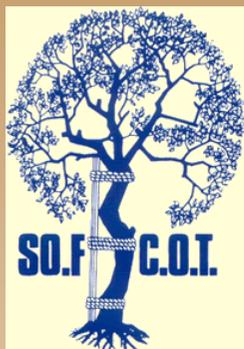


*Relecture scientifique*  
Société française de  
chirurgie orthopédique et  
traumatologique (SOFCOT)

*Relecture juridique*  
Médecins experts SOFCOT

*Relecture déontologique*  
Médecins Conseil national de  
l'ordre des médecins (CNOM)

*Relecture des patients*  
Collectif inter associatif  
sur la santé (CISS)  
Association française de lutte  
anti-rhumatismale (AFLAR)



*Persomed*  
7 rue Ste Odile BP 62  
67 302 Schiltigheim  
tél.: 03 89 41 39 94  
fax : 03 89 29 05 94

# Traitement d'un hallux rigidus par blocage de l'articulation



**Persomed**

**Fonds documentaire  
d'information patient**



Tous droits réservés  
ISBN 978-2-35305-146-5

**Chirurgie  
orthopédique**

**2006**

**www.persomed.com**

*Rédaction : JP. Bricka et D. Gosset*

*Illustration : J. Dasic*

*Code de la Santé Publique  
Article L1111-2*

*Toute personne a le droit d'être informée  
sur son état de santé.*

*Cette information porte sur les différentes  
investigations, traitements ou actions  
de prévention qui sont proposées, leur  
utilité, leur urgence éventuelle, leurs  
conséquences, les risques fréquents ou  
graves normalement prévisibles qu'ils  
comportent ainsi que sur les autres  
solutions possibles et sur les conséquences  
prévisibles en cas de refus.*

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner  
les réponses aux questions que vous vous  
posez.

Il ne présente cependant que des généralités.  
Il ne remplace pas les informations que vous  
donne votre médecin sur votre propre état de  
santé.

# Quelle partie du corps?

## Utilité de cette partie du corps ?

Les nombreux os du pied sont reliés au niveau d'**articulations** grâce auxquelles ils peuvent bouger les uns par rapport aux autres.

Ces articulations sont essentielles pour passer, en un mouvement souple, d'un appui du talon à un appui sur les doigts de pied.

Ainsi nous pouvons marcher correctement en nous adaptant aux irrégularités du sol.

## De quoi est-elle constituée ?

Tous les **orteils** comprennent deux ou trois petits os (les **phalanges**).

