Relecture scientifique
Société française de chirurgie orthopédique (SOFCOT)

Relecture juridique
Médecins experts SOFCOT

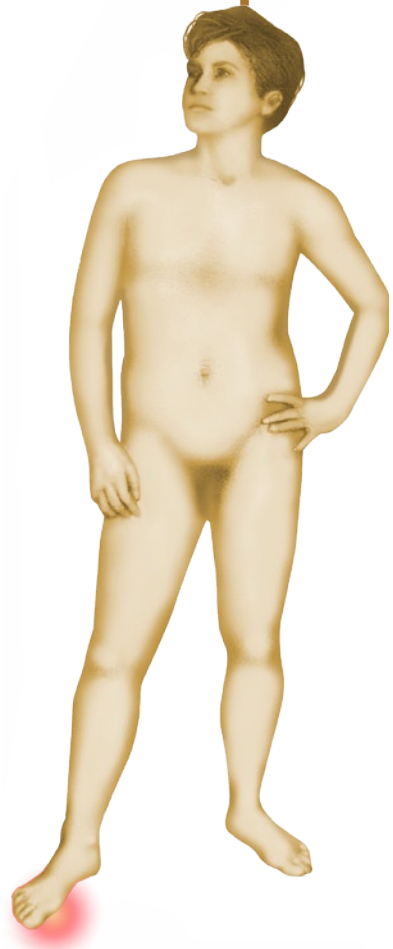
Relecture déontologique
Médecins Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

Relecture des patients
Confédération interassociative sur la santé (CISS)
Association française de lutte anti-rhumatismale (AFLAR)

Traitement chirurgical d'un hallux valgus

Fonds documentaire d'information patient

Persomed



Copyright @ Persomed 2006 - Tous droits réservés.

Chirurgie orthopédique

2006

www.persomed.com

Rédaction : D. Gosset
Illustration : J. Dasic

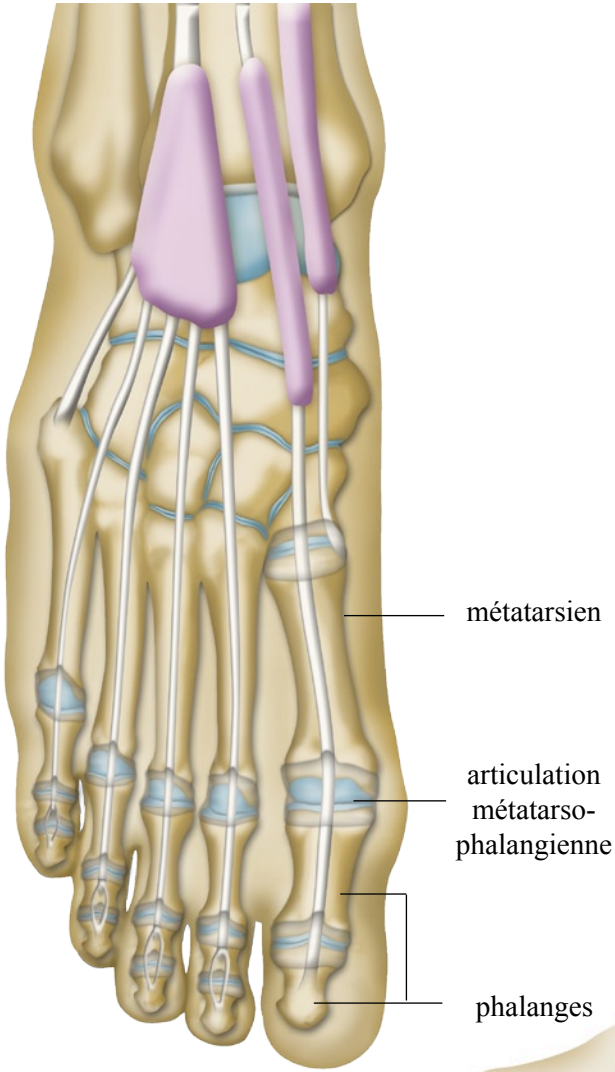
Code de la Santé Publique
Article L1111-2

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?

