

Chirurgie de la cheville et du pied

HALLUX VALGUS

L'**Hallux-Valgus** est une déformation de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil (hallux) qui se déforme vers l'extérieur (valgus), cette déformation de la phalange est souvent appelée "oignon".

L'Hallux-Valgus peut avoir des conséquences qui s'étendent à l'ensemble du pied ou du membre inférieur, en raison de crampes ou de mauvaises postures s'étendant au genou, à la hanche ou au dos.
Pour diagnostiquer un Hallux-Valgus, votre chirurgien aura besoin d'une radiographie récente afin d'évaluer le degré de déformation de votre articulation. Cette radio sera effectuée debout avec le pied portant le poids du corps.

Les différents traitements possibles

Le traitement médical

Pour soulager les douleurs, on peut proposer des antalgiques et des anti inflammatoires, le port de semelles orthopédiques et une rééducation adaptée visant à assouplir l'articulation et à renforcer les muscles et les tendons.

Le traitement médical peut soulager temporairement, mais si la gêne fonctionnelle devient trop importante, il peut être bénéfique de voir un chirurgien spécialiste du pied.

Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

> **Des techniques classiques** type Scarf, Chevron.

> **Des techniques mini invasives**, globalement les mêmes techniques que les classiques avec des incisions moins grandes.

> **La technique percutanée**, cette technique consiste à redresser le gros orteil grâce à des incisions de 2mm, et à faire des ostéotomies (coupes osseuses) avec des fraises de petit diamètre sous contrôle radio.
Elle permet d'éliminer les cicatrices et leurs complications, de diminuer le risque d'hématome et d'infection, et de diminuer les douleurs postopératoires.

L'intervention est faite en Chirurgie Ambulatoire, le patient a été vu au préalable par l'anesthésiste qui a décidé d'une anesthésie loco-régionale ou générale. Le patient arrive une heure avant l'intervention, l'horaire lui a été communiqué la veille par téléphone.

L'intervention dure 20 minutes. Le pansement du pied est fait au Bloc Opératoire, le patient retourne à son domicile après environ 3 heures de surveillance. Il part en marchant sur son pied avec une chaussure (spécialement conçue pour cette intervention) qu'il gardera 4 à 6 semaines, il gardera également des béquilles pendant 15 jours et reviendra au bout de cette période pour faire le premier pansement en consultation.



Hallux Valgus : la technique percutanée



Celles qui portent des talons pourront à nouveau en porter en moyenne :



- 3 mois après l'intervention (talons de 3 cm)
- 5 mois après l'opération (talons de 5 cm et plus)

HALLUX RIGIDUS OU DORSAL BUNION

L'Hallux-Rigidus est une dégradation due à l'arthrose qui occasionne la formation d'ostéophytes (becs osseux) responsables d'un enraissement de l'articulation métatarsophalangienne. Les ostéophytes forment une bosse sur le dessus de l'articulation également appelée **Dorsal Bunion**.

Les causes principales sont :

- Une morphologie particulière dite "pied égyptien" (gros orteil plus long)
- La pratique intensive de certains sports tels que le football ou la course à pied

D'autres causes sont moins fréquentes : les traumatismes, les rhumatismes, les infections...



Le chirurgien aura besoin d'une radiographie récente dite "en charge", c'est-à-dire debout avec le pied portant le poids du corps.

Les différents traitements possibles

Le traitement médical

Pour soulager les phénomènes douloureux, le traitement médical peut proposer la prise d'antalgiques et d'anti inflammatoires, le port d'une semelle orthopédique et une rééducation adaptée visant à assouplir l'articulation et renforcer les muscles et les tendons. Le cas échéant une perte de poids significative peut être envisagée.

Néanmoins, s'agissant d'une maladie dégénérative, le traitement médical ne peut que soulager temporairement, si la gêne fonctionnelle devient trop importante, une consultation chirurgicale doit être envisagée afin de déterminer la prise en charge la plus adaptée à votre cas.

Les traitements chirurgicaux

> **Le traitement conservateur** : Il ne comprend pas de fixation par vis ou broche et consiste principalement à supprimer la bosse osseuse supérieure responsable du conflit. Si l'orteil est trop long, un ostéotomie peut être pratiquée pour limiter les contraintes de compression.

