

# Hallux valgus



## L'intervention se perfectionne

Autrefois, les chirurgiens intervenaient surtout sur les tendons et les ligaments pour corriger les anomalies de l'avant-pied. **Depuis 20 ans, ils agissent directement sur l'os et aujourd'hui, de manière moins agressive.** La chirurgie de l'hallux valgus en est un bon exemple.

**NOTRE EXPERT**



**DR CYRILLE CAZEAU**  
chirurgien orthopédiste,  
spécialiste du pied et  
diplômé en biomécanique



● **C'est quoi exactement un hallux valgus ?**

Il s'agit d'une déformation de l'avant-pied. Le premier métatarsien forme un angle avec la première phalange du gros orteil (hallux en grec). Ce qui entraîne une saillie de la tête du premier métatarsien, ce qu'on appelle un oignon en langage populaire. Cette déformation peut apparaître à tout âge. Elle touche davantage les femmes que les hommes.

● **Comment se forme cette déformation ?**

On peut naître avec un angle élevé, hérité de sa famille. Mais rien n'est déterminé. Selon la façon dont on marche et dont on se chausse, la déformation de l'avant-pied va ou non s'aggraver, va ou non occasionner des douleurs. En effet, il n'existe pas de correspondance entre l'importance de la déformation et l'apparition de douleurs. La présence d'une grande souplesse ligamentaire, souvent aussi d'origine familiale, favorise son évolution. Le premier métatarsien aura plus tendance à bouger.

● **Peut-on limiter sa progression ?**

Oui, en choisissant bien ses chaussures. Il faut éviter les modèles avec des avant-pieds serrés (bouts pointus) et choisir une cambrure de semelle qui empêche le pied de glisser au fond de la chaussure. Cela compte plus que la hauteur du talon. En effet, le pied a tendance à se comporter comme sur un toboggan, c'est-à-dire à glisser au fond de la chaussure si les conditions s'y prêtent. Enfin, il est conseillé d'adopter des chaussures qui, lors du déroulement du pas, plient bien au niveau de la base des orteils.

● **Des manipulations peuvent-elles aider ?**

Ostéopathes et kinésithérapeutes proposent des manipulations et des massages. Ils peuvent améliorer le confort du pied mais ils n'influencent pas vraiment l'évolution de la déformation. De même, les écarteurs de nuit, les coussinets protecteurs peuvent faire du bien mais ils ne ralentiront pas pour autant l'évolution si celle-ci est en marche.

Mini-invasive, cette nouvelle chirurgie épargne davantage l'entourage des os. Résultat : des douleurs moindres et un apai immédiat.

● **Une chirurgie préventive a-t-elle un intérêt ?**

C'est tout à fait à éviter ! Car non seulement, cela ne sert à rien mais c'est potentiellement néfaste. La chirurgie modifie l'anatomie, donc l'équilibre du pied parce qu'il y a un problème de douleur ou de gêne. La modifier si on n'a pas mal expose à faire naître des douleurs. La chirurgie ne peut qu'effacer des symptômes présents, pas inventer un pied sur mesure. Et de toute façon, il n'y a pas de déterminisme : ce n'est pas parce que vous avez une déformation visible qu'elle va forcément devenir gênante. Ce n'est pas parce que votre mère a dû se faire opérer que cela sera un jour nécessaire pour vous.

● **Quand est-il justifié de se faire opérer ?**

Au moment où la douleur, la difficulté pour se chausser ou le handicap prennent trop de place dans la vie. Ce qui n'a rien à voir avec l'âge et comporte une part de subjectivité. La douleur peut aller de la gêne épisodique lors d'une soirée au calvaire

quotidien. Le problème de chaussage dépend des exigences: ne plus pouvoir acheter qu'un seul modèle est plus gênant que ne pas pouvoir porter des chaussures de princesse tous les jours! Quant au handicap, il devient manifeste quand on commence à refuser un voyage, à abandonner la randonnée... Mais il n'y a pas d'indication purement esthétique. Car, là encore, on risque de rendre sensible un pied qui ne l'était pas.

### • En quoi consiste cette nouvelle chirurgie ?

Fini le rabotage de l'os qui fait saillie. C'est lui qu'il faut réaxer, c'est lui qu'il faut réaxer. Pour cela, le chirurgien désolidarise la tête du reste du métatarsien, la remet dans l'axe puis la fixe avec une vis en titane. Un geste complémentaire est parfois nécessaire pour rabaisser la tête du métatarsien afin de redonner de bons appuis. Car la déviation a souvent entraîné des conséquen-

ces sur les orteils voisins. Corriger la déformation dans les trois plans de l'espace est la clé de la protection du reste du pied et donc de la réussite de l'intervention. Cette chirurgie peut s'effectuer en ouvrant la peau le long du gros orteil et du début du premier métatarsien ou de façon mini-invasive, c'est-à-dire par un abord étroit qui donnera une cicatrice de 2 cm.

