



QU'EST-CE QUE C'EST ?

s'agit de la déformation d'un ou plusieurs orteils qui sont recourbés à leur extrémité et en quelque sorte comme « rétractés ». Ils perdent ainsi progressivement leur flexibilité naturelle, et par conflit avec la chaussure, sont responsables de l'apparition de cors très douloureux.

La souplesse de l'orteil conditionne les indications chirurgicales.

LES CAUSES

- L'hérédité : la déformation peut être **congénitale**. Il s'agit plus souvent alors de déformations dans le plan horizontal, appelées « clinodactylies » (pour l'hallux on parle de « crosse latérale »).



- Le rôle de la **chaussure** : les chaussures étroites et pointues mais aussi certaines chaussures de sport peuvent être contraignantes. Les talons hauts surchargent et compriment les orteils.
- Certaines **maladies inflammatoires** (polyarthrite rhumatoïde surtout) ou **neurologiques** (séquelles d'accidents vasculaires cérébraux).
- Certains troubles statiques et tout particulièrement le **pied creux**.
- La griffe d'orteil est fréquemment associée à un hallux valgus, des douleurs plantaires d'appui (métatarsalgies) et/ou un raccourcissement de l'enveloppe des muscles du mollet (« brièveté de la chaîne postérieure »).



LES CONSÉQUENCES

> DIRECTES : sur l'orteil lui-même



La déformation peut siéger dans l'articulation entre la 1^{re} (P1) et la 2^e (P2) phalange de l'orteil (orteil en « marteau »), ou dans celle entre la 2^e et la 3^e (P3) phalange (orteil en « maillet »). Elle s'accompagne d'une rétraction des tendons fléchisseurs et/ou extenseurs de l'orteil.

Le cor reste la zone douloureuse la plus importante et parfois si gênante qu'il empêche le chaussage. Il peut aussi s'enflammer voire s'infecter.



DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES GRIFFES D'ORTEILS

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX



> INDIRECTES : sur les autres orteils

Les rapports des orteils entre eux sont modifiés surtout quand ils passent les uns sur ou sous les autres. On peut ainsi voir apparaître un « œil de perdrix » ou « cor humide » entre deux orteils.

Le mauvais fonctionnement et l'enraidissement d'un ou plusieurs orteils sont responsables d'un excès d'appui sous les têtes métatarsiennes (« métatarsalgies ») et à terme d'une dislocation articulaire (« luxation ») et ces deux pathologies s'auto-aggravent mutuellement.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES UTILES

Les radiographies de face et de profil **en charge** sont indispensables pour évaluer l'importance des déformations et juger des rapports osseux. Permet aussi de faire le bilan de l'hallux valgus fréquemment associé.

TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical précoce soulage la pression sur les cors et peut agir sur les déformations tant qu'elles sont encore réductibles.



- PROTECTEUR D'ORTEIL(S) SUR MESURE OU ORTHOPLASTIE qui limite le frottement.
- CHAUSSAGE large adapté, anti-inflammatoires, soins de pédicurie locaux.

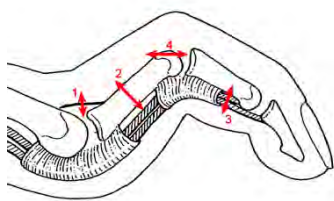
■ SEMELLES OU ORTHÈSE PLANTAIRES : soulagent en équilibrant les appuis métatarsiens et peuvent allonger des orteils encore souples.

■ RÉÉDUCATION : elle préserve la souplesse articulaire, renforce certains muscles et en étire d'autres (chaîne postérieure) ; elle soulage l'inflammation.



TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est indiqué en cas de griffe rigide ou d'échec du traitement médical. La chirurgie percutanée est actuellement la technique de choix, car elle permet d'une part, d'éviter les complications vasculaires et cutanées (rétraction, nécrose), et d'autre part, de combiner des gestes sur les parties molles (tendons) et sur l'os :



- Gestes sur les parties molles :
 - section de tendon(s) fléchisseurs(s) (3) et/ou extenseur(s)
 - allongement par section de l'enveloppe articulaire rétractée (1)
- Gestes sur l'os :
 - fracture (section osseuse) de la 1^{re} et/ou de la 2^e phalange (2)
 - résection d'une saillie osseuse articulaire ou non (4).