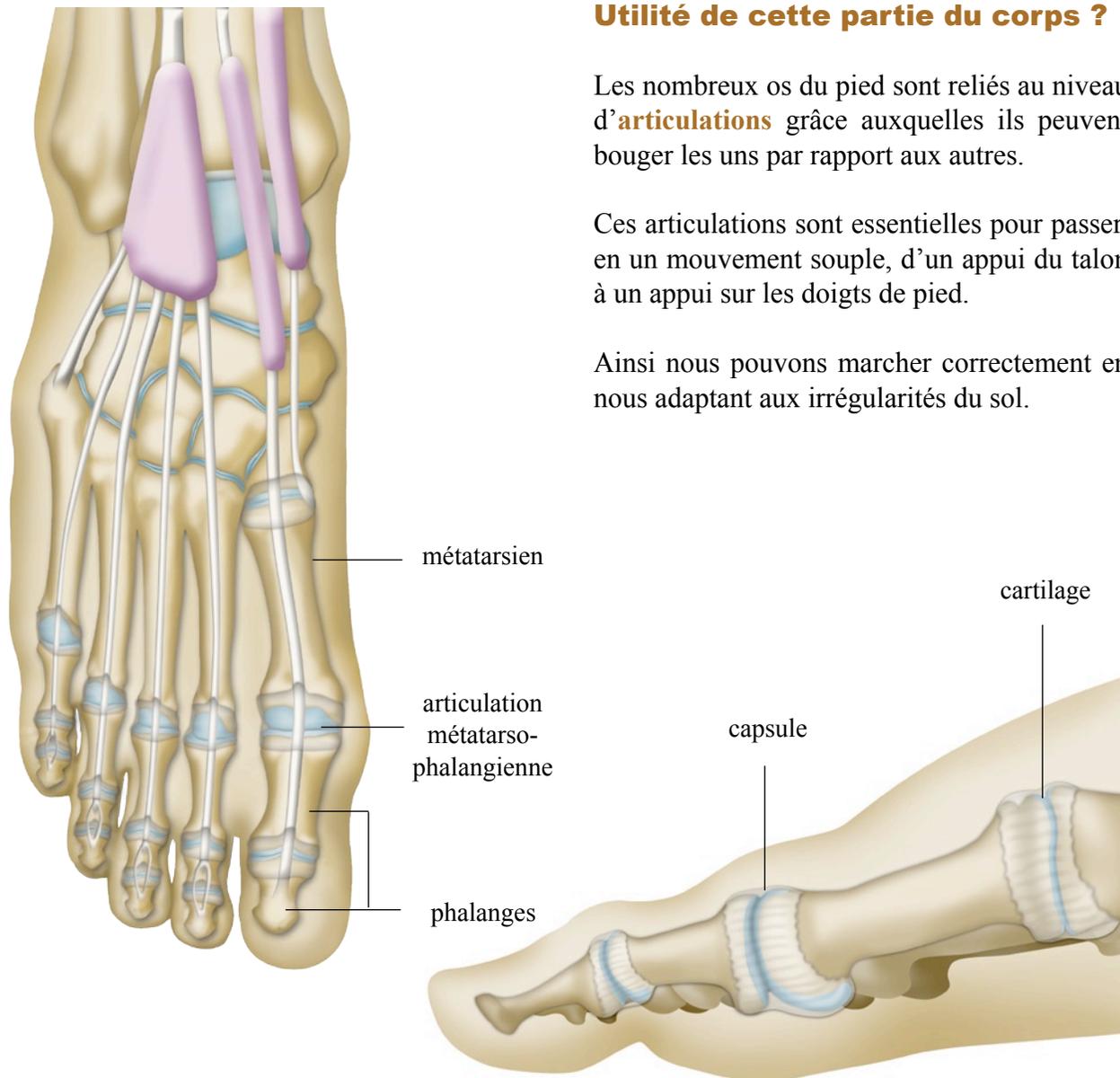
A la base des orteils, la première phalange est reliée à un os plus long (le **métatarsien**), au niveau d'une articulation appelée **articulation métatarso-phalangienne**.

Un revêtement souple (le **cartilage**) recouvre les extrémités de ces os et leur permet de glisser l'une sur l'autre.

L'articulation est entourée d'une enveloppe constituée de fibres (la **capsule**) et de rubans élastiques (les **ligaments**) qui permettent le maintien des deux os dans un axe correct.

Entre la peau et l'articulation se trouve une sorte de poche (la **bourse séreuse**) dont le rôle est de protéger les os.

Les os sont reliés aux muscles par des attaches que l'on appelle des **tendons**, grâce auxquels les orteils peuvent se plier ou s'étendre.



# Pourquoi faut-il traiter ?

## Quel est le problème ?

Le revêtement souple qui recouvre les os (**cartilage**) au niveau d'une des articulations de votre gros orteil (l'**articulation métatarso-phalangienne**) s'use anormalement.

Les extrémités du métatarsien et de la première phalange ne peuvent plus glisser convenablement l'une contre l'autre.

Cela s'appelle, en langage médical, un **hallux rigidus**, ce qui signifie « raideur du gros orteil ».

Cette usure est variable. Elle dépend de l'utilisation que vous faites de votre pied, des chocs éventuels qu'il a subi, et de la forme des os. En effet, si le **métatarsien** de votre gros orteil est trop long par rapport à ceux des orteils voisins, cela peut entraîner ce type de problème.

