

Terminologie : _____

1. **Ostéophyte** : Os nouvellement formé. Formation osseuse autour de l'articulation, liée au développement d'une arthrose articulaire. Elle est visible à la radio.
2. **Exostose** : Saillie osseuse, à distance de l'articulation, sa formation est liée à l'excès de frottement de l'os contre un corps plutôt rigide, la chaussure, par exemple.
3. **Ostéotomie** : Section de l'os en vue de redresser un axe, se fait à la scie chirurgicale, ou en fragilisant l'os par des perforations tout autour de l'os, en timbre-poste rendant la correction osseuse possible par un simple effort manuel de mise en tension. C'est une sorte de « fracture » à visée thérapeutique.
4. **Articulation MTP** : Articulation métatarso-phalangienne.
5. **Arthrodèse** : Blocage d'une articulation, qui une fois fusionnée se stabilise.
6. **Premier rayon** : le Gros orteil essentiellement : Ensemble du métatarsien et des 2 phalanges.
7. **Bursite inflammatoire** : formation cutanée séreuse, rougeâtre, parfois liquidienne témoignant d'un frottement mécanique.
8. **Bursite ulcéralive** : bursite inflammatoire avec peau amincie pouvant s'ulcérer.
9. **Cor** : formation cutanée dure constituée de tissu épidermique superficiel.
10. **Hyperkératose** : Apposition de kératine qui tend à renforcer la peau dans le conflit en réaction au frottement, c'est un premier signe de souffrance cutanée, traduisant une cause mécanique.
11. **Kératome** : formation de peau épaisse avec début d'organisation et parfois perforation médiane de couleur sombre.
12. **capsulotomie** : section de la capsule articulaire pour libérer l'articulation,
13. **arthrolyse** : libération de l'articulation et des adhérences environnantes avec mobilisation de l'articulation MTP

HALLUX RIGIDUS & HALLUX LIMITUS

C'est une affection du gros orteil plus fréquente chez l'homme. Elle se manifeste par une douleur et/ou une raideur du gros orteil (fig. 1).

Elle peut parfois entraîner une boiterie et une difficulté au chaussage. La chaussure devenant pénible à supporter et causant des frottements au contact de l'os.

Hallux Limitus est le début de cette affection : il y a une simple limitation de la mobilité de l'articulation du gros orteil. (fig. 2).

Le diagnostic est établi par une radiographie du pied. Cet examen révèle souvent une arthrose de l'articulation métatarso-phalangienne (MTP) du gros orteil (fig. 3).

Quand la déformation devient avancée il se forme un épaississement de la peau (*hyperkératose*¹⁰) et s'ajoute une raideur du gros orteil, celui-ci ne pourra plus fléchir vers le haut (plier) et entraînera la douleur et la boiterie.

Pour éviter la douleur, le patient esquive, inconsciemment l'appui, et pour éviter douleur et boiterie, tord involontairement le pied en dehors, sur le bord externe du pied, en appuyant davantage sur le bord du 5^e métatarsien ; c'est le « syndrome d'évitement » ». On marche alors le pied « tourné » vers le dehors, sur le bord externe de la chaussure.

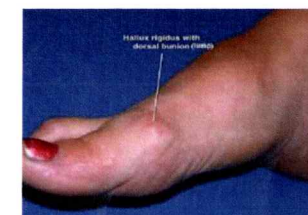


fig. 1 : Exostose dorsale

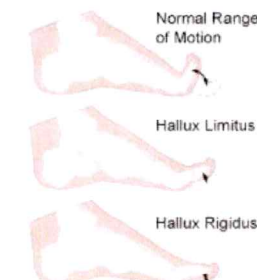


fig. 2 : mobilité du gros orteil



fig. 3 : hallux rigidus avec arthrose art. métatarso phalangiene (MTP)

Au terme de l'évolution de cette affection, il se forme habituellement une « bosse » dite aussi « *exostose*² » sur la face dorsale de l'orteil d'abord puis autour de l'articulation. Ces excès d'os sont aussi appelés « *ostéophytes*¹ » (fig. 3 & 4).

L'interligne entre le métatarsien et la phalange se réduit traduisant une usure du cartilage et l'espace devient de plus en plus étroit, signant ainsi la raideur de l'articulation.

Traitement médical conservateur ?

Le traitement est d'abord médical :

- **AINS** (anti-inflammatoires non stéroïdien) et antalgiques (anti-douleur) en général, associés à des soins locaux et à une modification du chaussage (porter une chaussure une demi-pointure plus large avec bout arrondi, souple et large).
- **Le port d'une semelle** est recommandé. Celle-ci cherchera à surélever le plus souvent la tête du premier métatarsien.

Traitement chirurgical ?

Celui-ci est recommandé lorsque la douleur devient invalidante et lorsque le traitement médical devient inopérant. Plusieurs types d'intervention peuvent alors être proposées.

> Celles qui conservent la mobilité de l'articulation MTP :

- Chéilectomie :

Consiste à enlever les ostéophytes et à libérer la capsule pour donner plus de mobilité. A faire aussi de la « toilette articulaire » qui consiste à éliminer les débris cartilagineux et fibrineux liés à l'arthrose. (fig. 4, 5 & 6). Ce geste étant



fig. 4 :
En haut :
Ostéophytose
signant une
arthrose MTP.
À droite : Repérage
sous fluoroscopie
au Beaver



fig. 5 : haut : résection des ostéophytes à foyer ouvert. Bas : fraissage des ostéophytes en chirurgie mini-invasive et per-cutanée.



fig. 6 : haut : Prothèse MTP pour Hal. Rig. Bas : Ténotomie percutanée

souvent associé à une capsulotomie¹² et/ou une arthrolyse¹³.

- Ostéotomie³ d'un ou deux os du premier rayon :

En raccourcissant la phalange et/ou le métatarsien (de quelques mm), on diminue la pression sur l'articulation, et on redonne une amplitude de mobilité, cela si le cartilage est encore conservé. Cette intervention modifie la mécanique et peut stabiliser l'évolution ou la ralentir, ce qui chez le jeune patient, laisse la possibilité d'une arthrodèse à une phase ultérieure, ou un âge plus avancé. Ce geste étant souvent associé à une capsulotomie¹² et/ou une arthrolyse¹³.

- **Prothèse** : Son indication est très limitée, il n'y a pas de produit qui ait fait l'unanimité des opérateurs (fig. 6).

> Celle qui la bloque

- **Arthrodèse**⁵ (fig. 7) : C'est un geste qui consiste en une suppression du cartilage et une fixation définitive de la position de la phalange par rapport au métatarsien. Cette intervention est radicale, supprime la douleur. Son inconvénient est qu'elle suppose un angle précis et de ce fait une hauteur précise du talon à porter de façon définitive, ce qui peut être fort contraignant. Chez la femme, cela doit faire l'objet d'une explication et donner lieu à une décision bien comprise et parfaitement consentie. Cette intervention peut être réalisée à foyer fermé, par voie mini-invasive, ou à foyer ouvert. Dans les 2 cas, il faut un moyen de fixation : 2 vis croisées ou plus solide avec une plaque s'ostéosynthèse. Arthrodèse avec une ostéosynthèse par plaque et vis.



fig. 7 : A gauche : arthrodèse à foyer fermé. A droite : fraissage per-cutané en vue d'arthrodèse ou à foyer ouvert.