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES GRIFFES D'ORTEILS

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX



Dans certains cas, il faut parfois bloquer l'articulation douloureuse en bonne position (arthrodèse). Ceci ne peut se faire que par une chirurgie plus classique en mettant en place un petit implant à ce niveau.

Il existe des variantes techniques : votre chirurgien choisit en fonction de ses habitudes et de votre cas. En cours d'opération, il doit parfois s'adapter et faire des gestes supplémentaires.

Les fragments osseux déplacés ne sont pas fixés avec du matériel sauf en cas d'arthrodèse interphalangienne ; les implants utilisés dont il existe plusieurs sortes, sont variable biocompatibles et laissés en place.

LES PARTICULARITÉS DE CETTE CHIRURGIE EN CAS DE GRIFFES ISOLÉES SUR UN OU PLUSIEURS ORTEILS

- L'intervention est réalisée sans **garrot** de cheville (chirurgie percutanée).
- Sa durée est d'environ 30 minutes.
- L'anti-coagulation n'est pas nécessaire sauf facteur de risque particulier (elle dure alors 12 jours).
- Une chaussure médicalisée sera portée durant trois semaines après l'intervention vous permettant un déplacement aisé.
- Le pansement est enlevé à partir du 15^e jour.
- Parfois, une orthoplastie en silicone est confectionnée pour 8 jours de plus, des bandelettes élastiques peuvent être nécessaires pour maintenir les orteils quelques semaines supplémentaires.
- La rééducation et le déroulé du pas commencent après la 3^e semaine selon un protocole.
- La conduite n'est pas autorisée pendant 4 semaines.
- Pendant 6 semaines en tout, les orteils sont fragiles, il faut porter une chaussure confortable.
- L'arrêt de travail est d'environ 1,5 mois.
- Les activités normales **LÉGÈRES** (voyage, randonnée...) peuvent être reprises après 2 mois, les sports d'impulsion après 4 mois.

LE PANSEMENT

Il est fondamental. En effet, les fractures ne sont pas fixées (ni vis, ni agrafes ni broches), ce sont les compresses qui guident la consolidation. Les fractures sont malléables pendant 3 à 6 semaines. Il n'y a **pas** de point sur la peau, ou ils sont **résorbables** : il ne faut pas les enlever ; ils tombent seuls. **Ainsi, le pansement réalisé au bloc opératoire ne doit pas être touché à domicile avant la date prévue.** Vous devez contacter le Centre du Pied en cas d'anomalie et/ou de douleur importante. Il sera refait en général au 15^e jour et les compresses remplacées par des bandes élastiques et/ou de petits appareillages réalisés en pâte de silicone sur mesure selon le geste réalisé. Cette 2^e contention, amovible en général pour la douche et la rééducation, doit être conservée 4 semaines supplémentaires et peut faire l'objet de « réajustements ».

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES GRIFFES D'ORTEILS

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

LA RÉÉDUCATION

Votre participation est essentielle pour un bon résultat. Un protocole ainsi qu'une ordonnance vous seront remis après l'opération, pour votre kinésithérapeute.

Auto-rééducation immédiate : vous pouvez mobiliser votre cheville et essayer de reproduire avec votre pied les 6 lettres de l'alphabet.

Avec **un kinésithérapeute à partir du 21^e jour, et selon le protocole**, vous commencez une série de 20 séances de rééducation (pensez à les réserver à l'avance à raison de 3 séances par semaine).

