

CHIRURGIE DU PIED

HALLUX VALGUS (Fig. 1) :

Définition : C'est une déformation très fréquente du gros orteil (= hallux) vers l'extérieur du pied (= valgus) (Fig.1). Elle peut être associée à une inflammation avec rougeur (bursite) et douleur sur l'excroissance osseuse du gros orteil : c'est ce qui est couramment appelé « l'oignon ». L'hallux valgus n'est pas forcément douloureux et il n'y a pas de relation entre l'importance de la déformation et la douleur (par exemple certains hallux valgus très importants sont indolores et n'entraînent aucune gêne). La douleur au niveau du gros orteil est liée au frottement dans la chaussure et à l'inflammation de l'excroissance osseuse saillante.

Evolution : L'hallux valgus peut évoluer de différentes façons et chaque patient est différent. La déformation s'aggrave globalement avec le temps mais il n'y a aucun parallélisme entre l'importance de la déformation et les douleurs. Les douleurs peuvent évoluer par poussées inflammatoires avec parfois de longues périodes d'accalmie (pendant plusieurs mois ou années) ou s'aggraver progressivement sans accalmie. Enfin, en cas d'hallux valgus évolué, il peut y avoir un retentissement sur les autres orteils et la douleur prédomine alors au niveau du 2^{ème} ou 3^{ème} orteil.



Fig. 1 : Hallux valgus

Traitement : L'adaptation du chaussage avec des chaussures souples, larges et confortables reste longtemps efficace sur les symptômes de l'hallux valgus. Des orthèses de protection peuvent également être essayées. Le seul traitement curatif permettant de corriger la déformation pour soulager les symptômes et améliorer le chaussage est le traitement chirurgical (Fig. 2a et 2b). L'intervention chirurgicale est indiquée en cas d'hallux valgus douloureux avec gêne et difficultés au chaussage et retentissement sur les activités quotidiennes.



Fig. 2a : Hallux valgus douloureux



Fig. 2b : Correction à 1 an de l'opération, disparition totale des douleurs

Interventions et techniques chirurgicales : Il existe de très nombreuses techniques chirurgicales pour la correction de l'hallux valgus. Certaines interventions sont réalisées par technique « conventionnelle » avec des cicatrices de quelques centimètres et d'autres sont réalisées par technique « mini-invasive » ou « percutanée » avec des cicatrices de quelques millimètres. Les différents gestes opératoires sont identiques quelle que soit la technique utilisée avec élimination de la « bosse » osseuse, section de ligaments et section osseuse (ostéotomie) du métatarsien et de la phalange pour aligner le gros orteil. Certaines techniques nécessitent la mise en place de matériel (broches, vis, agrafes, plaques) pour maintenir la correction souhaitée. La technique opératoire utilisée (conventionnelle ou percutanée), les gestes réalisés et la mise en place ou non de matériel dépendent de l'importance de la déformation, des constatations (lors de la consultation et lors de l'intervention) et des habitudes du chirurgien.

Suites opératoires : La reprise de l'appui complet, d'un chaussage normal, de la conduite et des activités sportives seront décidés par le chirurgien. Il est normal d'avoir un œdème de l'avant pied pendant environ 3 mois après l'intervention. Cet œdème est lié à l'importance des gestes réalisés, à l'existence d'une insuffisance veineuse et à l'activité quotidienne. Il faut éviter l'installation de l'œdème dans la journée source de douleurs prolongées, de raideur, de retard à la reprise des activités et au chaussage normal. Des pansements avec bandes cohésives ou des chaussettes de contention sont nécessaires pour lutter activement contre l'œdème.

Questions fréquentes :

-Cette déformation est-elle due au chaussage ou est-ce héréditaire ?

-Il existe des formes d'hallux valgus congénital (déformation dès l'enfance et l'adolescence) et des formes acquises à l'âge adulte. Toutes ces formes sont d'évolution variable selon chaque patient. Le chaussage et l'hérédité ont probablement une part de responsabilité qu'il est très difficile d'évaluer. Ne pas mettre certains types de chaussures n'évitera peut-être pas l'apparition d'un hallux valgus. Ce n'est pas non plus parce qu'un membre de notre famille a un hallux valgus que l'on héritera automatiquement de la même déformation.

