



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Hallux valgus, hallux rigidus et pathologies sésamoïdiennes



Hallux valgus, hallux rigidus and sesamoid disorders

Didier Mainard

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpital Central, avenue de Lattre-de-Tassigny, 54000 Nancy, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 24 février 2014

Disponible sur Internet le 3 avril 2014

Mots clés :

Hallux valgus

Arthrose métatarsophalangienne

Hallux rigidus

Arthrose métatarsophalangienne

Ostéonécrose sésamoïdienne

Fracture sésamoïdienne

Pseudarthrose sésamoïdienne

Keywords:

Hallux valgus

Metatarsophalangeal arthrosis

Hallux bursitis

Hallux rigidus

Metatarsophalangeal osteoarthritis

Sesamoids

Sesamoid necrosis

Sesamoid fracture

Sesamoid non-union

RÉSUMÉ

L'hallux valgus est une déviation latérale du gros orteil, correspondant à un angle métatarsophalangien de plus de 10°, qui survient le plus souvent chez la femme de plus de 40 ans. C'est la douleur et la gêne au chaussage et à la marche qui motivent la consultation chirurgicale. De nombreuses techniques chirurgicales sont décrites et proposées, les plus récentes font appel à la chirurgie mini-invasive voire percutanée. L'hallux rigidus est une arthrose de la 1^{re} articulation métatarsophalangienne sans déviation d'axe, qui se manifeste avant tout par des douleurs associées à terme à une raideur plus ou moins importante. Lorsque l'arthrose n'est pas trop sévère, le traitement chirurgical comporte une résection des ostéophytes et une ostéotomie décompressive selon l'analyse morphologique du premier rayon. Sinon l'arthrodèse reste de mise. Les sésamoïdopathies correspondent à plusieurs pathologies qui s'expriment par une douleur localisée d'évolution extrêmement longue. Le traitement en est avant tout conservateur.

© 2014 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Hallux valgus is defined as a lateral deviation of the great toe with a metatarsophalangeal angle over 10°. Most of the time it happens in women over 40 years old. Pain and discomfort for walking and shoes wearing lead to surgical consultation. Many surgical techniques have been described in literature including recently by minimal invasive or percutaneous surgery. Hallux rigidus is an osteoarthritis of the first metatarsophalangeal joint without lateral deviation of the great toe. The most usual clinical feature is pain and more or less important ankylosis or the first metatarsophalangeal joint. When osteoarthritis is not too severe, surgical treatment may associate a resection of the osteophytes and an osteotomy according to the morphological analysis of the first ray. Otherwise arthrodesis is proposed. Sesamoid disorders include several different diseases which most of the time result in very long chronic pain. Treatment is above all conservative.

© 2014 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Cette synthèse concerne deux pathologies fréquentes, hallux valgus et hallux rigidus, et surtout une pathologie méconnue, celles des os sésamoïdes.

1. Hallux valgus

L'hallux valgus (HV) est un trouble morphostatique qui s'exprime par une déviation latérale supraphysiologique du gros orteil, correspondant à un angle métatarsophalangien supérieur à 10° (Fig. 1). Cette déformation très fréquente se rencontre en grande

majorité chez les femmes (sex-ratio : 9/1) de tous âges mais, le plus souvent de plus de 40 ans [1].

1.1. Étiologie

L'étiologie de l'HV est complexe et multifactorielle [2]. En premier lieu, il existe des formes familiales éventuellement associées à des facteurs anatomiques. Plusieurs particularités anatomiques conduisent à l'HV. Il en est ainsi, d'un excès de longueur du 1^{er} rayon, qu'il s'agisse d'une hallomégalie ou d'un 1^{er} métatarsien trop long, d'un métatarsus varus primitif pour l'HV juvénile. Dans ce contexte, un interligne cunéométatarsien oblique ou instable, de même qu'un pied plat peuvent induire un HV plus ou moins précocement. Une dysmorphie capitale du métatarsien est éga-

Adresse e-mail : didier.mainard@univ-lorraine.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2014.02.003>

1878-6227/© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de rhumatologie.



Fig. 1. Pied total en charge de face. Angle métatarsophalangien de 30°.

lement un facteur de risque. L'hypotonie tendinomusculaire telle qu'elle apparaît chez la femme de plus de 50 ans est un facteur favorisant. Enfin, des facteurs mécaniques, comme un chaussage inadapté, associant, en particulier un talon haut à une extrémité excessivement serrée, favorisent la déformation et sa pérennité. Une fois enclenché, l'HV s'aggrave inexorablement par détente capsulaire, « luxation » des sésamoïdes et traction inadéquate des muscles abducteurs et du long extenseur de l'hallux.