### • Quels sont ses avantages ?

La chirurgie mini-invasive et percutanée permet de réaliser les gestes nécessaires sans disséquer de façon extensive les structures osseuses et sans les déstabiliser. Résultat: moins de douleurs et un appui total immédiat. Non seulement la personne se met debout le lendemain mais elle peut, et doit, appuyer pour cela sur la zone opérée. L'appui précoce est excellent pour la consolidation. Le pied est équipé d'un gros pansement. La sortie peut avoir lieu le jour même ou le lendemain, selon les cas. Trois jours

## 2 mois

C'est le temps de convalescence avant de pouvoir se chauffer normalement.

plus tard, il est possible de glisser son pied dans une chaussure médicale qui permet de bien dérouler l'ensemble du pied lors de la marche.

### • Doit-on respecter après des précautions particulières ?

Pas de longues balades pendant les trois premières semaines! Il faut alterner les périodes de marche et celles de repos, où l'on surélève sa jambe pour limiter les gonflements. On épluche les légumes le pied sur un tabouret et on surélève son lit. Après la chaussure médicale pendant 3 semaines (durée de l'arrêt de travail), on passe à un modèle ordinaire dont l'élément essentiel est la souplesse de la semelle. Plus elle est molle, mieux c'est! On la prend avec une ou deux pointures de plus, car l'avant-pied reste gonflé un moment.

### • Quels sont les résultats ?

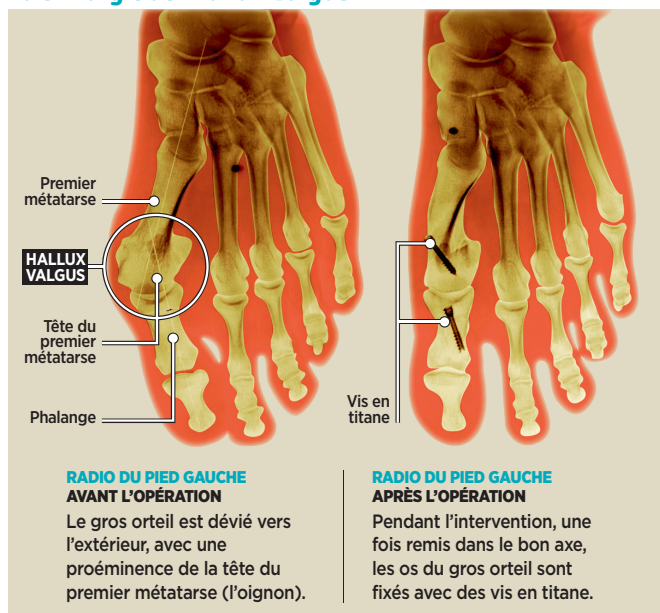
Ils sont bons si les indications sont bien posées et dépendent du chirurgien mais aussi du patient. Les résultats sont meilleurs si les consignes sont parfaitement observées. Les suites opératoires sont un peu plus longues si on se fait opérer des deux côtés le même jour. Ce qui n'est conseillé que dans des cas particuliers (déformations qui empêchent de se chauffer, impossibilité de s'arrêter de travailler deux fois...). La qualité de la rééducation, entreprise au bout de 21 jours, intervient également, car il faut lutter contre la raideur. Si tout va bien, on peut de nouveau porter ses chaussures habituelles au bout de 2 à 3 mois. Une récurrence peut survenir (10 à 15 % des cas) dans un délai variable, de quelques années à plus de 20 ans. Il est alors possible de réintervenir. ■

**DR DOMINIQUE PIERRAT**

Plus d'infos sur [www.chirurgie-du-pied.fr](http://www.chirurgie-du-pied.fr)

## > POUR MIEUX COMPRENDRE

### La chirurgie de l'hallux valgus



#### RADIO DU PIED GAUCHE AVANT L'OPÉRATION

Le gros orteil est dévié vers l'extérieur, avec une proéminence de la tête du premier métatarsaire (l'oignon).

#### RADIO DU PIED GAUCHE APRÈS L'OPÉRATION

Pendant l'intervention, une fois remis dans le bon axe, les os du gros orteil sont fixés avec des vis en titane.

V. WARTNER/BSIP, DR

**PAGES SUIVANTES RETROUVEZ LE CLASSEMENT DES HÔPITAUX/SPECIAL CHIRURGIE DU PIED**