> **Blocage de l'articulation (arthrodèse)** : Cette intervention consiste à faire fusionner le métatarsien avec la première phalange. Cette technique, généralement bien supportée, permet de se chaussier comme à l'habitude et de récupérer un niveau intéressant de pratique sportive.

> **Une ostéotomie du premier métatarsien et de la première phalange** : Elle se fait en chirurgie percutanée, sans cicatrice, à travers la peau sous contrôle radiographique et permet la décompression de l'articulation gardant de la mobilité.

MÉTATARSALGIES



Une déformation de votre avant-pied peut occasionner un déséquilibre sur l'avant et sur la plante du pied quand vous le posez au sol, cette pression anormale entraîne des douleurs : les métatarsalgies.

L'origine de cette **hyperpression plantaire** peut s'expliquer par une anomalie morphologique liée à la taille ou la forme des métatarses, ou encore à un angle anormal entre le métatarsale et sa phalange.

Cette hyperpression peut être aggravée par le surpoids et par l'Hallux Valgus du gros orteil, elle occasionne des frottements excessifs sur la plante du pied qui forment un durillon douloureux ("cor au pied"), la cause est donc le conflit avec l'os. Le "cor" reviendra malgré des soins de pédicurie tant que le conflit ne sera pas levé par des semelles orthopédiques ou par une intervention chirurgicale.

En l'absence de traitement adapté, les pressions peuvent engendrer des lésions sur l'articulation métatarsophalangienne voire, entraîner des déchirures ligamentaires et des luxations.

Le chirurgien pratiquera un examen clinique pour évaluer les déformations et observer la pression plantaire. Il aura également besoin d'une radiographie récente dite "en charge", autrement dit, debout avec le pied portant le poids du corps.



Les différents traitements possibles

Le traitement médical

Les soins de podologie peuvent apporter un soulagement temporaire mais ne corrigent pas la cause des douleurs. Une rééducation adaptée et le port de semelles orthopédiques peuvent soulager plus durablement les phénomènes douloureux. Toutefois, si les douleurs et la gêne sont importantes, une intervention chirurgicale peut être proposée.

Le traitement chirurgical

L'intervention DMMO (Distal Metatarsal Invasive Osteotomy) consiste à provoquer des réorientations des têtes des métatarsiens pour une répartition plus harmonieuse du poids du corps sur l'avant-pied. Au CH Perpignan, l'intervention appelée DMMO est pratiquée en ambulatoire en chirurgie percutanée sans utiliser de matériel, vis, plaques. Le patient sort avec une chaussure spéciale avec laquelle il peut marcher pendant un mois. Il n'y a pas de pansement à faire à domicile, le premier pansement est fait en consultation 15 jours après l'opération.

ORTEILS EN GRIFFE

L'orteil en griffe est une déformation occasionnée par un dysfonctionnement des tendons et peut concerner n'importe quel orteil. Une morphologie particulière du pied (orteils trop longs) prédispose à cette déformation qui peut être aggravée par le port de chaussures mal adaptées.



Cette déformation est due à un déséquilibre entre les tendons fléchisseurs et les tendons extenseurs de l'orteil qui a alors tendance à se replier en forme de griffe. La déformation occasionne d'importantes contraintes de compression sur l'articulation, la peau s'épaissit et forme une excroissance couramment appelée "cor" ou "durillon", qui peut être très douloureuse.

Avec le temps, le chaussage et la marche peuvent devenir difficiles, l'articulation peut s'enraider et des douleurs peuvent s'étendre sous la plante de pied (**métatarsalgies**).

Le chirurgien aura besoin d'une radiographie récente dite "en charge" (debout avec le pied portant le poids du corps).



Les différents traitements possibles

Le traitement médical

Pour soulager les phénomènes douloureux, le traitement médical peut proposer la prise d'antalgiques et d'anti inflammatoires, ainsi que le port d'une semelle orthopédique et/ou d'orthèses souples pour soulager les zones douloureuses. Les soins de podologie peuvent soulager momentanément mais ne corrigent pas la cause du problème. Lorsque la gêne fonctionnelle devient trop importante, une consultation chirurgicale doit être envisagée afin de déterminer la prise en charge la plus adaptée.

