

## Hallux Valgus – Traitement chirurgical mini-invasif et percutané



Dr Patrick Reynaud

04 72 633 630



### Consultation

Hôpital privé Natécia  
22 avenue Rockefeller  
69008 LYON

Médecina  
60 avenue Rockefeller  
69008 LYON

Clinique des Côtes du Rhône  
12 rue Fernand Leger  
38150 ROUSSILLON

### Chirurgie

Hôpital privé Natécia  
22 avenue Rockefeller  
69008 LYON

Infirmierie Protestante  
1-3 chemin du penthod  
69300 CALUIRE

Clinique des Côtes du Rhône  
12 rue Fernand Leger  
38150 ROUSSILLON

[docteurpatrickreynaud@gmail.com](mailto:docteurpatrickreynaud@gmail.com)

L'hallux valgus est la déformation la plus fréquente de l'avant-pied. Cette déviation du gros orteil vers l'extérieur du pied s'accompagne de l'apparition d'une bosse, appelée exostose (ou communément « oignon ») au niveau de l'articulation.

**La chirurgie de l'hallux valgus proposée**

**par le Docteur Patrick REYNAUD**

**est une CHIRURGIE MINI-INVASIVE et PERCUTANEE.**

**Il s'agit d'une chirurgie AMBULATOIRE.**

## Hallux Valgus – Traitement chirurgical mini-invasif et percutané



Dr Patrick Reynaud



### LES CAUSES

- **Les chaussures féminines** à bout serré, associée à un talon haut, ont un rôle dans l'apparition de l'hallux valgus. Cette pathologie est donc beaucoup plus fréquente chez les femmes (95 % des cas) que chez les hommes.

- **Les prédispositions congénitales** : l'origine héréditaire, familiale (1/4 des cas) est responsable de l'apparition de l'hallux valgus à un âge souvent jeune (adolescence).

- **Le type de pied** : longueur relative du gros orteil par rapport au deuxième orteil. Le pied égyptien : gros orteil plus long que le deuxième, prédispose le plus à l'apparition d'un hallux valgus, car l'orteil n'étant pas retenu par le deuxième orteil, est rabattu sur le côté dans la chaussure.

Le pied carré (gros orteil et deuxième orteil de la même longueur) et le pied grec (gros orteil plus court que le deuxième orteil) ne sont pas des facteurs prédisposants.

### EVOLUTION

- **Stade I** : la douleur initiale se localise au niveau de l'exostose (oignon), il se crée une zone de frottement local avec la chaussure avec inflammation : douleur et rougeur.

L'orteil reste souple, l'articulation n'est pas enraidie, les autres orteils ne sont pas déformés. La solution initiale peut être médicale en adaptant le chaussage, avec le port éventuel d'orthèse correctrice, qui peut parfois avoir un effet antalgique surtout nocturne, et avec des soins de pédicurie.

Devant des douleurs persistantes, le traitement chirurgical devient nécessaire et permet d'éviter une évolution vers les stades suivants.

- **Stade II** : la déformation évolue spontanément vers l'aggravation progressive, avec des périodes d'accalmie, et des poussées douloureuses qui deviennent de plus en plus fréquentes. La déviation du gros orteil est plus marquée, l'exostose plus importante, mais surtout apparaît une déformation des autres orteils, avec en particuliers une griffe progressive du 2ème orteil qui entre en conflit avec la chaussure, l'articulation à la base de ce 2ème orteil devient instable et douloureuse (syndrome du 2ème rayon). Des lésions cutanées apparaissent : cors sur le dessus des orteils et durillons plantaires douloureux

- **Stade III** : l'évolution défavorable inexorable est responsable de défauts d'appui majeurs de tout l'avant pied, avec parfois luxations complètes d'orteils.



## Hallux Valgus – Traitement chirurgical mini-invasif et percutané



Dr Patrick Reynaud

### PATHOLOGIES ASSOCIEES

#### - Orteils en griffe

Pathologie fréquente, ces orteils en griffes ont des causes multiples. Elles se manifestent par des déformations en crochet ou marteau d'un ou plusieurs orteils. Ces déformations créent des zones de frottements douloureuses dans les chaussures avec des lésions cutanées parfois importantes.