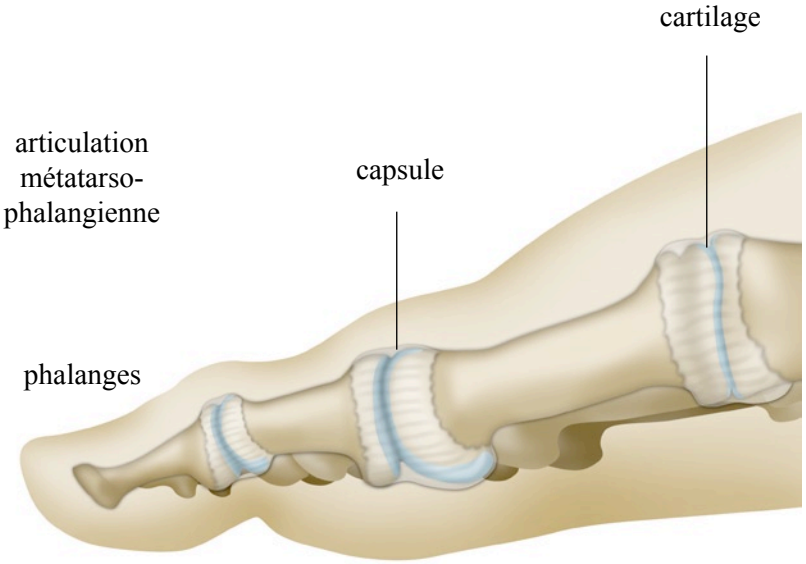


Utilité de cette partie du corps ?

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 doigts de pieds (**orteils**) comprennent deux ou trois petits os (les **phalanges**).

A la base des orteils, la première phalange s'emboîte dans 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?

Une des articulations de votre gros orteil (l'**articulation métatarso-phalangienne**) se déforme. En langage médical, ce problème se nomme **hallux valgus**.

Il concerne essentiellement les femmes, surtout celles qui portent souvent des chaussures à talons hauts ou à bouts étroits.

D'autres facteurs favorisent cette maladie : vous êtes plus exposé si vous avez le pied plat, un gros orteil plutôt long, si votre poids est excessif, ou si des personnes de votre famille souffrent aussi d'un **hallux valgus**.

La **capsule** et les **ligaments** entourant l'articulation se détendent, parfois suite aux pressions exercées par la chaussure.

Souvent, l'os métatarsien se déplace également. Le gros orteil se retrouve exagérément dévié vers les autres doigts de pied.

Dans une situation extrême, avec une capsule très détendue et des pressions importantes sur le pied, le gros orteil peut tourner.

Les ligaments et tendons qui passent normalement sur le côté se retrouvent alors dessous : certains se tendent fortement alors que d'autres se détendent complètement.

Quelles sont ses conséquences ?

Votre pied est déformé. Vous avez mal. Cependant, l'intensité de la douleur n'est pas forcément liée à l'importance de la déformation.

Une bosse peut apparaître sur le côté du pied, au niveau du gros orteil, et frotter contre la chaussure. Ce phénomène est connu sous le nom d'**oignon**. Il fait plus ou moins mal parce que la poche servant à protéger les os au niveau de l'articulation (**bourse séreuse**) se remplit d'un liquide qui irrite les nerfs situés à proximité (**bursite**).

Si le gros orteil dévie davantage, il peut glisser sous ou au-dessus de l'orteil voisin, qui se courbe en conséquence (**orteil en griffe**). Cela provoque, à force de frottements, des douleurs accompagnées d'un épaississement et d'un durcissement de la peau (**cor** et **durillon**).

Les pressions exercées par le gros orteil abîment parfois les articulations des orteils voisins. Si les éléments qui maintiennent les os (**capsule** et **ligaments**) se déchirent, l'articulation risque de se déboîter (**luxation**).

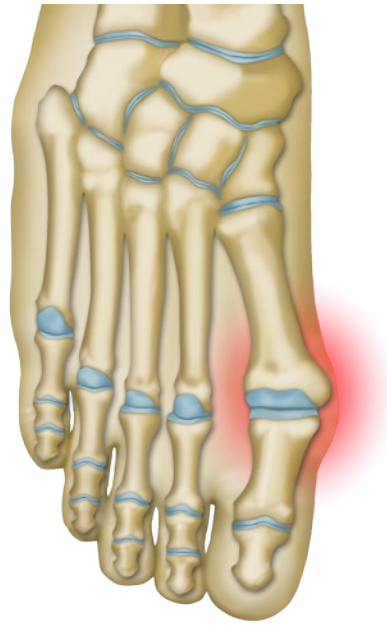
Des douleurs peuvent également apparaître sous la plante du pied, à l'avant (**métatarsalgies**). Elles sont liées au fait que le gros orteil n'appuie plus sur le sol lors de la marche.