-Faut-il opérer avant que la déformation ne s'aggrave ?

-NON : L'intervention chirurgicale n'est pas décidée en fonction de l'importance de la déformation mais en fonction de la gêne quotidienne et des difficultés au chaussage. Une déformation indolore ne justifie pas d'intervention chirurgicale. Le patient est la seule personne pouvant savoir si la gêne devient de plus en plus importante et difficile à tolérer et pouvant décider s'il souhaite se faire opérer. Le chirurgien décidera, lui, de la technique opératoire la plus adaptée en fonction de l'examen à la consultation, de l'importance de la déformation, de l'analyse des radiographies et de ses habitudes.

-Existe-t-il d'autres traitements de l'hallux valgus à part la chirurgie ?

-Chez l'adulte, seule la chirurgie permet de corriger les déformations pour faire disparaître les symptômes. Il existe des alternatives à la chirurgie comme les orthèses de protection, l'adaptation du chaussage, les infiltrations qui peuvent faire diminuer certains symptômes ou faire passer certaines poussées douloureuses mais qui ne corrigent pas la déformation. Chez l'enfant avant la fin de la croissance, des orthèses nocturnes de correction peuvent être utilisées pour ralentir l'évolution et diminuer voire corriger les déformations.

-Y a-t'il un âge limite pour opérer un hallux valgus ?

-NON : S'il y a une indication à une intervention pour un hallux valgus, elle peut être réalisée à tout âge. Chez l'enfant ou l'adolescent, le but de l'intervention est de corriger les déformations et de permettre un retour rapide aux activités. Chez la personne âgée, le but de l'intervention est de permettre une reprise immédiate de la marche avec amélioration du confort au chaussage tout en évitant une immobilisation.

-Quelles sont les complications possibles d'une intervention pour hallux valgus ?

-Comme toute intervention chirurgicale il peut y avoir des complications générales (problèmes cardiaques, embolie pulmonaire, allergies...) et des complications locales (phlébite, infection, nécrose, amputation) le plus souvent liées à des problèmes de santé préexistants (problèmes cardiaques, troubles de la coagulation, artérite, diabète...).

-Il existe des complications plus spécifiques de la chirurgie de l'hallux valgus comme la récurrence de la déformation, l'hypercorrection, la raideur de l'articulation du gros orteil, des douleurs résiduelles, des troubles de la sensibilité des orteils, l'algodystrophie...

-Toutes ces complications sont rares mais peuvent survenir et c'est grâce à la discussion avec le chirurgien et l'anesthésiste en consultation avant l'intervention que le risque de complications pourra être évalué pour le diminuer au maximum.

-Comment décider s'il faut se faire opérer ou non d'un hallux valgus ?

-Si la gêne (au chaussage, à la marche, dans la vie quotidienne) est de moins en moins tolérable ou n'est plus tolérable : l'intervention chirurgicale permettra d'obtenir une amélioration.

-S'il y a des poussées douloureuses (saisonniers, intermittentes) et des périodes sans aucune gêne : l'intervention sera peut-être nécessaire en cas d'aggravation mais il faut parfois savoir attendre et ne pas se faire opérer dès la première poussée douloureuse car certaines poussées inflammatoires peuvent disparaître spontanément.

-Si la gêne est essentiellement esthétique : l'intervention est déconseillée car le risque lié à l'opération est plus important que le bénéfice attendu.

HALLUX RIGIDUS (Fig. 3) :

Définition : C'est l'arthrose (= usure progressive du cartilage) de l'articulation du gros orteil. Elle peut être associée ou non à une déformation du gros orteil.

Evolution : L'hallux rigidus peut être longtemps indolore, il y a un enraidissement progressif de l'articulation et la formation d'ossifications autour du gros orteil. Les douleurs peuvent évoluer par poussées inflammatoires ou aussi être dues au frottement des ossifications dans les chaussures.