Il s'agit de récupérer les amplitudes articulaires, rééduquer la marche en travaillant l'appui propulsif des orteils, masser les cicatrices et lutter contre l'œdème : la mobilisation se porte à la fois sur le 1^{er} rayon et les rayons latéraux. **Les ostéotomies percutanées seront mobilisées avec prudence avant le 45^e jour** (montrez au kinésithérapeute votre feuille de consignes et votre protocole opératoire).

LE SUIVI

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre chirurgien, aller aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passer les examens de contrôle. Ces **visites post-opératoires** sont importantes, habituellement des entre 1,5 et 2 mois, **entre 4 et 6 mois** puis annuellement après l'intervention. À distance ce suivi pourra être remplacé par des contrôles radiographiques.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

> LA DOULEUR

Elle disparaît généralement pour les cas simples. Le résultat peut être moins bon lorsqu'on est opéré à un stade plus avancé (griffes très déformées, fixées, cor très inflammatoire par exemple) ou en cas de reprise d'une chirurgie antérieure. La chirurgie améliore cependant la situation.

> ARRÊT DE TRAVAIL ET REPRISE DES ACTIVITÉS HABITUELLES

4-6 semaines pour des griffes isolées

2-3 mois en cas de chirurgie hybride

Si votre activité professionnelle nécessite une station debout prolongée ou de longs trajets à pied, **l'arrêt de travail peut être prolongé à 2,5 mois** pour un hallux valgus voire 6 mois en cas de chirurgie complexe.

Le fonctionnement des orteils dépend de nombreux facteurs parmi lesquels votre âge, la rééducation et l'usure de votre articulation (arthrose). **IL FAUT PROTÉGER VOTRE PIED.**

> LES ACTIVITÉS SPORTIVES

Vous pouvez recommencer la natation, la marche (randonnée courte) et le vélo à partir du 30^e jour. Nager est même vivement recommandé une fois la cicatrisation terminée pour accélérer la récupération. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football...) sont autorisés après environ 4 mois en fonction de la consolidation et du type d'intervention. Il ne faut pas faire subir à votre pied des contraintes qu'il n'est pas en mesure de supporter. N'hésitez pas à interroger votre chirurgien si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES GRIFFES D'ORTEILS

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

QUESTIONS FRÉQUENTES

- **Est-ce douloureux ?** Grâce à la prise en charge anesthésique et chirurgicale moderne, cette chirurgie réputée douloureuse ne l'est en principe plus.
- **Quel est le type d'anesthésie ?** Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une anesthésie loco-régionale qui n'endort que le pied et la jambe. Néanmoins, dans certains cas (certains types d'intervention, malade anxieux, ...) il est nécessaire de réaliser une anesthésie générale.
- **Y-a-t-il des soins infirmiers ?** En règle générale, le premier pansement est refait par nos soins au cabinet le 15^e jour. Ensuite, une simple bande élastique cohésive, qui pourra être retirée quotidiennement pour la douche, permet de lutter contre l'œdème. Un film spécial peut être appliqué sur les plaies pour les protéger encore quelques jours. Une petite cale en silicone (orthoplastie) est souvent réalisée au cabinet pour maintenir quelques semaines supplémentaires la correction de la (des) fracture(s) non fixée(s). La douche est possible après ce premier pansement. En cas de douleur anormale, d'un écoulement ou de toute autre anomalie, il faut prendre contact avec le secrétariat pour revenir consulter, ne pas prendre d'antibiotiques (y compris en application locale).
- **Peut-on opérer les deux pieds à la fois ?** Il est possible de faire les deux pieds à la fois s'il s'agit de griffes isolées. Si le traitement doit être complet sur l'avant pied (hallux valgus, voire métatarsalgies associées), cela est déconseillé du fait d'un handicap immédiat trop important et d'une perte de bénéfice pour la rééducation du pied valide.
- **Quand pourrais-je reconduire ?** Entre la 3^e et la 6^e semaine.
- **Combien de temps suis-je arrêté(e) ?** L'arrêt de travail est compris entre 4 et 6 semaines pour des griffes seules et peut être prolongé jusqu'à trois mois pour une chirurgie plus complète surtout si vous devez effectuer de longs trajets à pied ou si votre activité nécessite une station debout prolongée.
- **Quand pourrais-je reprendre une activité sportive ?** La natation est autorisée au 30^e jour. Le vélo peut être débuté entre le 30^e et le 45^e jour, les courtes marches après 2 mois. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football...) peuvent être débutés après le 4^e mois, à condition que les douleurs soient absentes. Pour le sport de haut niveau (ex: marathon), il faut compter 6 mois.
- **Quand puis-je voyager ?** Avant 6 à 8 semaines les vols long-courriers sont déconseillés pour le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire. En revanche un vol intérieur ou un voyage en train sont possibles dès la sortie de la clinique. Le matériel métallique que vous portez ne fait pas sonner les portiques de sécurité. Les voyages touristiques avec marches sont possibles après 4 mois.
- **Quand pourrais-je me rechausser ?** La marche avec talons est possible généralement après le 4^e mois. Il est recommandé de ne pas dépasser 4 cm sauf de façon exceptionnelle (soirée). Au bout du 6^e mois, il est généralement possible de chausser des chaussures de ville fine (escarpins...).
- **Serais-je remboursé de mes transport ?** Le remboursement pour les visites et l'hospitalisation est variable en fonction de votre centre de sécurité sociale qu'il vous faudra contacter.
- **Le matériel implanté doit-il être retiré ?** En règle générale, il peut tout à fait rester en place et ne sera retiré qu'en cas de gêne, parfois tardive (après 1 an). Cependant dans certains cas, cette ablation est plus systématique.
- **Qu'attendre de cette chirurgie ?** Les résultats ont été améliorés, d'une part par l'hyperspécialisation, et d'autre part par l'émergence de nouvelles techniques moins invasives. Le taux de bons et très bons résultats est compris entre 90% et 95%

