

## CHEVILLE ET PIED

### PIED : HALLUX VALGUS

---

#### PATHOLOGIE

Cette déformation très fréquente correspond à la déviation du gros orteil. Certains la développent dès leur plus jeune âge, vraisemblablement pour causes familiales. Le plus souvent, il s'agit de l'affaiblissement de la capsule articulaire qui ne peut plus lutter contre les contraintes sur le gros orteil. Ces contraintes sont permanentes à la marche et sont accentuées par le port de talon et surtout les chaussures à bouts pointus.

Progressivement l'avant-pied s'élargi, le gros orteil repousse les orteils latéraux. Une exostose douloureuse survient et frotte contre l'empêche de la chaussure. Il ne s'agit pas d'une simple bosse mais d'une véritable déformation osseuse irréversible et qui s'aggrave progressivement. Lorsque les douleurs sont invalidantes, le seul traitement efficace pour redresser le gros orteil est l'opération.

#### TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'intervention consiste à corriger la déviation osseuse par une coupe osseuse sur le premier métatarsien qui permet de redresser le gros orteil.

La correction est maintenue par deux vis enfouies dans l'os qui sont habituellement laissées définitivement. On réalise une désinsertion de certains tendons qui tractent le gros orteil et risquent de pérenniser la déformation. Souvent, il est associé un geste osseux sur le gros orteil (on raccourcit souvent de manière millimétrique le gros orteil, ce qui ne change en rien la pointure).

L'intervention la plus souvent réalisée s'appelle l'ostéotomie de SCARF dont le recul et les résultats en font une intervention tout à fait fiable. Actuellement, il est possible de réaliser une correction percutanée en réalisant une ostéotomie en CHEVRON. Cette correction sera également maintenue par deux vis enfouies. Cette technique, qui évite de faire une cicatrice, sera proposée en fonction du bilan clinique et radiologique.

# CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

## CHEVILLE ET PIED

### SOINS POSTOPÉRATOIRES

L'intervention sera réalisée en ambulatoire ou avec une hospitalisation d'une nuit en postopératoire, et se déroule sous anesthésie loco régionale (la jambe est insensibilisée).

Le lever est possible dès le lendemain (ou le jour même en ambulatoire) sous couvert d'une chaussure orthopédique qui permet d'appuyer sur le talon (dite chaussure de Barouk). La chaussure est à garder durant un mois. Il faut se limiter à de courts déplacements et maintenir le pied surélevé pour éviter son gonflement pendant les 15 premiers jours. Le pied peut rester gonflé durant deux à trois mois.

La conduite automobile est autorisée à six semaines. La durée de l'arrêt de travail sera adaptée à la profession. On compte régulièrement deux mois d'arrêt. Il est fondamental de faire une auto-rééducation et de mobiliser les orteils.

### COMPLICATIONS

L'intervention est fiable et donne régulièrement de bons résultats. Les complications sont rares. Le risque infectieux est très limité, et une nouvelle intervention reste exceptionnelle. La déformation peut réapparaître (récidive), mais justifie rarement une ré-intervention. Actuellement 5% des patients sont réopérés à dix ans.

Il peut survenir également un algoneurodystrophie qui correspond à un gonflement du pied douloureux prolongé, mais systématiquement régressif. Une correction exagérée peut engendrer une déformation dans le sens inverse ou Hallux varus (particulièrement avec les techniques chirurgicales plus anciennes).

## CHEVILLE : ENTORSE

---

Il s'agit de la pathologie traumatique la plus fréquente. Elle concerne une personne sur 10.000 par jour et représente jusqu'à 50% des accidents chez le footballeur. Neuf fois sur dix, elle concerne le ligament collatéral latéral de la cheville.

# CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

## CHEVILLE ET PIED

### ENTORSE RÉCENTE

Se tordre la cheville est la cause la plus fréquente d'une entorse, le pied partant en dedans. La douleur initiale est aiguë. On peut entendre un craquement. Néanmoins, dans le feu de l'action, le patient peut souvent poursuivre son activité sportive. La douleur réapparaît régulièrement quelques heures plus tard et s'intensifie.

La cheville gonfle et on constate quelques fois un "œuf de pigeon" qui est en fait une poche de sang sur le bord latéral de la cheville. La lésion est variable. Il peut s'agir d'un simple étirement, d'une déchirure partielle ou d'un arrachement complet du ligament latéral. Le plus souvent, c'est le faisceau antérieur du ligament qui est lésé.

### TRAITEMENT DE L'ENTORSE

Le traitement initial nécessite de "glacer" la cheville afin de limiter son gonflement et donc la douleur. Il est conseillé de surélever la cheville et de limiter les appuis et les déplacements. La prescription d'antalgiques et d'anti-inflammatoires ainsi que l'usage de cannes anglaises sont utiles à la phase initiale.

Dès la reprise de l'appui, il faut mettre en place une orthèse souple généralement pour quatre à six semaines (durée de la cicatrisation ligamentaire). Ces attelles empêchent la cheville de se tordre et de recréer le mécanisme lésionnel qui a occasionné l'entorse, tout en permettant un appui total et en évitant la mise sous anticoagulants.

*Vers le dixième jour, on débutera une rééducation qui devra répondre à plusieurs objectifs :*

#### **Lutte contre l'œdème et les douleurs**

Avec massages de drainage et ultrasons

#### **Récupération des amplitudes articulaires**

#### **Rééducation proprioceptive**

Le patient apprend à verrouiller sa cheville en se stabilisant sur des plateaux instables ou des ballons. Ces exercices sont indispensables pour éviter la récurrence de l'entorse et l'apparition d'une cheville instable.

## CHEVILLE ET PIED

### L'INSTABILITÉ DE LA CHEVILLE

Il s'agit d'entorses à répétition : le patient se tord la cheville facilement avec plusieurs épisodes de traumatisme par an. La pratique sportive est fréquemment interrompue et c'est la persistance de douleurs de cheville qui amène au diagnostic. Celui-ci sera confirmé par la réalisation de clichés dynamiques qui nécessitent de tordre la cheville pour valider le bâillement excessif de l'articulation entre le tibia et le talus. Une IRM et (parfois) un arthroscanner sont nécessaires pour réaliser un bilan lésionnel ligamentaire et analyser la surface du cartilage.

### TRAITEMENT DE L'INSTABILITÉ

En absence d'amélioration suffisante par une kinésithérapie proprioceptive bien menée, il est nécessaire de reconstruire un plan ligamentaire latéral : c'est la ligamentoplastie.

Le plus souvent, on effectue une remise en tension du plan ligamentaire latéral qui a cicatrisé de façon distendue. Selon la qualité du reliquat tendineux, on associe parfois un renfort avec une partie d'un ligament en avant de la cheville (frondiforme) ou avec le tissu tapissant la fabula (périoste).

En pratique, l'hospitalisation est de 24h. La sortie se fait le lendemain de l'intervention. Le patient est immobilisé par une botte durant 21 jours sans appui. Ensuite, l'appui est autorisé et l'on débute une rééducation. L'immobilisation est limitée au port d'une orthèse amovible pour encore trois semaines. Après les six semaines d'immobilisation, il faut réaliser une vingtaine de séances de rééducation. L'arrêt de travail est d'un mois pour un sédentaire et de deux mois pour un travailleur de force. La reprise sportive se fait à partir du quatrième mois postopératoire.