Avec la destruction du cartilage, l'os jusque là masqué par ce cartilage se retrouve à découvert.

Comme cet os est rugueux cela entraîne des frottements lors des mouvements de l'articulation.

Avec l'évolution de la maladie il finit par se déformer. Les bords s'épaississent et construisent de l'os (**ossification périphérique** ou **ostéophytes**).

## Quelles sont ses conséquences ?

Vous avez mal. Au début, la douleur est plutôt faible et apparaît après la marche sous forme d'élançements. Habituellement localisée au niveau de l'articulation, elle peut cependant s'étendre vers le haut du pied.

Quand la maladie évolue la douleur devient plus forte et se manifeste dès que vous posez le pied à terre, que vous soyez chaussé ou non.

Avec l'épaississement de l'os au niveau de l'articulation (**ossification périphérique** ou **ostéophytes**), votre pied se déforme ce qui peut entraîner des difficultés pour trouver des chaussures adaptées.

Si l'**articulation métatarso-phalangienne** devient très raide, elle crée des difficultés pour marcher normalement.

Parfois l'autre articulation du gros orteil, c'est à dire celle située entre les deux phalanges, peut compenser cette perte, mais pas toujours. Cela dépend de son état.

## Quels examens faut-il passer ?

La **radiographie standard** utilise des rayons (les **rayons X**) pour visualiser les os à l'intérieur du corps. Elle permet de voir à quel point le pied est déformé. Les radiographies sont faites de préférence debout, avec le pied supportant le poids du corps (**en charge**).

D'autres examens sont parfois demandés si votre médecin a besoin d'un complément d'information (**échographie**, beaucoup plus rarement **scanner** ou **IRM**).



hallux rigidus

# Les différents traitements

## Les traitements médicaux...

Les médicaments luttent contre la douleur et les réactions d'irritation (**inflammation**).

Des semelles spéciales (**semelles orthopédiques**) permettent de moins bouger l'articulation endommagée.

Au tout début de la maladie, la **rééducation** permet de préserver une certaine souplesse de l'articulation. Il peut aussi être utile de perdre du poids.

### ... et leurs limites

Les traitements médicaux peuvent vous soulager pendant un temps, mais l'évolution du problème reste très souvent incontrôlable.

### Quand faut-il opérer ?

Si vous avez vraiment très mal et des difficultés à vous déplacer, il faut envisager une opération.

Il en va de même si l'épaississement des os à leurs extrémités (**ossification périphérique** ou **ostéophytes**) vous pose des problèmes pour vous chausser, ou si vous ressentez une douleur sous le gros orteil ou au niveau de la plante du pied, signe que d'autres articulations s'abîment (**arthrose de la tête de la première phalange** et/ou **arthrose métatarso-sésamoïdienne**).

## Les traitements chirurgicaux...

L'objectif est de faire cesser la douleur et de supprimer l'**ossification périphérique** ou les **ostéophytes**.

Votre chirurgien peut faire en sorte que votre articulation continue à bouger (**arthroplastie** et **ostéotomie d'accourcissement**) ou de la bloquer définitivement (**arthrodèse**).

Il choisit la méthode la plus adaptée, en fonction de votre âge, de l'usure du cartilage, de l'état général de votre articulation, de la longueur des os (**métatarsien** et **phalange**), et de la capacité de mouvement que conserve votre articulation.

La technique présentée ici consiste à bloquer complètement l'articulation.

### ... et leurs limites

Il est rare qu'il ne soit pas possible d'opérer. Les seules vraies limites concernent les patients qui souffrent de certaines maladies (**diabète sévère**) ou qui ont une très mauvaise circulation sanguine.

## Les risques si on ne traite pas

Si l'on ne vous soigne pas, la douleur risque de s'aggraver, parfois au point de vous empêcher de marcher.