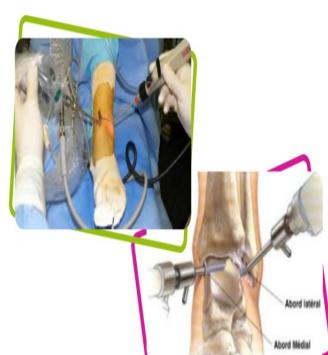
Le traitement chirurgical

La prise en charge d'un orteil en griffe peut demander de faire des allongements des tendons ou des ostéotomies des phalanges ou bien les deux gestes associés. Chaque patient aura une prise en charge personnalisée en fonction de sa déformation. Le geste, au CH de Perpignan, sera réalisé en chirurgie percutanée, à savoir à travers la peau, quasiment sans cicatrice et sans utiliser de matériel, de vis ou de plaque. L'intervention sera réalisée en chirurgie ambulatoire.

Le patient sort en marchant avec une chaussure spécialisée qu'il gardera entre 3 et 4 semaines. Pas de pansement à faire à la maison, le premier pansement sera réalisé en consultation 15 jours post-opératoire.

ARTHROSCOPIE DE CHEVILLE

L'arthroscopie de cheville consiste à pratiquer une petite incision au niveau antéro-médial pour introduire l'optique et une incision antéro-latérale pour introduire les instruments.



Arthroscopie pour conflit antérieur de cheville

Le chirurgien va observer l'état des lésions du cartilage et des ostéophytes (becs osseux) puis introduire un instrument appelé "shaver" (fraise motorisée) qui permet d'enlever les tissus endommagés et ostéophytes.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco régionale décidée avec l'anesthésiste en consultation avant l'opération. Elle se fait en hospitalisation ambulatoire, le patient arrive 1h avant l'opération et sort 3h après avec des béquilles.

L'immobilisation dure 15 jours avec une botte achetée en pharmacie avant l'intervention (remboursée) ; l'appui protégé par des béquilles est autorisé. La rééducation est de 10 à 12 séances à partir de la première consultation postopératoire à 15 jours. L'arrêt de travail, si travail physique, est de 1 mois.

ARTHRODÈSE DE CHEVILLE

Grâce à l'arthroscopie, les incisions sont de petite taille et cette forme de chirurgie est moins invasive que la technique dite à « ciel ouvert ». L'arthrodèse consiste à fusionner les os de la cheville entre eux dans le but d'éliminer les douleurs liées à l'arthrose. Cette intervention n'empêche pas la marche ni la pratique sportive, si le reste des articulations du pied sont saines. Dans un premier temps, le chirurgien enlève le cartilage endommagé, puis la cheville est maintenue par deux vis.

On distingue deux techniques d'arthrodèse :

Arthrodèse de cheville ou arthrodèse tibio-talienne
C'est une fusion des os du tibia et du talus (anciennement astragale).

L'intervention se fait sous anesthésie générale ou loco régionale, à ciel ouvert ou sous arthroscopie en fonction des cas, la technique arthroscopique permettra, en évitant une large ouverture, de diminuer les risques cicatriciels de désunion et d'infection.

L'hospitalisation est de 2 jours en moyenne, l'immobilisation est de 45 jours dans une botte, sans appui.



Arthrodèse sous-talienne
C'est une fusion du calcaneum (talon) et du talus (anciennement astragale) dans les suites d'une arthrose souvent post-traumatique après une fracture du calcaneum.

Cette intervention se fait sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire.

Le patient est immobilisé 45 jours dans une botte, sans appui. La rééducation ne commence qu'après avoir retiré la botte à un mois et demi de l'intervention.



ARTHROSCOPIE POUR CONFLIT POSTÉRIEUR DE CHEVILLE

Les incisions sont de petite taille et cette forme de chirurgie est moins invasive que la technique dite à "ciel ouvert". Avec l'évolution des techniques arthroscopiques et des instruments, l'arthroscopie permet aujourd'hui de traiter un nombre important de pathologies ostéo-articulaires. L'arthroscopie pour conflit postérieur de cheville consiste à pratiquer une petite incision au niveau postéro-latéral pour introduire l'optique et une incision postéro-médiale pour introduire les instruments.

