

HALLUX VALGUS

On l'opère de mieux en mieux

Appelé communément « oignon », l'hallux valgus est une vraie déformation des os du pied. Mais la chirurgie sait désormais le corriger de façon efficace et moins lourde pour le patient.

NOTRE EXPERT

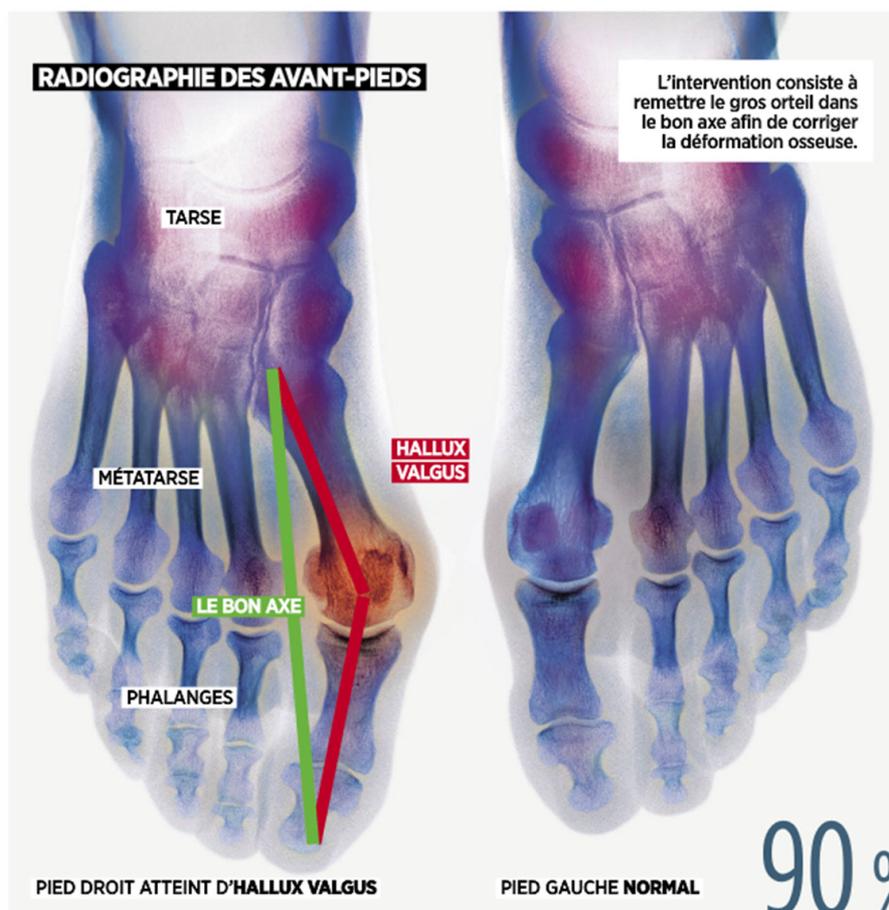


DR CYRILLE CAZEAU
chirurgien orthopédiste,
membre du
bureau du Greccip*

Formant une « bosse » à la base du gros orteil, l'hallux valgus peut grossir à tel point qu'il devient presque impossible de se chausser. Sans compter la douleur, parfois très violente... La chirurgie offre alors la seule option pour continuer à sortir et poursuivre randonnées, matchs de foot et autres séances de shopping.

L'intervention a longtemps fait peur : des générations de patients en gardent un souvenir douloureux, assorti d'une convalescence qui n'en finissait pas et de récurrences trop rapides. Ces mauvaises expériences appartiennent au passé. « La chirurgie de l'hallux valgus s'est nettement améliorée dans les années 1990, assure le Dr Cyrille Cazeau, chirurgien orthopédiste. Et elle s'est encore allégée depuis six ans. »

MARIE-CHRISTINE COLINON



Une nouvelle technique moins invasive

Le principe de l'intervention est simple : corriger les déformations pour replacer le pied dans la bonne position et répartir ses appuis de façon plus harmonieuse. Dans ce but, le chirurgien sectionne l'os du gros orteil (ostéotomie) et celui situé à sa base afin de les remettre dans le bon axe.

Ensuite, il va allonger les « parties molles » (tendons, ligaments et enveloppes articulaires) qui se sont souvent rétractés au fil des ans. L'amélioration ne porte pas sur les principes, désormais bien au point, mais sur la manière dont ils sont mis en œuvre. Les gestes peuvent

aujourd'hui être réalisés selon une méthode apparue il y a quelques années : la chirurgie percutanée, ou mini-invasive. Elle peut, dans certains cas, remplacer la technique « classique », dite aussi « à ciel ouvert », car le chirurgien pratique deux grandes incisions pour voir ce qu'il fait.