1.2. Signes cliniques

Différents motifs conduisent la patiente à consulter : une doléance esthétique voire psychologique chez l'adolescente, des douleurs au chaussage par conflit avec la tête métatarsienne, une douleur articulaire, plus ou moins permanente, en particulier, en cas d'arthrose associée, une déformation douloureuse de l'ensemble de l'avant-pied où l'HV n'est alors qu'une des composantes.

1.2.1. Plaintes fonctionnelles

L'interrogatoire s'enquiert d'une notion familiale et de l'évolution de la déformation ainsi que de ses conséquences sur le chaussage, à la marche ainsi que dans la vie professionnelle et sportive. D'éventuels soins conservateurs et de pédicurie sont recherchés. Il faut interroger le patient sur son type de chaussage habituel, souvent conditionné par la déformation.

1.2.2. Examen physique

Le pied est, tout d'abord, examiné en charge, à la marche et sur podoscope.

L'examen retrouve, outre la déformation axiale, une bursite capitométatarsienne médiale plus ou moins développée pouvant être en poussée congestive et d'allure inflammatoire avec une douleur à la palpation. Une ulcération ou ses traces sont quelques fois possibles. L'hallux peut être en position infraductus par rapport au 2^e orteil, ce qui génère des conflits sur celui-ci, ou plus rarement, en position supraductus. La flexion-extension passive et active est recherchée, mettant en évidence une diminution de la flexion. La palpation de l'articulation est plus ou moins douloureuse. Une pronation de l'hallux est fréquente dans les déformations sévères. L'examen constate fréquemment une hyperkératose au bord inféromédial du gros orteil, mais également, de la tête métatarsienne. Une mobilité excessive du 1^{er} rayon témoigne d'une instabilité cunéométatarsienne. L'examen s'intéresse, évidemment, à l'ensemble de l'avant-pied, à la recherche de métatarsalgies latérales et en particulier d'une souffrance de la deuxième articulation métatarsophalangienne, avec hyperkératose sous-capitale. Une déformation des orteils avec griffes sera également recherchée. Les métatarsalgies latérales peuvent être liées à une dysharmonie de longueur vraie entre le premier métatarsien et les métatarsiens latéraux ou relative en raison du raccourcissement fonctionnel du premier métatarsien engendré par la déviation en varus. Les métatarsiens latéraux et en particulier le deuxième sont alors exposés à une surcharge biomécanique. L'examen clinique considère également le médio-pied et l'arrière-pied. Enfin, l'examen apprécie l'état cutané et la vascularisation.

1.3. Imagerie

Les informations fournies sont très nombreuses mais nécessitent des clichés en charge effectués très précisément. Ils comportent un avant-pied de face, un pied total en charge, de face et de profil, une éventuelle incidence sésamoïdienne de Guntz ou Walter-Muller.

Différents angles seront mesurés ou signes recherchés :

- l'angle métatarsophalangien normalement inférieur à 12° ;
- l'angle du métatarsus varus (M1-M2) normalement inférieur à 10° ;
- l'angle d'ouverture du pied (M1-M5) normalement inférieur à 20° ;
- l'index métatarsien qui définit la longueur relative de M1 par rapport à M2.

Un index plus traduit un 1^{er} métatarsien de longueur supérieure au 2^e, un index minus, un 1^{er} métatarsien inférieur au 2^e, un index plus-minus, un 1^{er} métatarsien de longueur égale au 2^e :

- la position des sésamoïdes par rapport à la tête métatarsienne ;
- l'existence d'une exostose capitale médiale ;
- des signes d'arthrose ;
- l'angle articulaire distal du 1^{er} métatarsien, appelé angle Distal Metatarsal Articular Angle (DMAA) correspondant à l'angle entre l'axe du métatarsien et la tangente à la surface articulaire de la tête métatarsienne. Sa valeur ne dépasse pas 10° ;
- l'angle Distal second Metatarsal Articular Angle (DMEEA) correspond à l'angle entre l'axe du deuxième métatarsien et la tangente à la surface articulaire de la première tête métatarsienne ;
- l'angle de Meschan, formé par l'intersection d'une droite tangente aux têtes des premier et deuxième métatarsiens et d'une droite tangente aux têtes métatarsiennes des trois métatarsiens latéraux, dont la valeur est comprise entre 135 et 140°.

Le cliché de profil en charge permet de définir l'angle de Djian Annonier et la ligne de Meary Toméno. La ligne de Méary correspond à l'alignement de l'axe du premier métatarsien avec celui

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389775>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389775>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)