

Orteil en griffe



Dr Patrick Reynaud

04 72 633 630

06 60 185 815



Consultation

Hôpital privé Natécia
22 avenue Rockefeller
69008 LYON

Médecina
60 avenue Rockefeller
69008 LYON

Clinique Emilie de Vialar
305 rue Paul Bert
69003 LYON

Chirurgie

Hôpital privé Natécia
22 avenue Rockefeller
69008 LYON

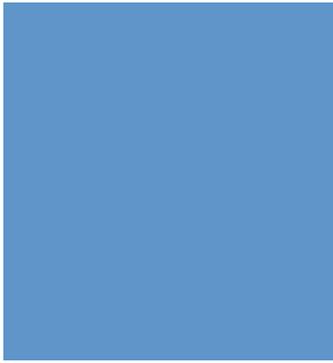
Infirmierie Protestante
1-3 chemin du penthod
69300 CALUIRE

docteurpatrickreynaud@gmail.com

L'orteil en griffe est une déformation des orteils latéraux en flexion plantaire, souvent douloureuse, gênant le chaussage, pouvant être responsable :

- d'un cor dorsal avec douleur par conflit dorsal (frottement excessif) avec la chaussure,
- d'un cor pulpaire avec douleur par hyper-appui de la pulpe de l'orteil,
- d'un œil de perdrix : cor entre deux orteils par zone de frottement excessif entre ces deux orteils,
- de métatarsalgie (douleur à la base de l'orteil au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne) par hyperpression exercée par l'orteil en griffe sur la tête métatarsienne,
- des plaies cutanées peuvent survenir au niveau des cors avec risque de surinfection.

La déformation peut toucher un orteil ou plusieurs orteils.



Dr Patrick Reynaud

Orteil en griffe



EVOLUTION

- **Griffe réductible.**

Au stade initial, l'orteil en griffe reste souple et réductible, la manipulation permet d'étendre l'orteil sans douleur.

- **Griffe fixée.**

La manipulation ne permet plus d'étendre l'orteil.

- **Griffe avec luxation métatarso-phalangienne.**

Si l'évolution n'est pas stoppée, l'orteil se luxe, il s'agit en fait d'une luxation métatarso-phalangienne, la phalange passe au dessus du métatarsien, par défaillance des structures capsulo-ligamentaires qui maintiennent habituellement l'orteil en bonne position : il existe une rupture de la plaque plantaire.

LES CAUSES

- orteils trop longs
- hallux valgus avec syndrome du deuxième rayon (*voir hallux valgus*)
- pied creux
- polyarthrite
- maladies neurologiques

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La radiographie permet simplement de confirmer la présence d'une luxation métatarso-phalangienne, et de vérifier la longueur relative des métatarsiens.



Orteil en griffe



Dr Patrick Reynaud

TRAITEMENT

TRAITEMENT PODOLOGIQUE

Il peut être entrepris en cas de griffe réductible, parfois fixée :

- un strapping avec extensions manuelles régulières de l'orteil peuvent parfois éviter ou retarder le passage d'une griffe souple à une griffe fixée,
- les orthèses plantaires (semelles) avec relief rétrocapital permettent de rétablir un appui pulpaire actif des orteils,
- une orthèse sur mesure en silicone peut rabaisser un orteil et limiter les conflits avec la chaussure,
- des soins de pédicurie peuvent désépaissir des cors et limiter les conflits.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical de la griffe est une chirurgie mini invasive.

Il s'agit d'un traitement « à la carte », corrigeant les anomalies en fonction du stade évolutif :

- en cas de griffe souple, **une ténotomie** (allongement ou section de tendon) peut être réalisée,
- en cas de griffe souple ou fixée, **l'arthrodèse inter-phalangienne** associée à une ténotomie est réalisée, et permet de corriger la griffe et d'étendre l'orteil. La fixation se fait par une petite agrafe intra-



phalangienne qui corrige et étend la griffe de manière définitive,

- en cas d'excès de longueur des métatarsiens, **une ostéotomie percutanée du métatarsien** peut être associée,
- en cas de luxation métatarso-phalangienne associée à la griffe, un geste d'ostéotomie ouverte peut être associée en complément du traitement de la griffe.

Il s'agit d'une chirurgie ambulatoire, réalisée sous anesthésie générale légère ou locorégionale.

SOINS POST-OPERATOIRES

La marche est autorisée dans les suites de la chirurgie, sans chaussure « spéciale », mais avec une chaussure large et souple, type basket. Le déroulé de l'avant pied doit être limité pendant 1 mois, obligeant à marcher le pied à plat.

Un traitement antalgique est prescrit. Et des exercices d'auto-rééducation sont conseillés.

L'orteil est habituellement « boudiné » pendant environ 2 mois.

Une consultation post-opératoire est programmée 1 mois après l'intervention.

Eventuellement, une orthèse aidant à la reprise de l'appui pulpaire peut être réalisée.

Les activités sportives ne seront reprises progressivement qu'à partir du 3ème mois.



Dr Patrick Reynaud

Orteil en griffe



RISQUES ET COMPLICATIONS EVENTUELLES (liste non exhaustive)

- Pendant l'intervention, l'os fragile peut casser et empêcher la mise en place d'un implant articulaire prévu.
- L'infection du site opératoire, rare, sera prévenue par une préparation cutanée : une douche avec un savon antiseptique la veille et le jour de l'intervention, des soins locaux post-opératoires réguliers jusqu'à la cicatrisation. Elle peut nécessiter une reprise chirurgicale.
- 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, ainsi que le repos jambe surélevée pendant le premier mois.
- 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 par la prise d'un traitement par Vitamine C avant et après l'intervention.
- Œdème : le gonflement post-opératoire est parfois important, et peut persister 3 mois. Il sera limité en surélevant la jambe (jour et nuit), en mobilisant les orteils. Un traitement kinésithérapique par drainages lymphatiques peut permettre une résorption plus rapide de l'œdème à partir du 2ème mois post-opératoire.
- Phlébite, embolie pulmonaire : Surélever la jambe (jour et nuit), éviter les stations debout prolongées et 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.
- Le défaut de correction ou défaut d'appui de l'orteil, impose parfois le port d'une orthèse correctrice, ou une reprise chirurgicale.
- Une ostéotomie métatarsienne non consolidée peut être réopérée si elle est douloureuse.
- La raideur articulaire métatarso-phalangienne est améliorée par une auto-rééducation ou des mobilisations en traction-décoaptation réalisées par un kinésithérapeute. Une arthrolyse chirurgicale est rarement nécessaire.
- Pseudarthrose : l'arthrodèse peut parfois ne pas consolider complètement, la douleur à la marche est alors toujours présente, l'implant d'arthrodèse peut être expulsé. Une nouvelle chirurgie peut être réalisée, pour changer le matériel d'ostéosynthèse de l'arthrodèse et réaliser une greffe osseuse.
- Fracture de matériel : pour limiter ce risque, l'appui se fera pendant les premières semaines sans dérouler l'avant pied, le pied à plat. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.