Fig. 3 : Hallux rigidus (arthrose du gros orteil)

Traitement : Avant l'intervention chirurgicale, le traitement se limite à une adaptation du chaussage pour éviter les douleurs liées au frottement. Des infiltrations peuvent être réalisées au stade débutant pour stopper les poussées inflammatoires. Le traitement chirurgical est indiqué en cas de persistance des symptômes et on distingue le traitement conservateur (= l'articulation est conservée) et le traitement non conservateur (= l'articulation n'est pas préservée).

Interventions et techniques chirurgicales : Dans le traitement conservateur, les ossifications douloureuses sont retirées pour diminuer la gêne liée au frottement et d'autres gestes peuvent être réalisés pour maintenir la mobilité de l'articulation. Dans le traitement non conservateur, les ossifications sont également retirées et l'articulation du gros orteil est soit bloquée (= arthrodèse) soit remplacée par une prothèse. Le choix entre les différents traitements chirurgicaux est réalisé par le chirurgien en fonction de l'examen, des radiographies et après discussion avec le patient.

Suites opératoires : Tout dépend du geste réalisé, dans certains cas la reprise de la marche avec chaussure souple et mobilisation précoce est préconisée pour éviter un enraidissement de l'articulation. Dans d'autres cas (arthrodèse) une reprise de la marche sur chaussure médicalisée rigide est nécessaire (le temps de la consolidation osseuse).

Questions fréquentes :

-Peut-on marcher normalement avec une arthrodèse du gros orteil ?

-OUI : Le but de l'arthrodèse du gros orteil est de bloquer une articulation douloureuse et souvent raide à cause de l'arthrose. Il n'y a pas de chaussage spécifique après une arthrodèse, le but est de retrouver un chaussage normal. On peut marcher normalement et même courir avec une arthrodèse du gros orteil.

-Quels sont les risques lorsque l'on opère un hallux rigidus ?

Le principal risque lorsque l'on opère un hallux rigidus, notamment pour retirer des ossifications douloureuses, est d'avoir une raideur de l'articulation nécessitant parfois de la rééducation et retardant la reprise de la marche normale. Il est également possible que l'intervention chirurgicale conservatrice ne soulage pas totalement les douleurs d'arthrose qui évolue pour son propre compte. En cas d'arthrodèse, le principal inconvénient est lié à la consolidation osseuse qui peut mettre parfois 3 mois à apparaître et donc nécessiter le port de chaussures spécifiques le temps que tout soit bien solide et indolore.

METATARSALGIES (Fig. 4) :

Définition : Ce sont les douleurs sous les têtes des métatarsiens. Elles sont situées à la plante du pied, le plus souvent sous les têtes des 2^{ème} et 3^{ème} métatarsiens. Ces douleurs, à type de brûlures en barre sous les têtes des métatarsiens, apparaissent progressivement à la marche et sont souvent aggravées par le port de hauts talons. Ces douleurs peuvent être isolées (en cas de pied creux par exemple) ou associées à un hallux valgus le plus souvent.

Evolution : Ces douleurs s'aggravent progressivement et peuvent devenir très invalidantes avec augmentation des callosités et extension à toutes les têtes des métatarsiens et au niveau des orteils (déformation en griffe, luxation) par rupture des ligaments plantaires.



Fig. 4 : Callosités plantaires témoins d'hyper appui des têtes métatarsiennes (métatarsalgies)

Traitement : Le premier traitement est initié par un podologue avec la réalisation de semelles permettant de modifier les appuis et de supprimer les durillons au niveau de la plante du pied.

Les semelles sont à changer tous les 6 mois à 1 an pour rester efficaces. En cas d'échec avec persistance des douleurs malgré le port des semelles pendant au moins 3 mois, une intervention chirurgicale peut être proposée.

Interventions et techniques chirurgicales : L'intervention réalisée dépend de la cause des métatarsalgies. En cas de métatarsalgies isolées, une section des métatarsiens (= ostéotomie) est réalisée pour modifier les appuis et soulager les douleurs. En cas de métatarsalgies associées à un hallux valgus, il faut opérer à la fois l'hallux valgus (= la cause des métatarsalgies) et les autres orteils en fonction des symptômes.

Suites opératoires : L'appui complet sur chaussure médicalisée est généralement prescrit. Il existe un œdème postopératoire pendant environ 3 mois nécessitant une contention (bandes cohésives, chaussettes de contention).

