

# Hallux Valgus

## AVANT LA CONSULTATION

---

### ▪ Définition de l'hallux valgus

Il s'agit d'une déformation fréquente de l'avant-pied touchant plus fréquemment les femmes. Le gros orteil (HALLUX) se déforme et est dévié vers l'extérieur (VALGUS). Le port de chaussures et particulièrement les chaussures à talon entraîne un conflit avec la déformation. Cette situation est responsable de douleurs et de boiterie.



### ▪ Quelles sont les causes ?

Les causes de l'hallux valgus sont multifactorielles

. Facteurs anatomiques : Excès de longueur du gros orteil (« pied égyptien »)



**Pied égyptien :**  
le premier orteil est le plus long

**Pied carré :**  
les 2 premiers orteils sont de longueur sensiblement égale

**Pied grec :**  
le second orteil est le plus long

. Facteurs héréditaires : Certaines familles sont plus susceptibles de développer une déformation en hallux valgus

. Facteurs environnementaux : Les chaussures à bout pointus enserrant l'avant-pied. Le port de talons fait glisser le pied vers la partie la plus étroite de la chaussure.



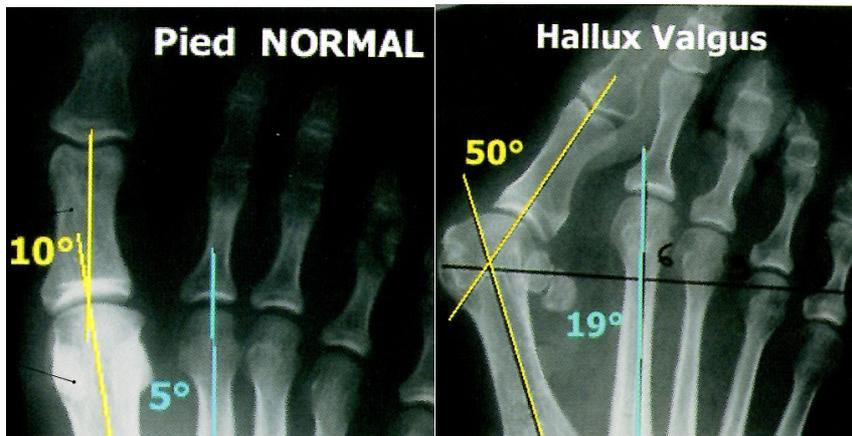
Certains facteurs aggravent la déformation et la rendent plus difficile à corriger :

- . Hyperlaxité ligamentaire
- . Pied plat

- **Quels sont les examens complémentaires à faire avant une consultation spécialisée ?**

Il convient de réaliser des radiographies de face et de profil en charge (debout). Une incidence axiale du pied permet de visualiser les appuis au niveau de l'avant-pied.

La radiographie intervient pour quantifier la gravité de la déformation. Ceci permet d'adapter le geste chirurgical (si celui-ci est nécessaire) à la déformation du pied de chaque patient.



## PENDANT LA CONSULTATION

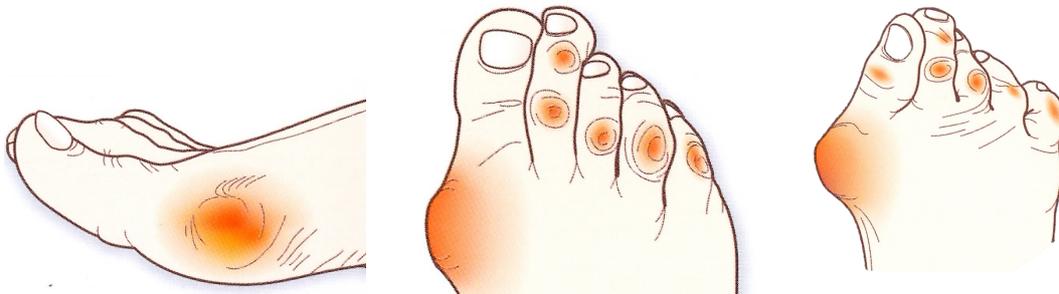
---

### ▪ Pourquoi m'opère-t-on ?

L'opération permet de soulager les désagréments liés à la déformation du pied. La douleur et les difficultés au chaussage sont des éléments qui permettent de poser une éventuelle intervention chirurgicale.