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 debout, avec le pied supportant le poids du corps.

Le médecin demande parfois une **échographie** pour vérifier que la capsule de votre deuxième orteil ne s'est pas rompue. Cette technique utilise des sons très aigus que nous ne pouvons pas entendre (**ultrasons**).

D'autres examens (**scanner** ou **IRM**) ne sont que plus rarement proposés.



hallux valgus

Les différents traitements

Les traitements médicaux...

Les médicaments permettent de lutter contre la douleur.

Si vous avez mal, porter une chaussure assez large, adaptée à la forme de votre pied, permet de diminuer les frottements et les douleurs. La chaussure peut même être directement moulée sur le pied pour une meilleure efficacité.

Des semelles spéciales (**semelles orthopédiques**) peuvent corriger des facteurs aggravants comme le pied plat, ou diminuer certaines douleurs (**métatarsalgies**).

La **rééducation** renforce les muscles et les tendons de vos orteils. Elle préserve la souplesse des articulations et aide à limiter l'inflammation.

... et leurs limites

Dans certains cas les traitements médicaux soulagent la douleur et ralentissent l'évolution de la maladie. Mais ils ne peuvent pas corriger la déviation du gros orteil.

Quand faut-il opérer ?

Si vous avez vraiment mal et des difficultés à vous déplacer, et que les traitements médicaux ne donnent pas un résultat satisfaisant, il faut envisager une opération.

La chirurgie est aussi nécessaire en cas de douleurs sur l'avant du pied, pas forcément sur le gros orteil uniquement.

Les traitements chirurgicaux...

Il s'agit de redresser votre gros orteil, et éventuellement ses voisins, afin de remettre les os (**phalange** et **métatarsien**) dans un axe correct.

... 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.

Même si l'opération ne permet pas systématiquement de redresser complètement l'orteil, elle aboutit toujours à une diminution de la gêne et de la douleur.

Les risques si on ne traite pas

Sans traitement, la déviation de votre orteil risque de s'accentuer, et la douleur d'augmenter.
Cela peut aller jusqu'à l'impossibilité de marcher.

D'autres troubles risquent d'apparaître (**infection**, **bursite**, **cors**).

Le problème risque aussi de s'étendre aux orteils voisins, rendant l'intervention chirurgicale plus compliquée, ce qui diminue la qualité du résultat final.

Quoi qu'il en soit, votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement.

L'opération qui vous est proposée

Introduction

Votre chirurgien propose une opération pour redresser votre gros orteil.

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 chirurgical** 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 les saignements. Il se peut que vous sentiez ce garrot si seul votre pied est endormi.

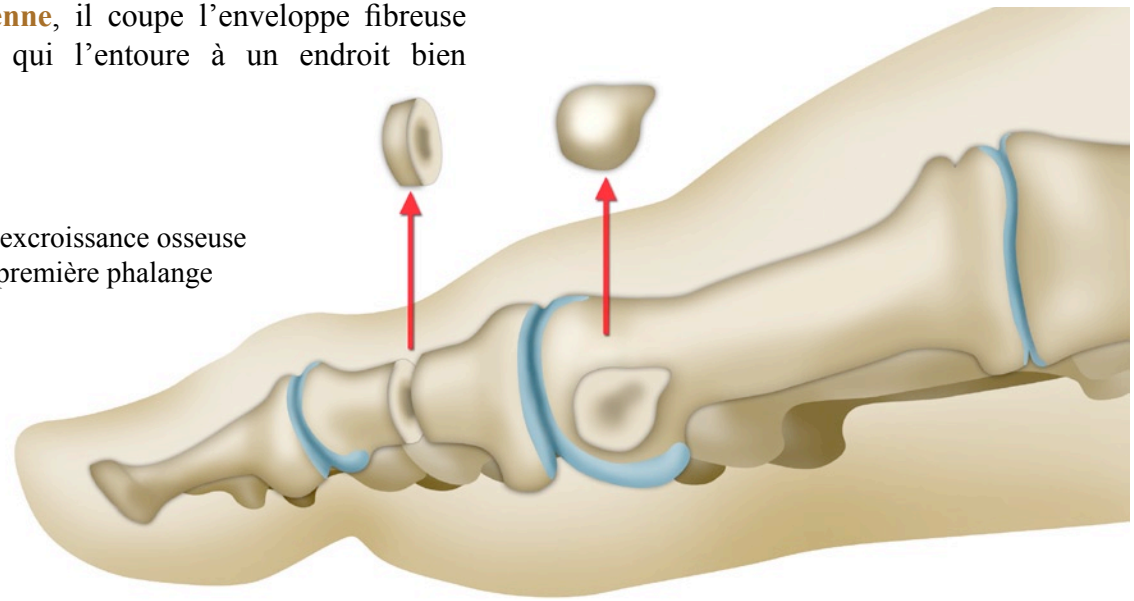
Une fois que le médecin anesthésiste a fini son travail, l'opération commence.

Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de ses habitudes et de votre cas.

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 coté de votre pied, au niveau du gros orteil, puis la rabat.
Pour atteindre l'**articulation métatarso-phalangienne**, il coupe l'enveloppe fibreuse (**capsule**) qui l'entoure à un endroit bien précis.



coupe de l'excroissance osseuse et de la première phalange

Le geste principal

Il s'agit de remettre dans la position la plus correcte possible les os de votre gros doigt de pied (**phalange** et **métatarsien**).

Selon votre cas, le chirurgien peut décider d'intervenir :
- au niveau des os,
- et / ou au niveau de l'enveloppe fibreuse en forme de manchon qui entoure l'articulation (**capsule**),
- et / ou au niveau des rubans élastiques reliant les os (les **ligaments**)
- et / ou au niveau des attaches reliant les muscles aux os (**tendons**).

Le geste principal

Selon votre cas, le chirurgien choisit de travailler sur un ou plusieurs éléments de votre orteil :

Il peut réduire la bosse sur le côté du pied, en coupant la partie du **métatarsien** qui dépasse.

Cela suffit rarement pour faire disparaître la douleur et diminuer considérablement les problèmes pour marcher.

Un geste supplémentaire au niveau de la **capsule** est souvent nécessaire.

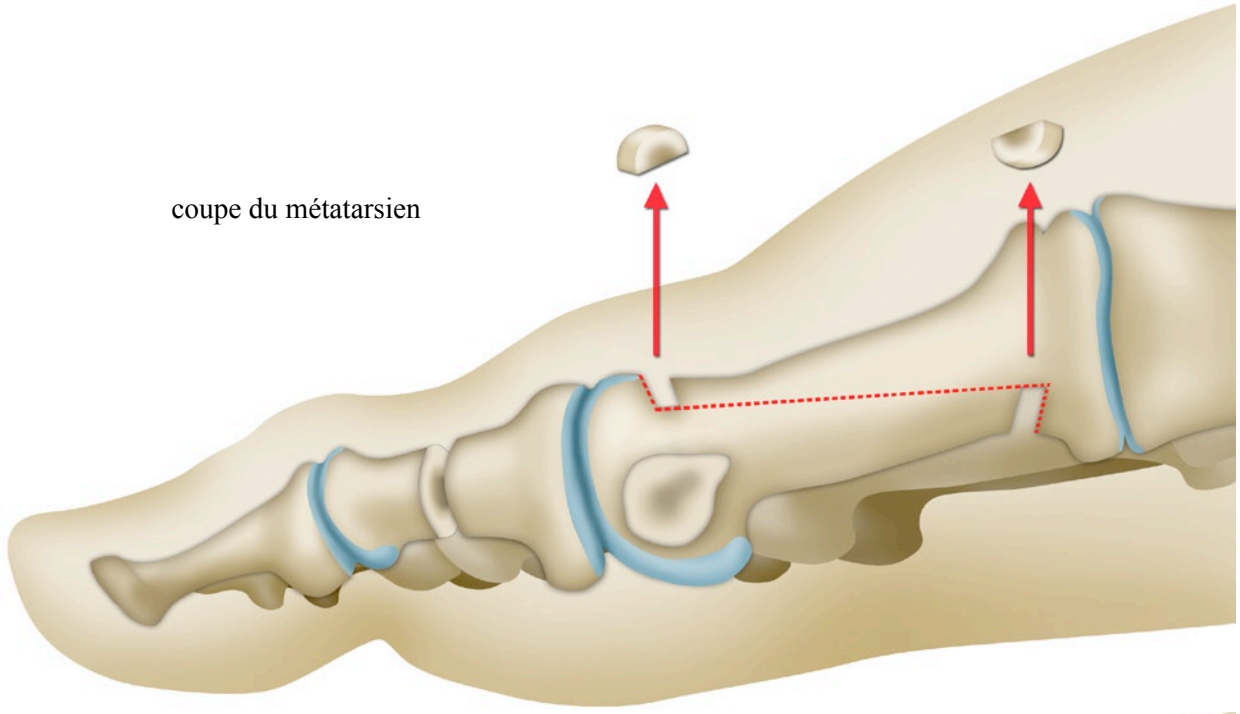
Le chirurgien creuse un trou à travers l'os métatarsien.

