

Dr. Richard BORG

Ancien Chirurgien des Hôpitaux
Membre du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

habituel pour une fracture d'un métatarsien ou d'une phalange.

Rôle essentiel du pansement les 3 à 4 premières semaines. Le « Concept » qui est à la base de cette technique, qui est en quelque sorte la « philosophie » de cette technique consiste en la mise en appui immédiate, sans moyens de fixation, autre que le pansement, pour consolider. La conservation de l'hématome formé par l'ostéotomie, autour de l'os corrigé, (n'étant pas évacué comme dans la chirurgie à foyer ouvert), la guérison se fait plus rapidement.

C'est le pansement « mouillé », qui une fois sec, joue le rôle de contention, comme une « sorte de mico-plâtre » autour de l'orteil, maintient la correction axiale obtenue par l'ostéotomie.

Les risques sont multiples, même si les avantages sont nombreux et comme toute technique chirurgicale, celle-ci a ses limites et ses risques.



Les pathologies décrites et les traitements indiqués dans divers paragraphes de cette fiche sont simplement indicatives. Seul un professionnel peut vous conseiller et un chirurgien spécialiste vous expliquer lors d'une consultation votre pathologie et choisir, le cas échéant, avec vous, le traitement idoine et le plus adapté à votre propre organisme et votre propre cas particulier.

© Copyright : Dr. Richard BORG - Confidentiel.

Copyright signifie que ce document vous est donné personnellement à vous et à aucune autre personne. Il est strictement confidentiel et ne peut en aucune façon faire l'objet de copie partielle ou totale. Il ne peut être communiqué sans autorisation.

Dr. Richard BORG

Ancien Chirurgien des Hôpitaux
Membre du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

LA CHIRURGIE MINI-INVASIVE DU PIED

La chirurgie mini-invasive du pied, est une technique chirurgicale, qui comme son nom l'indique, est fondée sur des incisions limitées (ne dépassant pas 1 à 2 cm) pour réaliser des gestes qu'un chirurgien, fait habituellement, par des voies d'abord larges.

De ce fait, cette chirurgie ne se fait qu'avec ces instruments adaptés et sous **amplificateur de brillance spécifique** dédié à cette chirurgie qui est une sorte de **radiographie télévisée**.

Les actes que l'on peut faire par cette voie sont nombreux :

- des ténotomies section des tendons,
- des résections de petites « bosses » osseuses (dites aussi exostoses ou saillies osseuses) qui viennent créer sous la peau des « boursoufflures dites aussi bursites ».
- des « capsulotomies » grâce au contrôle visuel à travers la peau que peut apporter l'amplificateur de brillance, par de petits bistouris à sommet émoussé, dits « beaver », comme dans un hallux valgus ou une griffe des orteils.
- des corrections axiales des petits os du pied, dites ostéotomies.



Radiographie télévisée : Orthoscan® ou aussi MiniC-Arm ou Amplificateur de brillance : Fluoroscope



© Copyright : Dr. Richard BORG - Confidentiel.

La chirurgie percutanée du pied est une chirurgie qui se fait à travers la «peau» et est, elle aussi, une «sorte» de chirurgie mini-invasive, car elle se fait par des incisions encore plus petites 1 à 3 mm.

Initialement pratiquée aux USA depuis plus de 20 ans, cette technique a été introduite en Europe et puis en France depuis une dizaine d'années. Elle est à la chirurgie orthopédique ce qu'est la Chirurgie Coelioscopique (Coelioscopie V/S Laparoscopie), à la chirurgie viscérale, et par certains aspects s'apparente à la Chirurgie Arthroscopique et apporte à la chirurgie orthopédique traditionnelle, un arsenal thérapeutique nouveau.

Les avantages sont ceux :

- des petites voies d'abord (comme la Coelioscopie),
- de l'anesthésie loco-régionale souvent associée à ce type de chirurgie, mais qui est possible et qui est en fait de plus en plus pratiquée dans la chirurgie traditionnelle aussi),
- de pouvoir être pratiquée en chirurgie dite de journée ou chirurgie ambulatoire,
- de dissection moins étendues des parties molles,
- et de ce fait éviter des « décolllements » incontournables pour accéder aux repères anatomiques, peuvent provoquer parfois quelques « dégâts », voire, quelques des « délabrements », car le bistouri (Beaver) et les instruments idoines comme les élévateurs, les écarteurs, les rugines, sont moins larges et moins agressifs, du moins en apparence. Il faut à ce titre insister et rappeler que cette chirurgie peut être dangereuse et devenir plus agressive que la chirurgie classique, car le chirurgien ne voit pas ce qu'il fait qu'à



Hallux valgus avec déformation de l'avant-pied : DMMO ou OMMO ostéotomie métatarsienne distale



Hallux valgus modéré avant et après chirurgie mini-invasive

travers une radiographie télévisée qui aide mais qui (comme avec les objectifs et les caméras en Coelioscopie et arthroscopie) est différente de la vision directe et nécessite une courbe d'apprentissage et des équipements de qualité.

Dans quelles pathologies ?

dans une très large palette de pathologies :

- Hallux Valgus,
- Orteil en marteau ou en griffe,
- Quintus Varus,
- Méta-tarsalgies avec chute des têtes métatarsiennes et formation d'un avant pied rond antérieur.
- Epine calcanéenne saillantes, créantou associée à des aponévrosites et autres fasciites,
- Calcifications péri-articulaires.
- Chéilectomie et résection ostéophytiques dans le cas d'un Hallux Limitus ou Rigidus ;
- Evacuation du contenu souvent liquide des « bursites inflammatoires »
- Evacuation de « Tophus goutteux »,
- Fractures des os du tarse ou de la cheville. La fixation des ostéotomies (dans la technique mini-invasive et percutanée) ne se fait pas en général, à quelques exceptions près, par des vis, des broches ou des plaques d'ostéosynthèses comme c'est le cas avec la technique classique à foyer ouvert. Il n'y a tout simplement pas de fixation.

La direction du trait d'ostéotomie est faite de façon oblique, de haut en bas et d'avant en arrière, en « biseau » qui a pour conséquence d'entraîner lors de l'appui, pendant la marche, une « co-aptation » du foyer d'ostéotomie, acteur favorisant d'une consolidation rapide de l'os, càd d'une guérison rapide en 3 à 4 semaines de l'ostéotomie comparativement au délai normal et



Hallux Valgus et Avant pied rond antérieur : avant et après chirurgie mini-invasive.