Le traitement chirurgical est réalisé dans le même temps opératoire que la chirurgie de l'hallux valgus.

#### - Métatarsalgies

Lors d'un hallux valgus, l'appui ne se fait plus sous la tête du premier métatarsien, mais il existe une zone d'hyper-appui sous la tête des métatarsiens latéraux, générant des douleurs localisées : métatarsalgies. Ces douleurs sont d'autant plus fortes que la courbe métatarsienne radiographique montre un excès de longueur relatif des métatarsiens latéraux par rapport au premier métatarsien.

Une ostéotomie percutanée (dmmo) des métatarsiens en cause sera alors réalisée dans le même temps opératoire que la chirurgie de l'hallux valgus.

#### - Bunionette

La bosse sur le bord externe du 5<sup>ème</sup> orteil, appelée bunionette, peut être associée à un hallux valgus (avant pied en éventail).

## Hallux Valgus – Traitement chirurgical mini-invasif et percutané



Dr Patrick Reynaud

### TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HALLUX VALGUS

#### LE TRAITEMENT CHIRURGICAL ASSOCIE TECHNIQUE MINI-INVASIVE ET PERCUTANEE

Le traitement chirurgical est nécessaire pour soulager des douleurs importantes ou lorsque la gêne au chaussage ou à la marche apparaît. L'idéal est de ne pas trop attendre pour entreprendre ce geste chirurgical, les résultats d'une opération de correction chirurgicale seront meilleurs si la déformation est encore réductible, isolée, et l'articulation encore souple. Une chirurgie plus tardive sera plus lourde puisqu'elle nécessitera une correction, non seulement du gros orteil, mais des autres orteils déformés pour réharmoniser les appuis de l'avant pied.

La chirurgie est proposée en hospitalisation la journée (chirurgie ambulatoire).

#### - Technique chirurgicale

Le but est de rétablir l'axe du gros orteil, ramener le premier métatarsien vers le second, réaligner le métatarsien et la phalange du gros orteil. Il ne suffit donc pas de raboter « la bosse » (l'exostose), mais il faut traiter la déformation à son origine.

L'ostéotomie SCARF mini-invasive/  
l'ostéotomie Chevron mini-invasive

Avec ostéotomie PERCUTANEE de varisation de la première phalange

Cette technique mini-invasive est réalisée par une incision réduite (1,5cm), limitant ainsi les contusions tissulaires et permettant de limiter les douleurs post-opératoires, d'autant que le geste chirurgical est complété par une infiltration locale.

Elle consiste, après avoir retirée l'exostose (la bosse), à réaliser une ostéotomie du métatarsien (section de l'os) : ostéotomie SCARF mini-invasive ou ostéotomie en Chevron mini-invasive, à faire ensuite glisser les deux fragments osseux l'un par rapport à l'autre pour réaxer l'orteil, et à fixer les deux fragments osseux par une ou deux vis, qui sont enfouies dans l'os. Ces vis ne sont donc pas à enlever par une nouvelle chirurgie.

Cette ostéotomie MINI SCARF est souvent associée à une ostéotomie de varisation ou de raccourcissement de la première phalange, réalisée en percutanée, c'est à dire sans ouvrir la peau, et sera fixée par une vis ou une agrafe.



## Hallux Valgus – Traitement chirurgical mini-invasif et percutané



Dr Patrick Reynaud

### - Préparation à l'intervention

- Consultation avec l'anesthésiste : cette consultation obligatoire doit voir lieu entre 1 mois et 48 h avant l'intervention, pour dresser un bilan de santé générale et décider du type d'anesthésie possible et le plus adapté. Signalez tout problème d'allergie, de diabète, amenez les ordonnances de vos traitements habituels, signalez si vous fumez.



- Observez une hygiène stricte des pieds la semaine précédent votre intervention (bains de pied quotidien, enlevez le vernis à ongle).

