

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



## DE QUOI S'AGIT-IL ?

Vous avez déjà été opéré(e) de votre hallux valgus et ce pied ne va pas bien,  
- soit que vous constatiez une insuffisance du résultat attendu,  
- soit qu'il existe une récurrence de la déformation,  
- soit que des problèmes sur les orteils voisins soient apparus secondairement (griffe d'orteil, douleurs plantaire, malposition des petits orteils entre eux...)



## LES CAUSES :

- Une maladie évolutive (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Parkinson...)
- Une insuffisance technique de correction
- Une authentique récurrence, totalement imprévisible
- Une complication post-opératoire (infection, débricolage du matériel, mauvaise consolidation...)

## LES CONSÉQUENCES :

### ■ DIRECTES : sur le gros orteil lui-même

La récurrence du conflit entre l'exostose (« oignon ») et la chaussure peut entraîner une simple **rougeur**, une **inflammation** voire une **bursite** avec risque d'infection. Elle peut être exacerbée par la présence à ce niveau d'une cicatrice opératoire. L'arthrose peut apparaître et enraidir progressivement l'articulation.



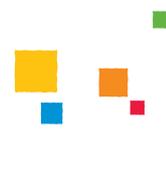
### ■ INDIRECTES : sur les autres orteils

Elles sont très fréquentes : il s'agit essentiellement de **griffes** (orteils en marteau) avec cors dorsaux ou sur la pulpe de l'orteil, œil de perdrix (cor humide entre 2 orteils), ou de **douleurs plantaires** (« métatarsalgies ») qui s'accompagnent de durillons sous la plante du pied.



# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR L'HALLUX VALGUS DEJA OPERE

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



## TRAITEMENT MEDICAL :



Il est souvent dépassé dans ces cas et les problèmes de chaussage peuvent être considérables. Il peut soulager la pression sur l'« oignon » et les orteils voisins mais ne corrige pas la déformation.

- **ECARTEUR SUR MESURE OU ORTHOPLASTIE** qui soulage les structures étirées, ou simple protection de « l'oignon » limitant le frottement.
- **CHAUSSAGE** large adapté, anti-inflammatoires, soins locaux.
- **SEMELLES OU ORTHESES PLANTAIRES** : soulagent en équilibrant les appuis
- **REEDUCATION** : elle préserve la souplesse articulaire, renforce certains muscles et soulage l'inflammation

## TRAITEMENT CHIRURGICAL :



La chirurgie de reprise s'apparente dans certains cas à un « sauvetage » fonctionnel. Elle ne pourra pas toujours rétablir un fonctionnement normal du pied. Elle vise par différentes techniques à reprendre « tout ce qui ne va pas », en sachant qu'il est parfois impossible de tout corriger. Cette chirurgie *difficile* présente des risques accrus de complications car les tissus déjà agressés sont plus fragiles, et ne sont pas forcément irrigués normalement par le sang. Dans ces conditions, il apparaît **indispensable de suspendre toute intoxication tabagique 3 mois avant le geste proposé** (le tabac en bouchant les micro-vaisseaux qui irriguent les os et la peau augmente très significativement le risque de complications).

Très souvent il faut reprendre ce qui a été fait, retirer tout ou partie du matériel déjà posé (vis, agrafe...), en remettre d'autre, réaliser des gestes complémentaires. En pratique, cela se traduit par des sections de l'os (**ostéotomies**) du 1er métatarsien, de ses voisins (2 à 5) et/ ou des phalanges I des orteils, associée à une libération des tissus rétractés.



Chirurgie  
Hybride

Les fragments osseux déplacés sont fixés avec un matériel variable (vis, agrafes, broches) biocompatible qui est laissé en place sauf en cas de gêne où il faut l'enlever.

Il existe des variantes techniques : votre chirurgien choisit en fonction de ses habitudes et de votre cas. En cours d'opération, il doit s'adapter et parfois faire des gestes supplémentaires rallongeant l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR L'HALLUX VALGUS DEJA OPERE

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

## VARIANTES TECHNIQUES :

### La chirurgie percutanée :

C'est une technique régulièrement pratiquée en France depuis 2002 qui consiste à effectuer les gestes opératoires par des mini-incisions en utilisant des instruments particuliers sous contrôle radiographique et à maintenir les corrections à l'aide d'un pansement rigoureux car les ostéotomies ne sont pas fixées avec un matériel d'ostéosynthèse. Cette technique est largement utilisée sur les orteils 2 à 5 et sur la 1<sup>ère</sup> phalange du gros orteil réalisant une **chirurgie mixte ou hybride**, mini-invasive.



### Autres types d'ostéotomies :

Votre chirurgien peut opter pour une technique qui peut être différente de celle décrite plus haut, en fonction de votre cas. La différence peut-être dans la longueur et la position de l'incision opératoire, dans l'orientation des traits d'ostéotomies, dans le type de matériel utilisé, et enfin dans la durée des suites opératoires.



### L'arthrodèse métatarso-phalangienne du gros orteil :

Elle est parfois inévitable. C'est un blocage de l'articulation réalisé à l'aide d'un matériel d'ostéosynthèse variable (vis, agrafes, plaques, broches...). Elle permet de supprimer les douleurs d'une articulation très abîmée (arthrosique). Le déroulement du pas reste possible ainsi que la marche sur la pointe des pieds, la position accroupie et la pratique du sport. Le port de talons hauts (plus de 4 centimètres) est compromis.