Il y introduit un fil, qu'il fait également passer à travers la capsule, pour la retendre et la recoudre en bonne position.

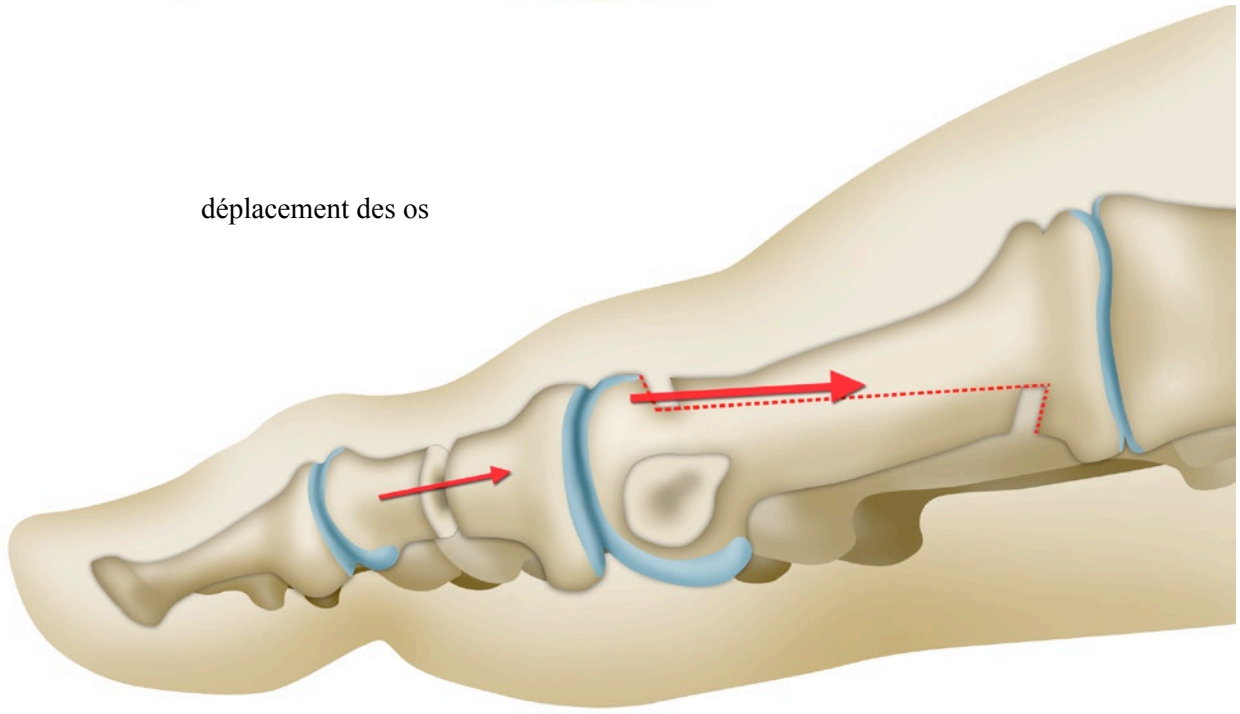
Il faut parfois retendre et replacer les **ligaments** et **tendons** détendus ou trop tendus suite à un déplacement de l'os métatarsien.

Alors le chirurgien les coupe, puis il repositionne et fixe ceux qui étaient détendus, tout comme il l'a fait pour la capsule.