- La veille et le jour de l'intervention, prenez une douche avec un antiseptique en insistant sur les pieds.



### - Comment se déroule votre intervention et les suites postopératoires

L'intervention dure en moyenne moins de 30 minutes, pour un pied.

Elle se pratique plutôt sous anesthésie générale, complétée par une infiltration d'un anesthésique local autour de la zone opérée.

Après l'intervention, une radiographie de contrôle est réalisée avant le retour dans votre chambre.

Votre pied sera protégé par un pansement. Un écarteur en silicone sera placé entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> orteil pendant les 3 premières semaines.

De retour dans votre chambre, la prise en charge de la douleur est une priorité : mise en place d'un poche de glace au contact du pied. Des perfusions d'antalgiques et d'anti-inflammatoires seront systématiquement mises en place. Les équipes soignantes sont aussi attentives à votre demande, en cas de douleur trop forte, signalez le rapidement, un traitement adapté vous sera prescrit.

Le lever est possible le jour même sous couvert du port d'une chaussure à semelle rigide ou chaussure souple et large type « basket » et avec l'aide d'une personne de l'équipe soignante (kinésithérapeute).

La marche est alors possible, mais seulement quelques minutes par jour, le pied doit être surélevé quand vous serez en position assise, de même, surélevez les pieds du lit.

Le départ est possible le jour même sous certaines conditions, sinon le lendemain de l'intervention.

Une ordonnance pour un traitement antalgique et un traitement anticoagulant pour éviter les phlébites (une piqure par jour, tous les jours pendant 3 semaines) vous sera remise à votre sortie.

## Hallux Valgus – Traitement chirurgical mini-invasif et percutané



Dr Patrick Reynaud

### - Conseils pour le retour à domicile

Vous venez d'être opéré(e) : une bonne hygiène de vie et des précautions simples vous aideront à retrouver rapidement une vie normale.

- Ménagez-vous des temps de repos fréquents.
- Prenez soin de vos pieds.
- Pour lutter contre le risque d'œdème ou de phlébite : dans la journée, surélevez vos jambes le plus souvent possible, surélevez le matelas ou les pieds de votre lit, évitez le poids des couvertures (arceau de protection). Appliquez de la glace plusieurs fois par jour pendant 15 minutes.
- Évitez les stations debout prolongées, les piétinements, il est préférable de marcher à petit pas.
- Évitez de mouiller votre pansement, protégez le avec un sac plastique noué à la cheville lors de la toilette.
- Une fois le pansement retiré, prenez un bain de pied matin et soir, massez la plante du pied et le dessus du pied puis rincez en alternant d'abord eau chaude puis eau froide (douche écossaise) pour activer la micro circulation.

La consultation post-opératoire a lieu dans le mois qui suit l'intervention, pour réaliser un bilan clinique et radiographique, et décider de la nécessité ou non d'une rééducation.

### - Comment se rééduquer

La rééducation éventuelle débute après le premier mois. Elle est basée sur des massages, du drainage lymphatique, des mobilisations douces en traction décoaptation, travail du déroulé du pas.

Des exercices d'auto-rééducation peuvent être réalisés : Faites bouger vos orteils vers le haut (extension) et vers le bas (flexion). Faites rouler une balle de tennis avec votre pied, jusqu'au bout des orteils. Posez une serviette au sol, le pied dessus, et essayez d'agripper la serviette et de la ramener vers vous avec vos orteils. Assis en tailleur, maintenez votre pied d'une main et de l'autre, en tenant votre orteil à sa base, mobilisez ce gros orteil lentement vers le haut et vers le bas. Rééduquez aussi les autres orteils : assis en tailleur, appuyez avec la main opposée sous l'avant-pied et de l'autre main, faites lentement descendre les orteils un à un au maximum.

Il faut environ 2 à 3 mois pour retrouver une marche normale, la reprise des activités sportives est possible entre 3 et 6 mois, mais elle se fait en fonction des douleurs résiduelles.

Le chaussage normal est possible à 3 mois, les chaussures à talons moyens (à 5 cm) est possible à partir de 3 mois, les talons hauts sont possibles à partir de 6 mois. La conduite est possible entre 1 et 2 mois post-opératoires.

