgien de confirmer le diagnostic, de mesurer l'importance de la déformation, évaluer les conséquences sur les orteils latéraux et de planifier une éventuelle chirurgie.

D'autres examens complémentaires (échographie, IRM...) peuvent compléter le bilan, notamment sur les orteils adjacents pour quantifier leur atteinte.

Les traitements médicaux (non chirurgicaux)

L'adaptation du chaussage, large et souple, reste longtemps efficace ; éventuellement complété par des orthèses plantaires (réalisées par un pédicure-podologue) ou des « orthoplasties » (cales en silicone inter-orteils).

Un traitement médical antalgique est possible pour diminuer les phénomènes douloureux, mais, il ne pourra stabiliser ou corriger la déformation.

Le traitement chirurgical (consistant à ré-axer votre premier orteil) est proposé quand les douleurs limitent vos activités, que le chaussage devient difficile et/ou que les orthèses deviennent inefficaces.

Les risques et complications en l'absence de traitement

Si le patient néglige sa maladie, la déformation s'aggrave progressivement, les orteils latéraux se déforment en griffe (notamment le second), rendant le chaussage de plus en plus difficile. Le risque principal est l'ouverture à la peau de la bursite avec possibilité d'infection de la bourse (« bursite infectieuse ») puis de l'articulation (« arthrite ») et enfin des os (« ostéite »). Cette situation peut être grave et même conduire à une amputation surtout en cas de pathologies chroniques pré-existantes (diabète par exemple).

Le traitement chirurgical (Les opérations)

En l'absence d'amélioration avec le traitement médical et podologique, ou d'apparition de complications, il est possible d'envisager une prise en charge chirurgicale. Nous ne détaillerons ici que les techniques chirurgicales de correction de l'hallux valgus isolé, mais en cas de déformation globale de votre avant pied (hallux valgus se combinant à des déformations des orteils latéraux) la prise en charge pourra être plus globale.

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.

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'hospitalisation

L'hospitalisation peut être ambulatoire (une journée d'hospitalisation) ou de quelques jours suivant votre situation médicale et sociale.

L'installation au bloc

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

La technique

Un garrot peut être utilisé, pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Celui-ci peut être placé au niveau de la cuisse, de la jambe ou même de la cheville en fonction de la zone à opérer et du type d'anesthésie.

L'intervention dure entre 45 minutes et une heure trente. Le temps dépend de la technique choisie, des difficultés rencontrées et des éventuels gestes réalisés pendant l'intervention.

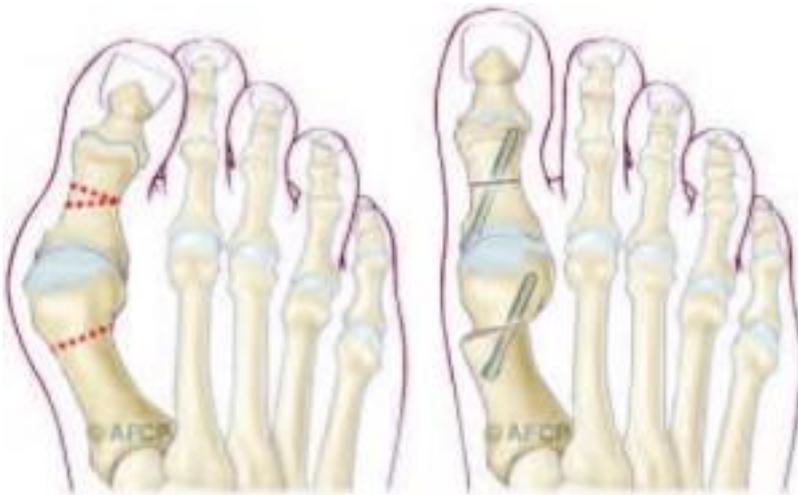
Les incisions peuvent être de quelques centimètres ou punctiformes car dépendent du type de techniques utilisées par votre chirurgien. Elles peuvent se situer sur le dessus du pied, ou sur la face interne du premier métatarsien et de la première phalange.

Les techniques « conventionnelles (ciel ouvert) » utilisent une incision de moins de dix centimètres, permettant, sous contrôle de la vue de corriger la déformation.

Au contraire, les techniques « percutanées » utilisent plusieurs incisions millimétriques, permettant le passage d'instruments spécifiques qui sont guidés sous la peau par un contrôle radiographique.