La chirurgie n'est pas préventive même si la déformation risque de s'aggraver dans le temps. L'aspect esthétique est à prendre en compte mais doit être associé à d'autres symptômes pour justifier une intervention.

L'opération est conseillée avant que la déformation ne touche le reste de l'avant-pied. A un stade avancé les autres orteils se déforment (*griffes*) ou créent des douleurs (*métatarsalgies*)



### ▪ La place du traitement non chirurgical

Le chaussage est à adapter. Le port de chaussures rigides, à bout pointu avec un talon de plus de 3 cm sont déconseillées. Elles favorisent le conflit entre la déformation du gros orteil et la chaussure.

Les pieds plats doivent bénéficier de semelles orthopédiques à coin supinateur. Ces semelles sont à réaliser chez le podologue. Ces semelles permettent d'éviter que le gros orteil ne supporte de façon trop importante le poids du corps.

Les orthèses ne sont pas efficaces.

Les semelles à barre d'appui rétrocapital permettent d'éventuellement soulager les douleurs de la plante du pied.

Une perte de poids peut être souhaitable pour éviter l'effondrement et l'élargissement de l'avant-pied.

En cas de raideur de votre cheville, des exercices d'étirements du mollet sont recommandés.

### ▪ Quelles sont les étapes à suivre avant l'opération ?

Vous venez de consulter votre chirurgien et vous avez décidé ensemble d'une intervention.

Il est nécessaire (et obligatoire légalement) de voir un médecin anesthésiste lors de la consultation pré-anesthésique, afin de décider du type d'anesthésie réalisée lors de la chirurgie. Cette consultation a lieu à la clinique, sur rendez-vous.

## PENDANT L'HOSPITALISATION

---

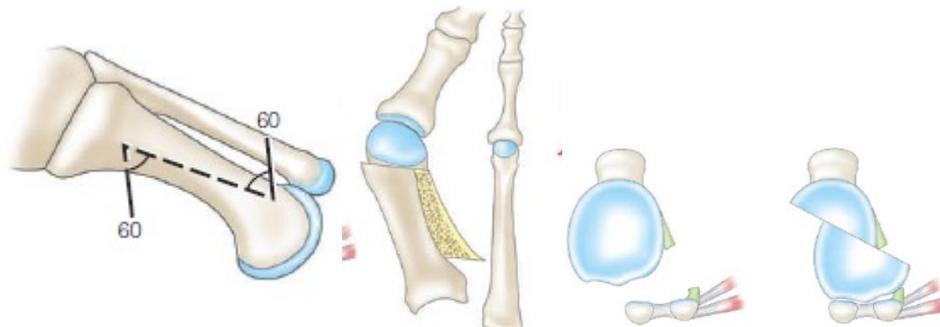
### ▪ Comment se déroule l'opération ?

L'anesthésie est le plus souvent loco-régionale. Elle ne concerne que la jambe opérée. Pour éviter la gêne liée au saignement des veines, un garrot pneumatique est gonflé en début d'intervention.

L'opération dure en moyenne entre 20 et 45 minutes. Cette durée dépend de la technique employée, de la sévérité de la déformation et de la nécessité d'éventuels gestes associés.

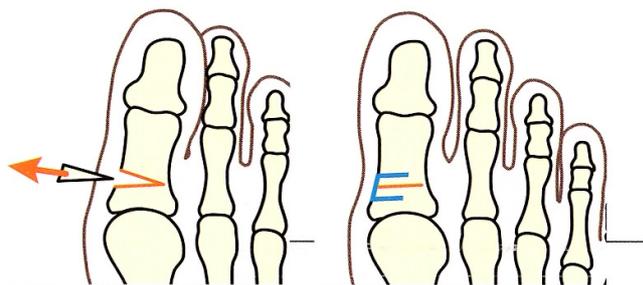
### La technique de SCARF

Elle est la plus répandue et la plus complète des interventions. Elle consiste en la réalisation d'ostéotomie (« coupes osseuses ») de réaxation. Cette ostéotomie va permettre de corriger la déformation par une translation, une rotation et un abaissement de la tête métatarsienne.



Les 2 fragments sont ensuite maintenus par une vis.