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES GRIFFES D'ORTEILS

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

LES RISQUES DE LA CHIRURGIE

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Un certain nombre de complications est très significativement augmenté par une intoxication tabagique (trouble de cicatrisation, infection, problème de consolidation osseuse) : l'arrêt du tabac est donc INDISPENSABLE au moins 3 mois AVANT tout geste chirurgical programmé.

Il existe des risques communs à toutes les opérations (voir fiche de consentement éclairé) :

- **infection** dont le taux dans la littérature reste < 3% ;

- **syndrome douloureux régional ou algodystrophie** < 3% (il s'agit d'une réaction réflexe de l'organisme à une agression et chez certaines personnes en particulier : cela se traduit par essentiellement par des douleurs et un enraidissement des articulations au voisinage de la zone opérée et parfois plus à distance). Afin de prévenir spécifiquement ce risque et d'en diminuer l'incidence de 50%, un traitement de vitamine C à la dose d'un gramme par jour durant 3 semaines en commençant la veille de l'intervention peut vous être prescrit.

La chirurgie de l'avant pied n'est pas reconnue comme favorisant les **phlébites** (caillot de sang bouchant une veine de la jambe) : leur prévention par une piqûre quotidienne d'héparine n'est donc pas nécessaire à moins que l'équipe médicale ne relève un ou plusieurs facteurs de risque reconnu(s) qui conduiraient à mettre en place un tel traitement pour une courte période.

De plus, en fonction de votre état de santé, vous êtes plus ou moins exposés à d'autres risques : l'anesthésiste évaluera au mieux ces derniers lors de la consultation.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont plus spécifiques de ce type d'intervention. Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes chirurgicaux complémentaires ou une nouvelle opération.

> PENDANT L'INTERVENTION

Des difficultés peuvent se poser chez les personnes possédant des os particulièrement fragiles qui risquent de se casser, ou si le matériel que le chirurgien veut mettre en place ne s'accorde pas bien à vous.

> APRÈS L'INTERVENTION

La raideur : les ostéotomies de ce type peuvent entraîner une perte de mobilité. Les orteils sont moins flexibles. La qualité tissulaire du patient est déterminante et non prévisible ; une mobilisation sous anesthésie voire une arthrolyse (libération articulaire) percutanée peuvent être indiquées dans certains cas.