Questions fréquentes :

-Pourquoi opérer un hallux valgus qui est indolore alors que la douleur siège sous les autres orteils ?

-En cas d'hallux valgus évolué, il peut y avoir un retentissement sur les autres orteils : le pied n'appuie plus sous le gros orteil (alors que c'est son rôle) mais sous les autres orteils (qui ne sont pas faits pour cela et qui développent rapidement des callosités). La douleur siège alors sous les 2^{ème} et 3^{ème} orteils tandis qu'il n'y a pas (ou peu) de gêne au niveau du gros orteil. Il faut cependant traiter la cause des métatarsalgies et redonner l'appui sous le gros orteil pour soulager les autres orteils ; c'est pourquoi le traitement de l'hallux valgus se justifie dans ces cas-là même s'il est peu ou pas symptomatique.

NEVROME DE MORTON (Fig. 5) :

Définition : C'est la compression d'un nerf situé entre les têtes des métatarsiens (le plus souvent entre le 3^{ème} et le 4^{ème} métatarsiens). Les douleurs sont brutales, vives à type de brûlures ou de décharge électrique irradiant le long du pied et jusqu'aux extrémités des orteils et obligent à stopper la marche et retirer la chaussure.

Evolution : Au stade débutant la gêne n'apparaît que dans certaines chaussures et les douleurs peuvent parfois disparaître spontanément. Après plusieurs mois d'évolution les douleurs deviennent quasi quotidiennes avec ou sans chaussure.



Fig. 5 : Douleurs du névrome de Morton

Traitement : C'est avant tout une adaptation des chaussures et le port de semelles qui permet de soulager les symptômes. Les infiltrations sont parfois efficaces. En cas d'échec du traitement par infiltration ou par semelles (portées pendant au moins 3 mois), une intervention chirurgicale peut être proposée.

Interventions et techniques chirurgicales : Il existe 2 types d'interventions : soit la résection du névrome (le nerf douloureux est coupé et retiré), soit le traitement de la compression nerveuse (les ligaments et les têtes des métatarsiens sont coupés pour redonner de la place au nerf comprimé).

Suites opératoires : L'appui complet immédiat est autorisé. Il existe un œdème postopératoire pendant environ 3 mois nécessitant une contention (bandes cohésives, chaussettes de contention).

DEFORMATIONS DES ORTEILS (ORTEILS EN GRIFFE, EN MARTEAU) (Fig. 6) :

Définition : C'est la déformation des petits orteils qui se fléchissent progressivement.

Evolution : Au début l'orteil reste souple et revient bien en place dans la chaussure ce qui entraîne peu de gêne. Progressivement l'orteil s'enraidit et se fléchit de plus en plus occasionnant une gêne au chaussage et des douleurs invalidantes. Il se forme des durillons (= rougeur sur l'orteil) parfois très douloureux, avec des plaies et risques d'infection.



Fig. 6 : Déformations des orteils

Traitement : Tant que l'orteil reste souple, le traitement est podologique (semelles, orthèses). Lorsque les durillons apparaissent les orthèses et les soins de pédicurie sont nécessaires. En cas de persistance des douleurs malgré les soins ou en cas de complication (infection, plaie chronique), le traitement est chirurgical.

Interventions et techniques chirurgicales : L'opération consiste à couper une partie d'une phalange et allonger ou couper certains tendons pour remettre l'orteil en bonne position. Dans certains cas des broches sont mises en place pendant quelques semaines.

Suites opératoires : Généralement l'appui complet est autorisé sauf lorsque des broches sont mises en place. L'orteil opéré reste œdématisé et enraidit pendant plusieurs semaines.

Questions fréquentes :

-Est-ce normal qu'un orteil en griffe opéré reste raide plusieurs mois après l'intervention ?

-L'intervention pour un orteil en griffe est généralement réalisée lorsque l'orteil est raide, fléchi et douloureux. Elle permet d'obtenir un orteil indolore et n'entraînant plus de gêne au chaussage. L'orteil est en bonne position mais reste souvent raide d'autant plus qu'il était raide et fléchi avant l'intervention.