Cette réaxation du métatarsien est complétée par une ostéotomie de la phalange. Elle permet de compléter et de finaliser la correction de la déformation.



A ces gestes osseux sont associés des gestes sur les tissus environnants de libération externe et de retente interne.

### ▪ Quels sont les risques de l'intervention ?

Comme toute intervention chirurgicale, cette opération comporte des bénéfices et des risques. Vous l'avez acceptée après discussion avec votre chirurgien car vous pensez

tous les deux que la balance penche en faveur des bénéfices attendus (diminution de vos douleurs et de la gêne, reprise des activités...)

Les principaux risques de ce type d'intervention sont les suivants :

**. Risque anesthésique :** il vous a été expliqué lors de la consultation pré-anesthésique. Il est faible pour ce type d'intervention.

**. Risque d'infection :** comme pour toute intervention, le risque de développer une infection existe mais demeure très faible. Les signes infectieux possibles sont : la rougeur, l'écoulement de pus, la douleur et la fièvre. Il est difficile de différencier une inflammation banale qui survient après une intervention d'une véritable infection. En cas de doute sur la survenue de celle-ci, il est préférable de prendre au plus vite contact auprès du chirurgien pour organiser la prise en charge. Si une infection s'est développée une nouvelle intervention pour réaliser des prélèvements bactériologique et un lavage est nécessaire. Des antibiotiques seront ensuite mis en place.

**. Risque de thrombose veineuse profonde (phlébite, embolie pulmonaire) :** ce risque reste présent même si il devient très faible par la rééducation rapide après cette chirurgie du pied (appui autorisé avec chaussure adaptée le lendemain de l'intervention)

**. Risque d'algoneurodystrophie :** Cette complication peut survenir après n'importe quelle chirurgie ou traumatisme même mineur. Elle associe dans une première phase chaude des douleurs et une inflammation qui peut dépasser la zone de la chirurgie. Des phénomènes de raideur suivent en général cette phase douloureuse. Le traitement repose principalement par des exercices de rééducation douce.

**. Risque cicatriciel :** Il s'agit surtout de désunion de cicatrice qui nécessite des soins de pansement prolongés.

**. Risque de déplacement secondaire ou de récurrence :** il survient souvent précocement. Il est souvent dépister lors de la consultation du 2<sup>ème</sup> mois. Cette complication nécessite une nouvelle opération.

**. Risque de fracture ou non consolidation :** il est souvent lié à une chute ou au non-respect des consignes de chaussage post-opératoire. Le tabac augmente le risque de non-consolidation.

**. Risque de métatarsalgies de transfert :** Il s'agit de douleur plantaire à la marche. Cette situation survient lorsque le premier métarsien est trop court. L'appui lors de la marche se réalise donc sur les autres métatarsiens et provoquent des douleurs. Ces douleurs sont souvent bien soulagées par le port de semelle à appui rétro-capital. Une chirurgie des autres orteils peut être nécessaire.

### ▪ **Combien de temps vais-je rester à la clinique ?**

La plupart des patients bénéficiant d'une chirurgie du pied sont prise en charge en ambulatoire (sortie le jour de l'opération). Si votre situation n'est pas adaptée à la prise en charge ambulatoire, vous passerez une nuit à la clinique et pourrez rentrer à domicile le lendemain.

## APRES L'HOSPITALISATION

---

- **Comment se passera la rééducation après l'opération ?**

Des exercices d'autorééducation vous seront enseignés. Ils permettent d'éviter l'enraidissement de vos orteils et diminuent le gonflement lié à l'opération.

La marche est autorisée sous couvert d'une chaussure spécifique qui vous sera prescrite lors de la consultation. La marche sans chaussure est autorisée environ 6 semaines après l'intervention.



- **Quand vais-je pouvoir conduire à nouveau ?**

La conduite automobile est possible dès que vous marchez sans la chaussure spécifique et que vous n'avez plus de douleur lors de la marche (environ 6 semaines à 2 mois après l'intervention)

- **Vais-je pouvoir reprendre des activités sportives ?**

Le sport ne sera repris qu'après 3 mois et de manière progressive. C'est le gonflement lié à l'œdème du pied qui peut parfois mettre du temps à partir et peut gêner la pratique sportive ou la marche prolongée.