Dans le premier temps opératoire, le chirurgien va observer l'état des lésions du cartilage et la formation d'éventuelles ostéophytes (becs osseux). Dans un second temps, on introduit un instrument appelé "shaver" (fraise motorisée) qui permet d'enlever les tissus endommagés et procéder à la résection des ostéophytes.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, décidé lors de la consultation d'anesthésie. Elle est faite sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire. En post-opératoire, l'immobilisation est de 15 jours avec appui autorisé. La rééducation commence au 15ème jour.

ARTHROSCOPIE DE CHEVILLE POUR CONFLIT RÉTRO-CALCANÉEN "HAGLUND"

L'arthroscopie de cheville pour conflit rétro-calcanéen "Haglund" consiste à pratiquer une petite incision au niveau postéro-latéral pour introduire l'optique et un incision postéro-médiale pour introduire les instruments. Dans le premier temps opératoire, le chirurgien va observer l'état des lésions du cartilage et la formation d'éventuelles ostéophytes (becs osseux).

Dans un second temps, on introduit un instrument appelé "shaver" (fraise motorisée) qui permet la libération du tendon d'Achille et la résection du bord supérieur du calcaneum jusqu'à l'insertion du tendon d'Achille.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, ceci est décidé lors de la consultation d'anesthésie. Elle est faite sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire. En postopératoire, l'immobilisation est de 15 jours avec appui autorisé. La rééducation commence au 15ème jour.

ARTHROSCOPIE POUR LÉSIONS OSTÉOCHONDRALES (LODA)

L'arthroscopie de cheville pour lésions ostéochondrales du dôme sous talien ou sous astragalien (LODA), consiste à pratiquer une petite incision au niveau antéro-médial pour introduire l'optique et une incision antéro-latérale pour introduire les instruments.

Dans le premier temps opératoire, le chirurgien va observer les lésions des tissus, du cartilage et des os. Puis, il va pratiquer un débridement : un nettoyage de l'articulation pour retirer d'éventuels micro-frags. Pour cela, il utilise des curettes ou un instrument appelé "shaver" qui est une fraise motorisée.

Les autres gestes : curetage, avivement, greffe osseuse, mosaïcplastie, ou microfracturing, sont pratiqués soit seuls, soit en combinaison pour obtenir un saignement de l'os spongieux qui, en cicatrisant, favorisera la réparation fibrocartilagineuse.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire. L'immobilisation est de 45 jours, sans appui les 3 premières semaines. La rééducation commence à partir de la 1ère consultation postopératoire.

LIGAMENTOPLASTIE DE CHEVILLE SOUS ARTHROSCOPIE

L'arthroscopie permet aujourd'hui de traiter un nombre important de pathologies ostéo-articulaires.

La ligamentoplastie de cheville traite les cas d'instabilité chronique dans le but d'éviter les entorses à répétition et, avec le temps, l'apparition d'arthrose.

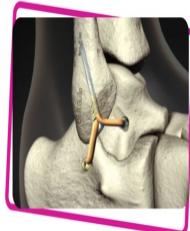
Il existe différentes techniques de ligamentoplastie:



La technique de Borström Gould



consiste à réparer le tendon et le renforcer par une greffe de tissu. Le résultat est donc dépendant de la qualité du tendon qui va être suturé.



La technique de reconstruction anatomique consiste à réparer ou remplacer les ligaments abîmés par un greffon prélevé au niveau du genou.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire. L'immobilisation est de 45 jours, sans appui les 2 premières semaines. La rééducation commence à partir du 15ème jour après la première consultation post-opératoire.

RÉPARATION DU TENDON D'ACHILLE

Il existe de nombreuses techniques de réparation des lésions du tendon d'Achille, dites à ciel ouvert, mini invasive ou sous arthroscopie. La possibilité d'utiliser ces techniques dépend de l'étendue et surtout de l'ancienneté des lésions.

Il est important de pouvoir traiter les ruptures du tendon d'Achille rapidement pour éviter que le tendon ne se rétracte. La réparation d'une rupture "fraîche" du tendon d'Achille sous arthroscopie consiste à pratiquer plusieurs mini incisions le long du tendon afin de le remettre en continuité et de permettre sa cicatrisation. Le premier temps opératoire consiste en un débridement tendineux (nettoyage et libération), puis la réparation proprement dite consiste en une suture des deux extrémités du tendon rompu.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, en chirurgie ambulatoire, en utilisant une technique mini invasive. L'immobilisation est de 45 jours, sans appui.