Les techniques « mini-invasives » sont un intermédiaire des 2 techniques précédentes, avec une incision de quelques centimètres.

L'acte opératoire a pour but de corriger la déformation de votre orteil : l'intervention permet d'éliminer la « bosse », en ré-axer votre premier orteil en intervenant sur les os et/ou les tendons et les ligaments. Le choix de la technique employée dépend de l'importance de votre déformation, de l'existence d'une arthrose ou non, de votre âge et des habitudes de votre chirurgien.



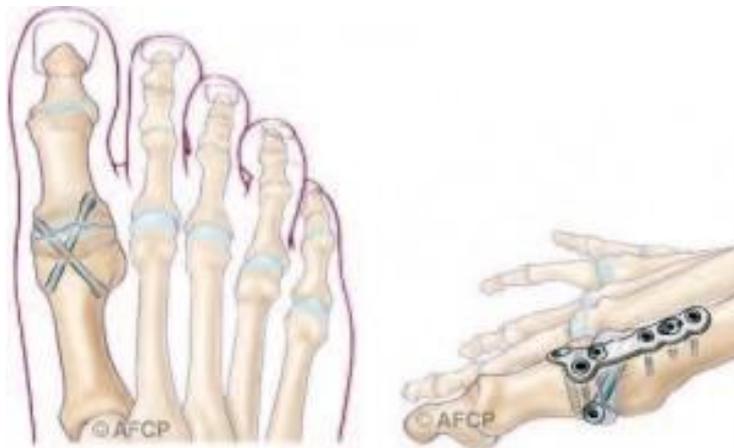
Le plus souvent possible, la correction de la déformation se fera par des gestes osseux et/ou des parties molles en conservant les mobilités articulaires de l'articulation métatarso-phalangienne :

- sur les parties molles (capsule, ligaments, tendons) : libération des adhérences et des rétractions produisant la déformation. Libération de certains tendons et/ou ligaments, transfert de certains tendons, corrigeant ainsi la déformation...
- sur les os qui sont réorientés à l'aide de coupes osseuses (« ostéotomies ») permettant de restituer l'axe normal.

Selon le type de la déformation, cette ostéotomie peut être réalisée vers la base du métatarsien (ostéotomie basale), vers la tête (ex Chevron) ou sur la partie intermédiaire diaphysaire (ex. SCARF). C'est le déplacement des surfaces osseuses qui va corriger la déformation.

- Dans certains cas, lorsque la déformation est importante, récidivante et/ou associée à de l'arthrose, ces gestes osseux et/ou ligamentaires ne suffisent pas ou ne sont pas possibles. Il peut alors être nécessaire de bloquer l'articulation entre le métatarsien et la phalange (« arthrodèse métatarso-phalangienne ») pour corriger de manière efficace et durable la déformation.

Ce blocage articulaire entraîne nécessairement une diminution des mobilités de la colonne du premier orteil qui est compensée en partie par les articulations adjacentes. Ce blocage s'effectue dans une position qui vous est propre, en fonction de la morphologie de votre pied ou de votre mode de chaussage notamment.



- Que l'intervention maintienne ou non les mobilités articulaires métatarso-phalangiennes, la correction de la déformation osseuse nécessite souvent le recours à un moyen de fixation (vis, plaques, broches, agrafes, fils...). Seules certaines corrections réalisées en chirurgie percutanée, peuvent ne pas rendre indispensable ce matériel. La prise en charge chirurgicale de la déformation de l'hallux peut également se combiner avec des gestes de correction des déformations des orteils latéraux.

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 opératoire

L'appui est généralement permis dans les suites immédiates de l'intervention, souvent sans déroulé du pas. Celui-ci pourra se faire par l'intermédiaire d'une chaussure médicale post-pératoire. Des cannes peuvent être utiles dans les premiers jours. Dans les cas de déformation les plus importantes, ou de fragilité osseuse, une période sans appui de quelques semaines peut vous être demandée.

La reprise de la marche sera progressive, avec sevrage du chaussage médical puis reprise d'une chaussure large avant de reprendre votre chaussage habituel. Les délais sont fonction de la

déformation initiale, de l'intervention réalisée, des habitudes de votre chirurgien et de facteurs qui vous sont propres (poids, solidité osseuse, importance de la déformation, antécédents médicaux...).

L'œdème post opératoire est habituel en chirurgie du pied, et n'est pas une complication. 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.

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 la maison avec des antalgiques simples est la règle.

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.

