

Le traitement chirurgical de l'hallux valgus

Environ 10 % de la population présente un hallux valgus : une déviation du gros orteil vers l'extérieur qui peut chevaucher le 2^{ème} orteil ; cette projection de la base du gros orteil provoque un épaississement de la peau (c'est ce que l'on appelle un oignon) et une inflammation due aux frottements répétés avec la chaussure.

Cette déviation est responsable de douleurs, de difficultés à se chauffer, et de déformation de l'avant-pied. Lorsque la douleur et la gêne sont importantes, l'opération est conseillée.

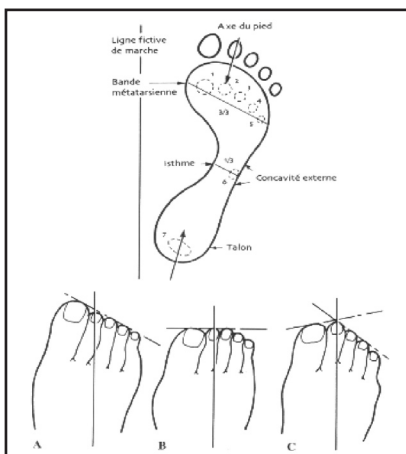


La forme de l'avant-pied dépend de la taille du gros orteil par rapport au 2^{ème} orteil :

A - Le pied égyptien est le plus fréquent (le gros orteil est plus long que le 2^{ème} orteil) et souvent associé à un avant-pied large.

B - Le pied carré moins fréquent (le gros orteil est aussi long que le 2^{ème} orteil).

C - Le pied grec est le plus rare (le gros orteil est plus court que le 2^{ème} orteil).



Assise de référence. Correspond à l'étalement au sol grâce au capiton plantaire des 7 piliers osseux du pied. Les 3 canons majeurs des orteils :

A - Egyptien, hommes 61 %, femmes 56 %.

B - Carré, hommes 24 %, femmes 28 %.

C - Grec, hommes 15 %, femmes 16 %.

L'hallux valgus peut être une malformation congénitale qui devient généralement douloureuse au moment de l'adolescence, ce qui incite à pratiquer une intervention chirurgicale à la fin de la croissance.

Dans plus de 90 % des cas, l'hallux valgus débute entre 40 et 50 ans. Il concerne plus particulièrement les femmes.

On n'en connaît pas encore précisément les causes mais un certain nombre de facteurs sont soupçonnés :

Des facteurs génétiques (avant-pied large et premier orteil long caractéristique des pieds dits "égyptiens").

Le port de certains types de chaussures (port de talon haut, de chaussures à bouts pointus qui compriment l'avant-pied).

L'âge, la ménopause qui entraînent un relâchement des structures fibreuses favorisant l'élargissement de l'avant-pied et l'effondrement de l'arche interne.

Cette déformation peut être associée à des griffes d'orteils, accompagnées de durillons, arthrose ou des complications cutanées dans les zones de frottement.

La chirurgie est réservée aux formes douloureuses et/ou aux déformations importantes.

Après une analyse précise des symptômes et de la forme de l'avant-pied, on adapte individuellement l'intervention, en associant si nécessaire plusieurs gestes chirurgicaux.

Plus d'un millier de techniques chirurgicales a été décrit. Nous pratiquons une technique chirurgicale qui a démontré, et depuis des années en France et dans le monde, son **efficacité, fiabilité et adaptabilité** : c'est l'ostéotomie du scarf (technique de charpentier). Elle consiste à corriger la déformation et à réorienter le premier métatarsien et la première phalange par

une ostéotomie stabilisée par des vis en titane et agrafe métallique à mémoire de forme.

Cette intervention peut être



pratiquée sous anesthésie loco-régionale ou générale et complétée par un bloc d'anesthésie au niveau de la cheville afin de donner un effet antalgique important post-opératoire.

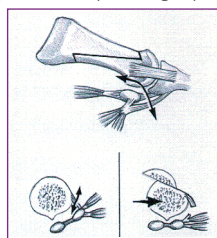
La marche est reprise au deuxième jour post-opératoire avec une chaussure spéciale.

L'auto rééducation est débutée rapidement et la rééducation proprement dite est réalisée par un kinésithérapeute au bout d'un mois.



Actuellement, la chirurgie de l'hallux valgus, grâce à une technique chirurgicale aboutie et codifiée, à l'antalgie post-opératoire et à la reprise rapide de l'appui et de la mobilité, donne des suites simples et une solution durable à cette déformation de l'avant-pied douloureuse.

Docteur Morhaf KABBACHE



Libération latérale