Même si la douleur est supportable, l'épaississement de l'os au niveau de l'articulation (**ossification périphérique** ou **ostéophytes**) peut augmenter et rendre le port d'une chaussure très difficile.

Quoi qu'il en soit, votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement. N'hésitez pas à en discuter avec lui.

# L'opération qui vous est proposée

## Introduction

Votre chirurgien propose de bloquer une articulation du gros orteil (**articulation métatarso-phalangienne**) qui est déjà devenue très raide.

En langage médical, cela s'appelle une **arthrodèse**.

## Commentaires

La gêne liée au blocage de l'articulation reste limitée.

L'autre articulation de l'orteil (située entre les deux phalanges) suffit généralement pour compenser cette perte de mobilité et vous permettre de dérouler le pas presque normalement.

## L'anesthésie

Avant l'opération, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** qui vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

Au cours de l'intervention soit vous dormez complètement (**anesthésie générale**), soit on insensibilise seulement la partie inférieure de votre jambe (**anesthésie loco-régionale du membre inférieur**).

## L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces appelée **bloc opératoire** conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Vous êtes installé sur le dos avec parfois la jambe surélevée.

On place souvent un **garrot** sur la cuisse ou sur la jambe pour limiter le saignement. Il se peut que vous sentiez ce garrot si seul votre pied est endormi (**anesthésie loco-régionale**).

Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de votre cas et de son savoir-faire.

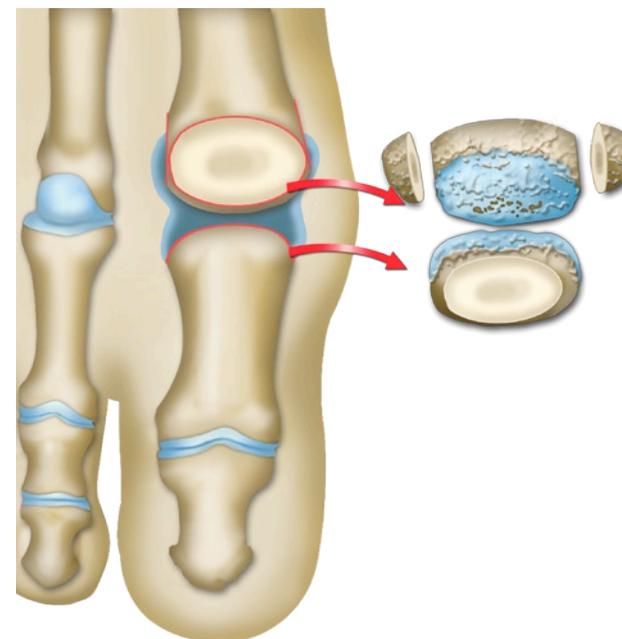
Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

## L'ouverture

Votre chirurgien ouvre la peau sur le côté de votre pied, au niveau du gros orteil, puis la rabat.

Pour atteindre l'articulation et les os, il déplace certains éléments comme de la graisse, des tendons et des ligaments.

Il coupe ensuite l'enveloppe en forme de manchon qui entoure l'articulation (**capsule**) à un endroit bien précis.



coupe des parties abîmées  
de l'articulation  
métatarso-phalangienne

## Le geste principal

Le chirurgien retire le cartilage abîmé et arrondit les extrémités du **métatarsien** et de la **phalange**, ou les coupe de façon parallèle.

Ensuite il rassemble les deux os et ajuste les parties coupées. Enfin il fixe ensemble les extrémités du métatarsien et de la phalange grâce à un procédé de son choix (vis, plaque, agrafe...).