L'hématome : il peut s'accompagner de douleurs lancinantes et est un facteur favorisant les infections. On le prévient en suivant les consignes post-opératoires de prudence à la reprise de la marche dans les premiers jours. Une fois avéré, il nécessite un glaçage régulier jusqu'à sa disparition en trois semaines environ.

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES GRIFFES D'ORTEILS

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

Le gonflement (œdème) : n'est pas à proprement parler une complication, mais un élément normal des suites opératoires. Il dépend bien sûr du nombre de fractures nécessaires à traiter votre cas, mais également de particularités qui vous sont propres, en particulier, la qualité de votre réseau veineux. Selon son importance, il sera pris spécifiquement en charge par des cataplasmes d'argile verte qu'il est fortement conseillé de démarrer dès la fin du premier mois (la cicatrisation cutanée doit être parfaite), voire, des drainages lymphatiques fait par le kinésithérapeute.

Les complications neurologiques : l'anesthésie (perte de sensibilité) d'un côté de l'orteil est exceptionnelle (plusieurs rameaux nerveux donnent la sensibilité d'un orteil) ; l'un de ces nerfs peut être abîmé, étiré au cours de l'intervention entraînant une diminution de la sensibilité (hypoesthésie), ou plus rarement des fourmis (paresthésies). Ces signes en général sont régressifs.

Les troubles de la cicatrisation (simple retard ou désunion) sont plutôt associés à la technique classique où la cicatrice est plus importante. Ils sont favorisés par une reprise précoce des activités ou un hématome post-opératoire et augmentent le risque infectieux. En cas de chirurgie percutanée, on peut voir apparaître des cicatrices nodulaires qui seront prises en charge par des techniques de désensibilisation particulières à base de massages.

La correction de la déformation est stable dans le temps, cependant **une insuffisance de correction**, souvent bien tolérée, peut survenir pour différentes raisons : déformation très sévère, tissus capsulo-ligamentaires de mauvaise qualité, notamment lorsque des épisodes de « cors inflammatoires » ont précédé l'intervention, voire insuffisance dans le geste qui a été réalisé. Il existe enfin de véritables récidives alors que le résultat était parfait. Dans la littérature et selon les techniques, ce taux oscille entre 5 et 10%.

Les complications osseuses : en raison des coupes réalisées sur les os (ostéotomies) et de l'immobilisation partielle qui suit l'intervention, vos os sont moins solides et risquent de se casser plus facilement (**fracture**) ou de se déplacer (**déplacement du matériel** en cas d'arthrodèse inter phalangienne et plus tardivement après consolidation, **cal vicieux**). Il faut donc être très prudent quand vous recommencez appuyer sur l'avant de votre pied. Il faut éviter tout choc dessus ainsi que les marches prolongées pendant 2 à 4 mois. Les **retards de consolidation** sont parfois observés jusqu'à 1 an, rarement plus et peuvent s'accompagner de douleurs. Les **pseudarthroses** (absence de consolidation) sont exceptionnelles et ne seront réopérées que si elles sont douloureuses. En cas d'arthrodèse inter phalangienne, la consolidation radiologique n'est pas forcément obtenue (environ 85%) mais ne compromet nullement le résultat fonctionnel (bon ou excellent dans > 95%) : ces **pseudarthrodèses** nécessitent exceptionnellement un geste de reprise chirurgicale. Les **nécroses osseuses** (mort de l'os autour de la zone d'ostéotomie) sont elles aussi très rares (elles se voient essentiellement après chimiothérapie) et plutôt l'apanage des chirurgies agressives. Enfin, l'**arthrose** post-opératoire (métatarso phalangienne ou inter phalangienne) reste possible nécessitant parfois la réalisation secondaire d'une arthrodèse (blocage articulaire) ou la mise en place d'une prothèse.

Rassurez-vous, votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.