L'arrêt de travail est compris entre 45 jours et 3 mois.

## Hallux Valgus – Traitement chirurgical mini-invasif et percutané



Dr Patrick Reynaud

### RISQUES ET COMPLICATIONS EVENTUELLES (liste non exhaustive)

L'évolution définitive du pied nécessite 3 à 6 mois, le pied peut donc rester sensible aux efforts inadaptés, aux stations debout prolongées, en gonflant, en étant douloureux. Il faut donc être prudent pendant ce délai post-opératoire, la récupération reste longue et peut aller jusqu'à 6 mois post-opératoire en fonction du traitement chirurgical.

- Infection : ce risque est rare mais peut nécessiter une reprise chirurgicale et un traitement antibiotique adapté. Pour limiter ce risque, prendre les deux douches préopératoires avec un antiseptique, refaire les pansements de propreté deux fois par semaine selon la prescription. Bien signaler si vous êtes diabétique, cela est un risque d'infection supplémentaire, surtout si le diabète est mal équilibré.

- Retard de cicatrisation : la plaie est sèche en 15 jours à 1 mois. Arrêter de fumer et équilibrer le diabète sont des éléments favorables à une bonne cicatrisation.

- Phlébite, embolie pulmonaire : un traitement anticoagulant sera systématiquement prescrit pendant les 3 semaines premières semaines post-opératoires pour limiter ce risque. Surélever la jambe (jour et nuit), éviter les stations debout prolongées, le piétinement pendant le premier mois post-opératoire pour limiter ce risque de phlébite. Si une douleur inhabituelle dans

la jambe ou le mollet apparaît, associée à un état fébrile, contacter le médecin pour un examen clinique anticipé et la réalisation d'un écho-doppler de contrôle.

- Défaut de consolidation et fracture de matériel : pour limiter ce risque, l'appui ne se fera pendant les premières semaines que sous couvert d'une chaussure à appui talonnier (chaussure de Barouk). Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

- Hématomes : ils sont fréquents et se résorbent spontanément avec le temps, l'application de glace localement limite leur apparition.

- Oedème : le gonflement post-opératoire est parfois important, et peut persister 3 mois. Il sera limité en surélevant la jambe (jour et nuit), en mobilisation les orteils. Un traitement kinésithérapique par drainages lymphatiques peut permettre une résorption plus rapide de l'œdème à partir du 2ème mois post-opératoire.

- L'algodystrophie : il s'agit d'une réaction de l'organisme se manifestant par l'apparition d'un œdème, de douleur, de raideur, retardant l'évolution de quelques semaines à quelques mois. La prévention passe par le repos post-opératoire, et éventuellement par la prise d'un traitement par Vitamine C avant et après l'intervention.

- Raideur des orteils : elle peut être prévenue par des séances de rééducation, en cas de raideur non améliorée par des séances de rééducation, une arthrolyse chirurgicale peut être proposée.



Dr Patrick Reynaud

## Hallux Valgus – Traitement chirurgical mini-invasif et percutané



### RISQUES ET COMPLICATIONS EVENTUELLES (liste non exhaustive)

- Perte de sensibilité, névromes et douleurs cicatricielles : la sensibilité de l'extrémité et du bord du gros orteil peut parfois être diminuée, un travail local de massages cicatriciels peut améliorer cette symptomatologie.
- Métatarsalgies : ce sont des douleurs plantaires dues à une mauvaise répartition des appuis, elles peuvent être corrigées par le port d'orthèses plantaires (semelles).
- Hypercorrection de l'hallux valgus : cette évolution vers l'hallux varus peut nécessiter, si elle est mal supportée, une nouvelle intervention, souvent de type arthrodèse métatarso-phalangienne (blocage de l'articulation).
- Récidive : il existe 5 à 10% de récurrences, souvent non symptomatiques, surtout dans les cas de chirurgie sur gros orteil très déformé et raide, d'où l'importance d'une chirurgie plutôt précoce.