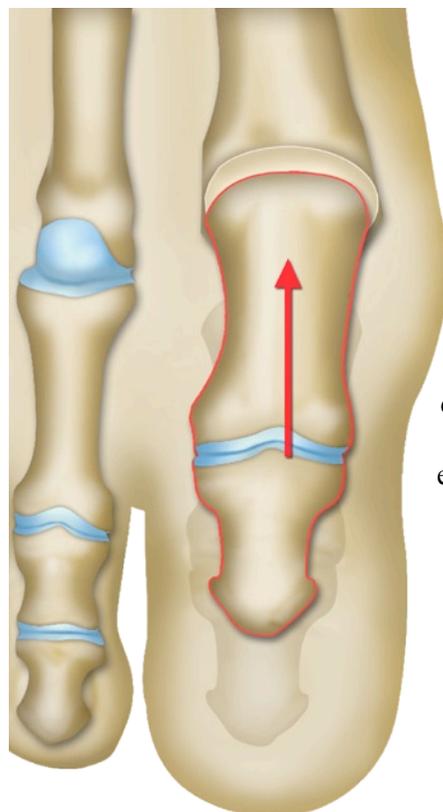
## Les gestes associés

Il est rare que des gestes associés soient nécessaires pour ce type d'intervention. Cependant, s'il y a des zones où l'os a épaissi (**ossification périphérique** ou **ostéophytes**), votre chirurgien les retire.

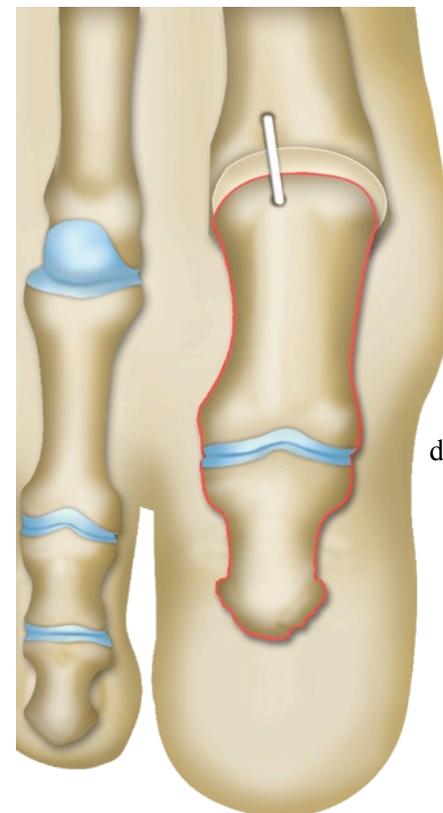
## La fermeture

Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang...). Si c'est nécessaire, votre chirurgien met en place un système (**drainage**), par exemple de petits tuyaux, afin que ces fluides s'évacuent après l'intervention.

Pour refermer, il utilise du fil, des agrafes, ou un autre système de fixation. Il peut s'agir de fil qui reste en place ou au contraire se dégrade naturellement au cours du temps (**matériel résorbable**). L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'intervention...



déplacement  
des os  
et ajustement  
des parties  
coupées



fixation  
du métatarsien  
et de  
la phalange

## La durée de l'opération

La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés...).

Habituellement, elle dure entre 45 minutes et 1 heure. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

## Faut-il une transfusion?

Non, c'est une intervention pendant laquelle le patient saigne très peu.

Il n'est habituellement pas nécessaire de redonner du sang (**transfuser**).

# Dans les jours qui suivent...

## Douleur

Chaque organisme perçoit différemment la douleur. Habituellement, elle est modérée et dure rarement plus de deux jours. Des traitements adaptés permettent de la contrôler. Si vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

## Fonction

Au cours des 24 à 48 heures suivant l'opération, on vous demande généralement de ne pas vous appuyer sur votre pied.

## Autonomie

Votre articulation doit rester au repos. Ne cherchez pas à bouger votre gros orteil. Il faut protéger votre pied.

Si votre activité professionnelle nécessite de rester debout longtemps ou de longs trajets à pied (marche, transport en commun...), on recommande habituellement un arrêt de travail de deux ou trois mois.

