

Introduction

Vous entrez dans notre service pour être opéré de l'hallux valgus. Cette déviation du gros orteil vers l'extérieur est souvent associée à une proéminence de la tête du premier métatarse (oignon). Cette bosse peut entraîner une inflammation (bursite) et devient alors douloureuse car source de conflit dans la chaussure.

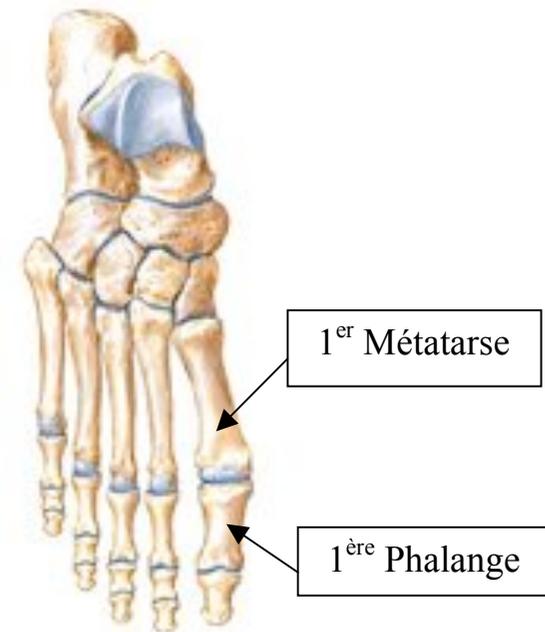


De nombreuses techniques chirurgicales sont proposées : nous vous en présenterons quelques

unes ainsi que la préparation et les suites de cette opération.

Bien sûr, toute l'équipe se fera un plaisir durant votre hospitalisation, de vous ré expliquer les points que vous n'auriez pas compris.

Un peu d'anatomie



Quelles sont les causes de l'hallux valgus ?

Les causes de l'hallux valgus sont toujours difficiles à définir mais il existe des facteurs prédisposant :

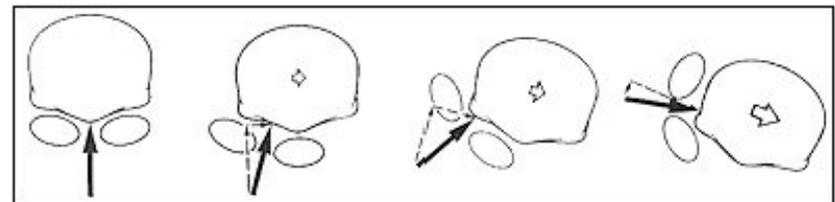
- Prédilection congénitale dans 1/3 des cas:
 - Premier métatarsien court
 - Hallomégalie (premier orteil trop long) ou pied égyptien
- Prédilection selon le sexe (95% chez la femme)
- Rôle de la chaussure (chaussure à talons, à bout serré)

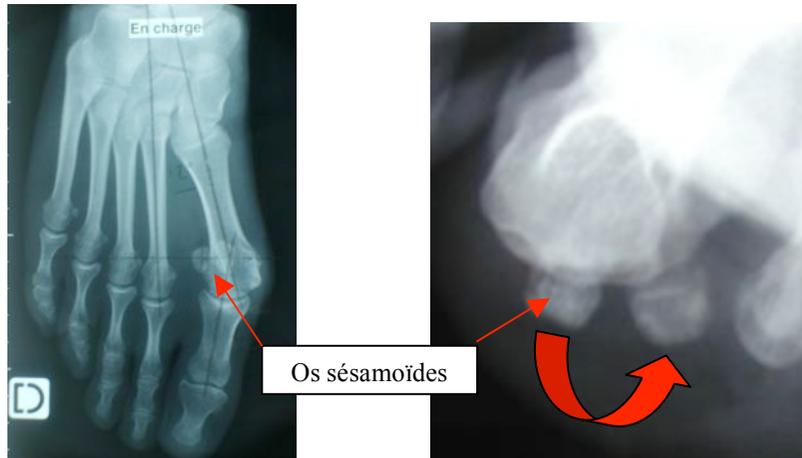


- Hyper laxité
- Anomalies du pied (plat, creux)
- Traumatisme du gros orteil plus rare

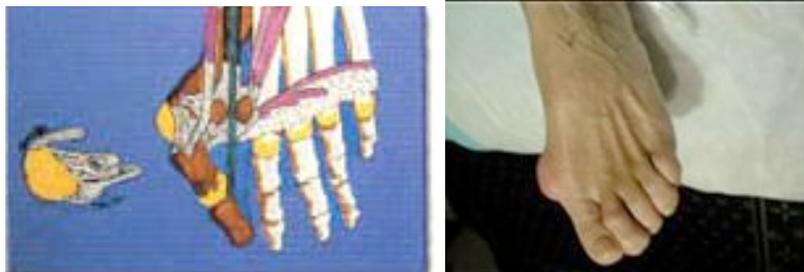
Comment la déformation apparaît-elle ?