90%

des personnes ayant un hallux valgus sont des femmes. Il est héréditaire dans 25 % des cas et survient le plus souvent entre 40 et 50 ans.

Source : Sofcot (Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique).

Mini-bistouris & mini-incisions

Venue des États-Unis il y a une quinzaine d'années, la chirurgie mini-invasive se développe en France, mais assez lentement, car elle demande un long apprentissage de la part du chirurgien et des outils spéciaux assez onéreux. Principale différence avec la technique classique : elle se pratique à travers la peau, sous contrôle radiographique et anesthésie loco-régionale, par deux ou trois incisions de 2 mm à peine, qui permettent d'insérer des mini-bistouris. Cette intervention est souvent complétée par une ouverture un peu plus grande (2 cm), nécessaire pour ré-axer l'os à la base du gros orteil : on parle alors de chirurgie mixte mini-invasive.

Moins de douleur après l'intervention

Les patients ont une ordonnance pour des antalgiques forts, mais deux ou trois jours de paracétamol suffisent à l'immense majorité. On marche 48 heures avec un gros pansement qui ressemble à une pantoufle, puis une infirmière vient à domicile faire un pansement plus petit, qu'elle renouvelle trois fois par semaine pendant quinze jours. On peut alors recommencer à sortir. « *Le patient ne doit surtout pas rester debout sans bouger, insiste le Dr Cazeau. Il faut aussi surélever le membre pour limiter l'œdème (gonflement) et la douleur, en plaçant des cales sous les pieds du lit ou en posant la jambe sur un tabouret dès que l'on est assis.* »

Cicatrices discrètes et récupération plus facile

La chirurgie mini-invasive se déroule le plus souvent en ambulatoire (on ressort le jour même). L'œdème et les douleurs postopératoires sont moins importants, les cicatrices beaucoup plus discrètes. Dans certains cas, les os réalignés sont simplement maintenus en place par un pansement solide, effectué par le

chirurgien. Comme nombre de ses confrères, le Dr Cazeau défend cependant la pose de deux petites vis pour fixer les os sectionnés. « *Elle permet de marcher d'emblée en posant tout le pied sur le sol, sans être obligé de porter les chaussures spéciales où l'on appuie seulement sur le talon. Ce qui accélère la cicatrisation et, surtout,*

diminue les complications. Le sang circule mieux, il n'y a pas de déminéralisation osseuse, de phlébite, ni d'algodystrophie (apparition de douleurs associées à des problèmes circulatoires). » À noter : il s'agit de vis en titane qui n'empêchent pas de passer une IRM et qui ne font pas sonner les portiques d'aéroport.

DITES, DOCTEUR...

À quel moment faut-il se faire opérer ?

• **Quand la gêne est importante.** L'hallux valgus rend alors le chaussage difficile, constituant un handicap au travail ou dans la vie sociale. On opère quand la douleur gâche la vie ou empêche de pratiquer son activité préférée. Prévoir 3 à 5 semaines d'arrêt de travail et un mois minimum avant de recommencer à conduire.

• **Et pas dans un but purement esthétique.** D'autant que les récurrences de l'hallux valgus ne sont pas rares.

• **Ni dans un but préventif.** Par exemple sous prétexte d'une hérédité familiale, ou dès que l'oignon apparaît, dans le but d'éviter une déformation plus importante par la suite. On ne doit jamais opérer un pied qui ne fait pas mal. Car, en changeant l'architecture d'un pied indolore, on risque justement de provoquer des douleurs irréversibles.

Un seul pied à la fois, c'est mieux ?

Oui, car sinon la récupération risque d'être plus douloureuse et beaucoup plus laborieuse. Si l'on souhaite reprendre rapidement ses activités, on opère d'abord un seul pied, le second pouvant l'être un à douze mois plus tard.

Dix séances de rééducation

Trois semaines après, l'os a commencé à se recoller, même s'il n'est pas encore solide, et l'on peut entamer un vrai travail de rééducation. Des séances de kinésithérapie sont prescrites (une dizaine en moyenne, à raison de trois par semaine). Le praticien mobilise les orteils, masse les cicatrices pour décoller les adhérences, lutter contre l'œdème et aider à retrouver un nouveau schéma corporel (perception du corps) à la marche. Mais le patient doit aussi y mettre du sien : bouger souvent les orteils,

pour diminuer les raideurs, et s'équiper de chaussures à fine semelle en caoutchouc (type ballerine ou basket), afin de bien pouvoir dérouler tout le pied à chaque pas. Ces efforts permettront de remettre des chaussures « normales » au bout de 8 à 10 semaines, souvent en choisissant une pointure au-dessus, le temps que l'œdème ait totalement disparu.

Pages suivantes
**Palmarès 2015
des hôpitaux**