## Retour à domicile

En général vous rentrez chez vous trois à cinq jours après l'intervention. Cela dépend de l'établissement dans lequel vous êtes soigné mais surtout de votre cas et de votre état de santé.

## Principaux soins

Votre pied a tendance à gonfler (**œdème**). Pour éviter cela, placez-le plus haut que votre cœur le plus souvent possible, notamment la nuit.

Pendant quatre à six semaines après l'opération vous portez une chaussure spéciale (**chaussure de décharge**) qui évite les appuis sur l'avant du pied. Vous prenez des médicaments pour limiter la douleur, l'irritation et le gonflement (**anti-inflammatoires** et **antalgiques**).

Un traitement pour fluidifier le sang (**anticoagulant**) et éviter la formation de bouchons de sang (**caillots**) dans les veines (**phlébite**) est utile chez certains patients.

## Le suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin. Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passez les examens de contrôle. C'est important.

Habituellement, vous revoyez votre chirurgien au bout d'un mois, et vous passez une radiographie au deuxième mois. Selon les résultats, d'autres rendez-vous peuvent être envisagés au bout de quatre mois puis d'un an.

Le matériel de fixation est généralement retiré après trois à six mois.

# Le résultat

## Douleur

La douleur disparaît généralement totalement. L'amélioration est nette.

## Fonction

Elle dépend de la capacité de récupération de l'articulation située entre les deux phalanges de votre gros orteil (**articulation interphalangienne**) qui doit prendre le relais de l'articulation bloquée lors de l'opération (**articulation métatarso-phalangienne**).

## Autonomie

Après six semaines, vous pouvez vous chausser normalement, tout en faisant attention à votre pied.

L'état de celui-ci vous permet normalement de reprendre des activités que la douleur vous empêchait de pratiquer. Interrogez votre médecin si vous avez un doute sur les risques qu'elles représentent.

Il ne faut cependant pas faire subir à votre pied des contraintes qu'il n'est pas mesure de supporter.

Evitez de porter des chaussures de forme inadaptée. Votre articulation, même bloquée, reste fragile !

# Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention.

Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ».

Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

## Pendant l'intervention

La seule difficulté peut concerner les personnes possédant des os particulièrement fragiles car ceux-ci peuvent se casser au moment de l'opération.

Des muscles, des tendons, des ligaments, des nerfs ou des vaisseaux sanguins peuvent être abîmés accidentellement, avec pour conséquence possible la formation d'une poche de sang (**hématome**) ou une perte de sensibilité ou de mobilité de l'orteil.

Heureusement cela reste exceptionnel.

## Après l'intervention

L'invasion de la zone opérée par des microbes (**infection**) est extrêmement rare. Elle peut être très longue à traiter, ou atteindre l'os et revenir régulièrement (**infection chronique**).

C'est la raison pour laquelle on n'hésite pas à repousser l'intervention si vous êtes malade (porteur de microbes).

Il ne faut pas prendre de médicaments qui augmentent le risque d'infection (votre médecin vous indique lesquels, n'interrompez aucun traitement sans avis médical).

Certaines maladies (comme le **diabète**) rendent les patients plus sensibles aux infections.

Des bouchons de sang (**caillots**) peuvent se coincer dans les veines des jambes (**phlébite**) ou des poumons (**embolie**).

Lors de la marche, l'appui au niveau du talon aide le sang à circuler.

Chez les personnes dont la circulation est mauvaise, le fait de ne pas bouger après l'opération favorise la formation de tels caillots.

Quand le médecin juge que ce risque est important il vous donne un traitement pour l'éviter.

Parfois, les os ne se soudent pas correctement (**pseudarthrose**), sans que cela soit douloureux pour autant.

Si vous avez les os fragiles (**ostéoporose**), les vis ou agrafes risquent de mal tenir, rendant la consolidation plus difficile.

Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes chirurgicaux complémentaires ou une nouvelle opération.

Rassurez-vous, votre médecin les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter.

En fonction de votre état de santé vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

## En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien.

Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.