Il est souvent nécessaire d'intervenir au niveau des os pour redresser le gros orteil. Il s'agit de couper une partie du métatarsien pour le remettre dans un axe correct (**ostéotomie**). Plusieurs méthodes sont possibles.



coupe du métatarsien



déplacement des os

Le geste principal (suite)

La technique nommée « **Scarf** » par exemple consiste à couper le premier métatarsien, puis à déplacer les morceaux d'os de façon à remettre l'ensemble en bonne position. Ces morceaux d'os sont ensuite fixés à l'aide de vis ou de plaques.

En complément des autres techniques, on peut aussi enlever une rondelle sur la première phalange du gros orteil et rapprocher les extrémités de façon à le raccourcir. Les os une fois remis en place sont fixés à l'aide de broches, vis ou agrafes (**ostéotomie**).

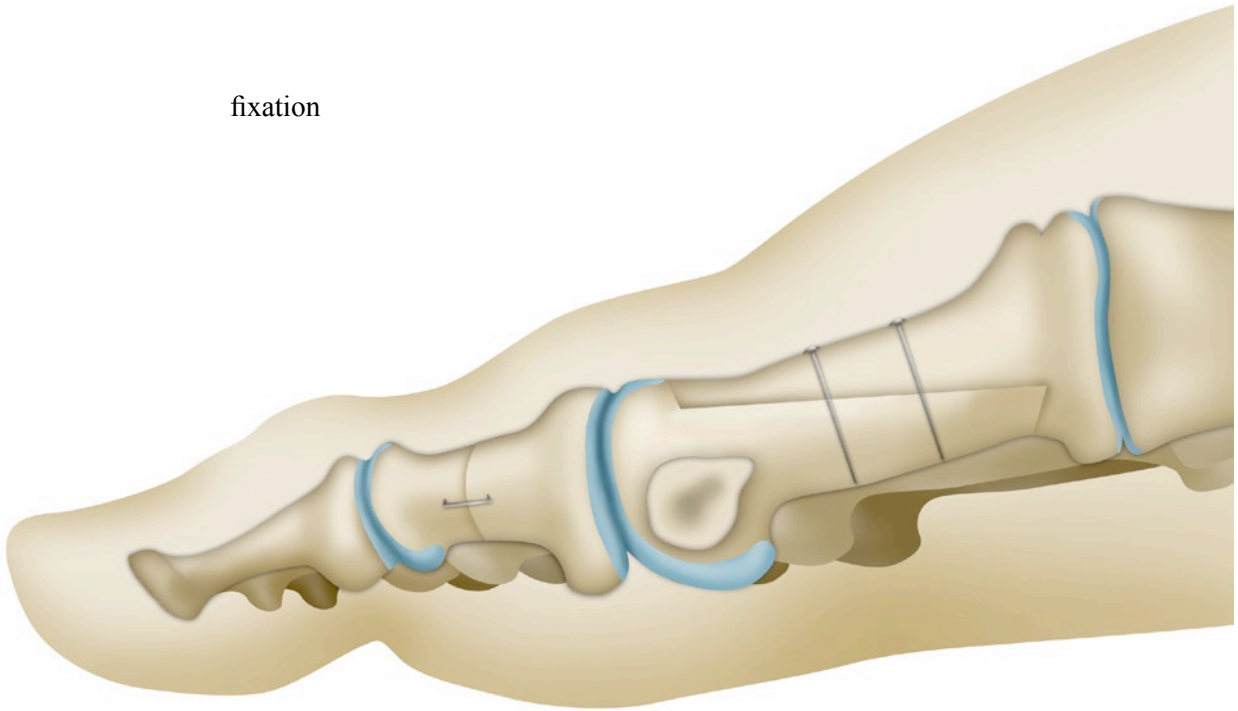
Les gestes associés

Si la capsule de l'orteil voisin s'est détendue ou déchirée suite à la déviation du gros orteil, le chirurgien la répare également.

D'autres gestes associés sont toujours possibles en fonction des dégâts constatés.

Le chirurgien peut par exemple retirer une des petites poches situées entre les os (**bourse séreuse**), si celle-ci est abîmée.

fixation



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 matériel qui reste en place ou au contraire se dégrade naturellement au fil du temps (**matériel résorbable**). L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit, de son exposition au soleil après l'intervention …

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 30. Il faut compter en plus le temps de la préparation, de l'installation, 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

La douleur est habituellement modérée et dure rarement plus de 2 jours. De toutes façons on la contrôle par des moyens adaptés. Si vous avez anormalement 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

Habituellement vous vous levez pour vous asseoir dans un fauteuil dès le lendemain.
Vous pouvez recommencer à marcher immédiatement, mais on attend souvent 2 ou 3 jours, le temps de refaire le pansement et d'enlever les drains.
Au bout de 7 à 10 jours environ vous vous déplacez à l'aide de une ou deux cannes.