Le gros orteil (hallux) est dévié en dehors (valgus) et la tête du premier métatarsaire en dedans (varus). Les sésamoïdes apparaissent luxés entre le premier et le deuxième métatarsaire.





Les tendons fléchisseurs prennent la corde de l'arc, se rétractent et aggravent l'hallux valgus. Les attaches capsulo-ligamentaires internes se détendent, celles du côté externe se rétractent, ce qui fixe la déformation.



Quelles sont les conséquences de cette déformation ?

L'hallux valgus et ses conséquences représentent 90% de la pathologie de l'avant pied. Le chaussage et la marche deviennent douloureux voire impossibles.

➤ Au niveau de l'oignon :

- Bursite qui peut s'infecter avec risque d'infection articulaire sous-jacente et de perte de la fonction par arthrodèse (blocage de l'articulation), nécessitant parfois la pose d'un fixateur externe.



➤ Au niveau des orteils voisins :

- Déviation externe quand ils sont refoulés par le valgus du gros orteil très inesthétique.
- Griffes avec cor conflictuel avec la chaussure et risque de surinfection (orteil en marteau).
- Métatarsalgies (douleur en regard des têtes métatarsiennes) du deuxième rayon surtout par hyper appui réactionnel à l'insuffisance du gros orteil, avec durillon d'appui et risque de luxation.



Quel est le but de la chirurgie ?

C'est bien sûr de corriger les déformations pour rétablir l'appui du pied sur le premier métatarsien et la position des sésamoïdes. Pour cela il est nécessaire de:

- Détendre l'articulation métatarso-phalangienne (libération externe) par une incision sur le dos du pied entre le premier et le second métatarsien.
- Ré axer le premier métatarsien par une ostéotomie (ostéo = os, tomie = couper). Cette ostéotomie sera fixée par 1 ou (j'ai enlevé le trait) 2 petites vis enfouies, voire une mini- plaque vissée qui ne seront pas retirées.
- Ré axer la phalange voire l'accourcir en cas d'hallomégalie par une ostéotomie fixée également par une vis ou une petite plaque vissée.

Le geste chirurgical au niveau du métatarsien et de la phalange nécessite une incision à la face interne du gros orteil.



Dans le service, 3 types d'interventions sont réalisés sur le métatarsien associé à une ostéotomie de la phalange. Aucune n'est supérieure à une autre. Le choix est motivé uniquement par les habitudes de votre chirurgien.

➤ L'ostéotomie de Scarf



➤ L'ostéotomie en chevron



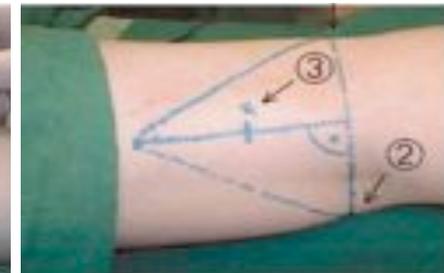
➤ Double ostéotomie



La consultation d'anesthésie et l'anesthésie

Plusieurs jours avant l'opération, vous devrez voir un médecin anesthésiste en consultation ; celle-ci est obligatoire (**décret n° 94-1050 du 05 décembre 1994**). Ce médecin vous interrogera,

vous examinera et demandera des examens complémentaires en fonction de vos antécédents. Il discutera avec vous des différentes techniques d'anesthésie. Le plus souvent, c'est l'anesthésie loco-régionale qui sera réalisée : elle consiste en l'injection d'un produit anesthésique au contact des nerfs au niveau du genou et du pli de l'aîne. Cette technique supprime la douleur post-opératoire, et améliore votre confort au retour dans votre chambre après surveillance en salle de soins post-interventionnelle. Elle permet la mise en place d'un cathéter à proximité du nerf sciatique autorisant ainsi une analgésie contrôlée dans les 48h qui suivent l'intervention.



La veille de l'intervention

Vous serez hospitalisé la veille de l'opération, entre 14 et 16h. N'oubliez pas d'amener avec vous vos bilans radiographiques, sanguins (s'ils ont été demandés par l'anesthésiste) ainsi que la chaussure pour hallux valgus. Après les formalités d'entrée au secrétariat, vous serez pris en charge

par l'équipe soignante qui vérifiera en particulier l'état cutané de la zone opérée, pratiquera un rasage du membre à opérer le cas échéant.