Un arrêt de travail est généralement nécessaire après l'intervention chirurgicale. Sa durée est en moyenne de 6 semaines mais dépend de votre activité professionnelle et des gestes chirurgicaux réalisés.

Les consultations post-opératoires

Concernant notre pratique de chirurgie per-cutanée, un rendez-vous de contrôle du pansement sera réalisé au environ du 15^{ème} jour post-opératoire. Le pansement n'ayant pas été retiré depuis l'intervention, celui-ci sera retiré définitivement laissant des plaies ponctiformes cicatricées.

Un deuxième rendez vous de consultation sera réalisé à la 6^{ème} semaine ou au 2^{ème} mois post-opératoire pour un contrôle radio-clinique. La consolidation peut parfois être plus longue et selon les cas d'autres rendez vous de contrôle vous seront proposés.

Ce que je peux attendre de l'intervention

L'intervention permet de corriger votre déformation et de supprimer les douleurs mécaniques au chaussage, vous permettant ainsi de reprendre vos activités professionnelles, les activités de loisir et même la pratique du sport.

- A 4 ou 6 semaines post opératoires un chaussage normal est repris. Il est confortable et large, adapté à l'évolution de votre pied. Un chaussage plus fin (escarpins...) est possible, en fonction de votre cas, après plusieurs mois.
- Une activité sportive légère (natation, vélo d'appartement,..) est possible à partir de la 6ème semaine post opératoire. Des sports plus contraignants (footing, randonnée, step, tennis,...) redeviennent possibles après 3 à 6 mois post opératoires.
- La conduite automobile est généralement reprise au bout de 6 semaines après le contrôle radio clinique. La reprise peut être différée du fait du maintien du chaussage post-opératoire.
- Sur le long terme le résultat clinique est généralement bon ou excellent même si la récurrence est possible.





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.

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.

La récurrence

Malgré une correction initiale favorable, une récurrence de la déformation est toujours possible. Elle est parfois la conséquence d'un état prédisposant personnel (hyperlaxité constitutionnelle) ou d'anomalie plus globale de votre pied (pied plat).

Hallux varus

Malgré toute l'attention de votre chirurgien dans le désir de ré axer votre orteil, la correction peut se faire avec excès, soit de manière précoce ou tardive : en effet, la cicatrisation des tissus mous ou la tension tendineuse peut se faire avec une tension trop importante. Le déplacement se fait alors de l'autre côté, vers l'intérieur (hallux varus), pouvant nécessiter une ré-intervention.

Les métatarsalgies de transfert

Dans certains cas, du fait de la correction de la déformation de votre gros orteil, vos appuis à la marche peuvent être modifiés et entraîner des douleurs au niveau des autres métatarsiens (d'où le terme de métatarsalgie de transfert) pouvant parfois nécessiter un traitement spécifique secondairement (orthèse, semelle, intervention chirurgicale).

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 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 immunodépresseurs (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.

Le démontage et bris de matériel

Votre prise en charge chirurgicale fait appel à la mobilisation de segments osseux, nécessitant (rarement, parfois, souvent) la pose de matériel chirurgical (plaque, vis, broche, fils...) afin de corriger une déformation. Comme tout matériau, ces implants chirurgicaux peuvent être responsables de complications, du fait de leur fragilité propre (rupture du matériel) ou de déplacement du montage du fait de contrainte mécanique trop élevée sur les structures où ils sont implantés (déplacement du matériel entraînant une perte de la correction).

Ainsi ce matériel chirurgical peut parfois nécessiter d'être réopéré en cas de déplacement post opératoire ou de complication propre.

Enfin, et à distance de l'intervention, une fois la période post opératoire passée, et votre pathologie guérie, ce matériel peut également faire l'objet d'une ablation dans le cadre d'une chirurgie programmée en fonction de sa localisation ou si celui-ci est responsable d'une gêne ou d'un conflit local.

Les mauvaises consolidations ou absence de consolidation osseuse

La prise en charge chirurgicale de votre pathologie est basée sur la consolidation osseuse qui est un phénomène biologique. Cependant, celle-ci peut faire défaut, ou l'objet de retard. Ainsi, une arthrodèse (blocage de l'articulation) et/ou une ostéotomie (coupe osseuse) peuvent ne pas consolider (fusionner). Une nouvelle intervention chirurgicale peut alors être nécessaire.

Fiche réalisée par la « commission médico-juridique » de l'association Française Chirurgie du pied et de la cheville (AFCP)