Retour à domicile

En général vous rentrez chez vous 2 à 6 jours après l'intervention, mais tout dépend de votre cas et de l'organisation de l'établissement où vous êtes soigné.

Principaux soins

Vous prenez des médicaments pour limiter la douleur et le gonflement.
Un traitement pour fluidifier le sang (**anti-coagulant**) et éviter la formation de bouchons de sang (**caillots**) dans les veines (**phlébite**) est utile chez certains patients.

Pendant 4 semaines après l'opération vous portez une chaussure spéciale (**chaussure de décharge**) qui évite les appuis sur l'avant du pied.
Celui-ci a tendance à gonfler (**œdème**). Pour éviter cela, placez-le plus haut que votre cœur le plus souvent possible, notamment la nuit.
Ne restez pas assis ou debout sans mouvement pendant de longues périodes.

Commencez très rapidement à rééduquer vous-même votre articulation par de petits mouvements du pied et des orteils. La durée de la rééducation dépend de l'état de vos tendons et des raideurs éventuelles de l'articulation avant l'opération. Votre participation est essentielle pour un bon résultat.

Le suivi

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

Le résultat

Douleur

La douleur disparaît généralement totalement, pour les cas simples. Le résultat est souvent moins bon quand on est opéré à un stade plus avancé de la maladie, par exemple si l'orteil voisin est également touché. La chirurgie améliore cependant la situation.

Fonction & Autonomie

Le fonctionnement de votre gros orteil dépend de votre âge, de la rééducation, et de l'usure de votre articulation (**arthrose**)

Il faut protéger votre pied. Si votre activité professionnelle nécessite une station debout prolongée ou de longs trajets à pied, on donne habituellement un arrêt de travail de 2 mois.
Vous pouvez recommencer la natation et le vélo vers le 45ème jour. Nager est même vivement recommandé une fois la cicatrisation terminée pour accélérer la récupération. Les sports nécessitant un contact sol pied (course à pied, tennis, football…) redeviennent possibles après environ 5 mois.
Il ne faut pas faire subir à votre pied des contraintes qu'il n'est pas mesure de supporter. Evitez de porter des chaussures de forme inadaptée ainsi que vos anciennes chaussures déformées. N'hésitez pas à interroger votre médecin si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

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».

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

Pendant l'intervention

Des difficultés peuvent se poser chez les personnes possédant des os particulièrement fragiles qui risquent de se casser, ou si le matériel que le chirurgien veut mettre en place ne s'accorde pas bien à vos os.

Exceptionnellement, des muscles, des tendons, des ligaments, des nerfs ou des vaisseaux sanguins peuvent être abîmés accidentellement, avec pour conséquence la formation d'une poche de sang (**hématome**) ou une perte de sensibilité de certains endroits du pied.

Après l'intervention

L'invasion de la zone opérée par des microbes (**infection**) est extrêmement rare. Elle peut être très longue à traiter, entraîner une raideur de l'articulation, ou atteindre l'os et revenir régulièrement (**infection chronique**). C'est la raison pour laquelle on n'hésite pas à remettre l'opération à plus tard si vous avez une infection à un autre endroit du corps.

Il ne faut pas prendre certains médicaments qui favorisent les infections (votre médecin peut vous indiquer lesquels, n'interrompez aucun traitement sans avis médical). Certaines maladies, comme le **diabète**, rendent les patients plus sensibles à ce type de problème.

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

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

A cause des coupes réalisées sur les os (**ostéotomies**) et de l'immobilisation partielle qui suit l'intervention, vos os sont moins solides et risquent de se casser plus facilement (**fracture**). Ce risque est plus important si vous avez une maladie qui fragilise les os (**ostéoporose**).

Il faut donc être très prudent quand vous recommencez à appuyer sur l'avant de votre pied. Il faut éviter tout choc dessus, ainsi que les marches prolongées, pendant deux à quatre mois.

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 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.