## LES PARTICULARITES DE CETTE CHIRURGIE DE REPRISE :

L'intervention est réalisée sous **garrot** de cheville.

La durée de l'intervention est d'environ 45 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 à six semaines après l'intervention vous permettant un déplacement aisé.

Le pansement est enlevé à partir du 15<sup>e</sup> jour.

Parfois, une orthoplastie en silicone est confectionnée pour 8 jours de plus, des bandelettes élastiques peuvent être nécessaires pour maintenir les petits orteils quelques semaines supplémentaires.

La rééducation et le déroulé du pas commencent après la 3<sup>e</sup> semaine, parfois un peu plus tard selon un protocole.

La conduite n'est pas autorisée pendant 4 à 8 semaines.

Pendant 6 semaines en tout, le gros orteil est fragile, il faut porter une chaussure confortable.

L'arrêt de travail est d'environ 2 mois.

Les activités normales **légères** (voyage, randonnée...) peuvent être reprises après 2 mois, les sports d'impulsion après 4 mois.

## QUESTIONS FREQUENTES

- **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 en consultation le 15e jour. Ensuite, une simple bande élastique cohésive, qui pourra être retirée quotidiennement pour la douche, permet de lutter contre l'oedème. Un film spécial peut être appliqué sur les plaies pour les protéger encore quelques jours. Une petite cale en silicone (orthoplastie) est parfois prescrite ou réalisée au cabinet pour maintenir quelques jours supplémentaires la correction d'une fracture non fixée. 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 service pour revenir consulter, ne pas prendre d'antibiotiques (y compris en application locale).
- **Peut on opérer les deux pieds à la fois ?** Il est déconseillé de reprendre les deux pieds à la fois 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 4e et la 6e semaine.
- **Combien de temps suis-je arrêté(e) ?** L'arrêt de travail est compris entre 6 et 8 semaines et peut être prolongé jusqu'à trois mois si vous devez effectuer de longs trajets à pied ou si votre activité nécessite une station debout prolongée. Il peut exceptionnellement être de six mois en cas de chirurgie complexe.
- **Quand pourrais-je reprendre une activité sportive ?** La natation est autorisée au 30e jour. Le vélo peut être débuté au 45ème jour, les courtes marches après 2 mois. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football, ...) peuvent être débutés après le 4ème 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 4e mois. Il est recommandé de ne pas dépasser 4 cm sauf de façon exceptionnelle (soirée). Au bout du 6e mois, il est généralement possible de chausser des chaussures de ville fines (escarpins, ...).

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR L'HALLUX VALGUS DEJA OPERE

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

- **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 de cette chirurgie difficile 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 se situe aux alentours de 80%.

## 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.

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

- **infection** dont le taux est supérieur à celui d'une chirurgie de première intention (aux alentours de 4%) ; il est favorisé par une moins bonne vascularisation des tissus, déjà opérés. Le taux augmente radicalement avec le nombre d'interventions chirurgicales réalisées antérieurement.

- **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 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. Parfois il est très difficile de retirer le matériel présent ce qui complique sérieusement l'intervention et peut obliger à changer la technique opératoire prévue.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR L'HALLUX VALGUS DEJA OPERE

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

## APRES L'INTERVENTION

**La raideur** : les ostéotomies de ce type peuvent entraîner une perte de 15 à 20° de mobilité. La flexion dorsale est souvent excellente, par contre, une raideur en flexion plantaire est habituelle ce qui incite à éviter cette technique chez les grimpeurs de bon niveau ou chez les patients souvent à genoux. La qualité tissulaire du patient est déterminante et non prévisible ; une mobilisation sous anesthésie générale voire une arthrolyse (libération articulaire) percutanée peuvent être indiquées après trois mois.

**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.

**Les complications neurologiques** : l'anesthésie (perte de sensibilité) sur la cicatrice est banale ; le nerf 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 également plus fréquents que pour une chirurgie de première intention. Ils sont favorisés par le tabagisme, le nombre d'interventions antérieures, une reprise précoce des activités ou un hématome post-opératoire. Ils augmentent le risque infectieux.

La correction de tous les problèmes n'est pas garantie :

- **une insuffisance de correction**, souvent bien tolérée, est banale pour différentes raisons : déformation très sévère, tissus de mauvaise qualité, insuffisance dans le geste réalisé. Le taux est supérieur à 10%.
- **l'excès de correction (hallux varus)** toujours mal toléré n'est pas classique dans ce cas.

Les complications osseuses : en raison des coupes à nouveau 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 (**débricolage du matériel**, 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) seront réopérées si elles sont douloureuses. Elles sont rares < 1% dans la littérature. **Les nécroses osseuses** (mort de l'os autour de la zone d'ostéotomie) sont plus fréquentes que dans la chirurgie de première intention autour de 2% et plutôt l'apanage des chirurgies agressives. Enfin, **l'arthrose** postopératoire est également plus fréquente nécessitant parfois la réalisation secondaire d'une arthrodèse (blocage articulaire).

**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.**