Un médecin anesthésiste viendra vous revoir pour vérifier l'absence de faits médicaux récents contre indiquant l'anesthésie et la chirurgie. Lors de cet entretien avec celui-ci, vous confirmerez votre choix sur le type d'anesthésie que vous avez choisi.

Votre chirurgien ou un de ses assistants vous rendra visite également pour vous informer de nouveau sur cette chirurgie et répondre à vos dernières questions.

Le soir au coucher vous devrez prendre une douche bétadinée sauf contre- indication (Cf. lettre au futur opéré). Vers 22h, on vous donnera une prémédication.

Vous devrez rester à jeun (pas de boisson, de cigarette et d'aliments) à partir de minuit.

Le jour de l'intervention

A 6 h du matin, vous reprendrez une douche bétadinée puis vous recevrez une seconde prémédication afin d'arriver détendu au bloc opératoire.

Après votre retour en chambre, vous ne pourrez pas vous lever avant le lendemain matin ; vous devrez d'ailleurs être aidé, à ce moment-là par le personnel soignant.

Les suites opératoires

Vous serez placé au fauteuil dès le lendemain et serez autorisé à marcher avec l'appui complet sous couvert de la chaussure type Barouk (chaussure avec appui talonnier) que vous devrez porter entre 30 à 45j selon le chirurgien. Elle vous sera remise par votre pharmacien sur ordonnance délivrée par le chirurgien en consultation.



Le pansement sera fait le deuxième ou troisième jour après l'opération, les drainages seront retirés à ce moment là, de même que le cathéter d'anesthésie.

A la sortie du service

Celle-ci est prévue normalement au 3^{ème} ou 4^{ème} jour post- opératoire. Vous serez alors munis d'ordonnances :

- d'antalgiques,
- de soins de pansements à réaliser par une infirmière,
- d'anticoagulants par injection sous cutanée,
- de prise de sang pour contrôle des plaquettes sanguines,

- de kinésithérapie (celle ci n'étant pas systématique). Elle peut être demandée par certains chirurgiens en fonction de leur pratique quotidienne et des suites opératoires.
- d'un arrêt de travail si vous êtes en activité d'une durée moyenne de 4 à 6 semaines (correspondant à la période de cicatrisation cutanée, l'ablation des sutures et la reprise de l'appui sur l'avant- pied)

Durant la première semaine, vous pourrez marcher, sous couvert de la chaussure spécifique, mais il est important de surélever le pied dès que vous êtes au repos pour favoriser la résorption oedémateuse.

Nous vous remercions de remplir le questionnaire de satisfaction et de le remettre au secrétariat lors de votre départ.

Que devez- vous attendre de cette chirurgie ?

Il ne s'agit en aucun cas d'une chirurgie esthétique ; elle est pratiquée pour réduire ou supprimer le conflit de l' « oignon » avec la chaussure et donc améliorer le chaussage. Le pied peut rester gonflé de quelques semaines à quelques mois et vous donner une sensation d'élargissement du pied vous obligeant parfois à changer d'une pointure de chaussure. Cette chirurgie a souffert longtemps d'une mauvaise réputation douloureuse. Sa prise en charge a grandement été améliorée surtout par l'anesthésie locorégionale et les nouvelles techniques chirurgicales. Le résultat définitif est acquis en général vers le 6^{ème} mois.



Les complications

Outre les complications liées à l'anesthésie elle même, et bien que cette liste ne soit pas exhaustive, il peut s'agir de,

➤ Complications générales :

- Phlébite (dépistée par un écho doppler) malgré le traitement anticoagulant, et sa conséquence grave : l'embolie pulmonaire.

➤ Complications locales :

- Infection,
- Hématome,
- Retard de cicatrisation, imposant de revoir le chirurgien en consultation (une nouvelle consultation post opératoire est généralement prévue à 6 semaines, argumentée d'un bilan

radiographique de contrôle). La prise d'antibiotiques à l'aveugle, n'a jamais de sens, demeure dangereuse, masquant l'infection et sélectionnant les germes.

- Raideur articulaire du gros orteil
- Algodystrophie (douleur inflammatoire et raideur...)
- Echec précoce ou tardif avec ré apparition de la déformation

Cachet du médecin

**LIVRET D'INFORMATION DESTINÉ AUX
PATIENTS DEVANT ÊTRE OPÉRÉS D'UN
HALLUX VALGUS**



Biotech
305 allée de Craponne
13300 Salon de Provence
www.biotech-international.com



Service de Chirurgie Orthopédique de
L'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin
Saint-Mandé (94)- France