



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## Pathologie des petits orteils

### *Pathology of the small toes*

Cyrille Cazeau<sup>a,\*</sup>, Yves Stiglitz<sup>a</sup>, Christophe Piat<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Clinique Geoffroy-Saint-Hilaire, 59, rue Geoffroy-Saint-Hilaire, 75005 Paris, France

<sup>b</sup> Clinique du Dôme, 5, avenue Victor-Hugo, 75016 Paris, France



#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 21 février 2014

Disponible sur Internet le 2 avril 2014

Mots clés :

Orteils en griffe

Cor

Œil de perdrix

Bunionette

Quintus varus

Keywords:

Claw toes

Horn

Corn

Taylor Bunion

Quintus varus

#### RÉSUMÉ

Les griffes des orteils médians sont fréquentes et peuvent revêtir des formes cliniques diverses. Elles sont la conséquence d'un déséquilibre dynamique entre muscles allongeurs et raccourcisseurs des orteils. L'anatomie des orteils et l'anatomie fonctionnelle des muscles concernés sont fondamentales ; couplées à un examen clinique minutieux, elles sont la clé de la prise en charge, permettant d'identifier la plupart des étiologies. La pathologie du cinquième orteil est spécifique et s'intègre dans le cadre des déformations du cinquième rayon : griffe, cor interdigital, Taylor Bunion. Le traitement doit être d'abord conservateur et ne fait intervenir la chirurgie qu'en cas d'échec.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS, pour la Société française de rhumatologie.

#### ABSTRACT

The median claw toes are frequent and can take several clinical forms. They are the result of a dynamic imbalance between extensors and shorteners muscles of the toes. The anatomy of the toes and the functional anatomy of the muscles involved are essential, coupled with a thorough clinical examination, they are key to the management because they identify most causes. The pathology of the fifth toe is unique and is an integral part of the pathology of the fifth ray: claw toe, interdigital horn, and Taylor Bunion. Treatment should first be conservative, and involves surgery in case of failure.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS, on behalf of the Société française de rhumatologie.

### 1. Introduction

La griffe des orteils est une déformation extrêmement fréquente qui constitue un des principaux motifs de consultation de chirurgie de l'avant-pied. Elle répond à une définition précise et revêt plusieurs formes cliniques [1] qu'il faut savoir démembrer pour orienter le diagnostic étiologique et proposer, s'il est indiqué, le traitement chirurgical adapté.

### 2. Définitions et types de griffes

Une griffe d'orteil correspond à une déformation permanente dans le plan sagittal. À la différence de la position physiologique normale et transitoire que prend l'orteil lors du déroulement

du pas, le caractère permanent de la griffe a pour conséquence un hyper-appui contre la chaussure en regard des zones déformées, responsable de la symptomatologie motivant la consultation.

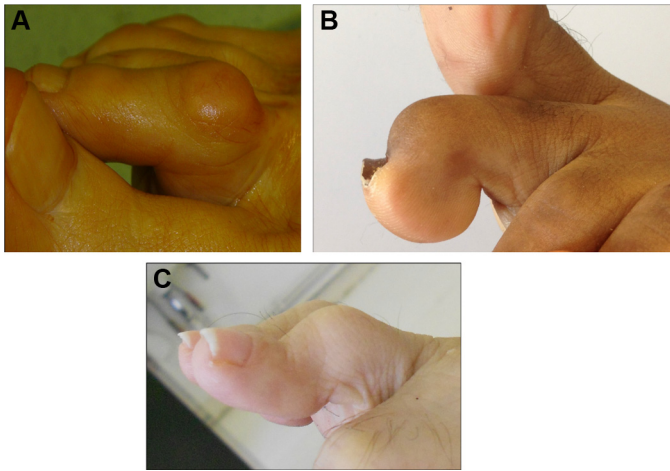
Les griffes peuvent se présenter cliniquement sous différentes formes en fonction de la localisation du conflit (Fig. 1), matérialisé par la présence d'un cor.

#### 2.1. Griffe proximale

Le cor siège à la face dorsale de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) (Fig. 2). Cette griffe correspond à une déformation en flexion de l'IPP qui s'associe à une hyperextension de l'articulation métatarsophalangienne (MP). L'articulation interphalangienne distale (IPD) est quant à elle en position indifférente.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [cyrillecazeau@free.fr](mailto:cyrillecazeau@free.fr) (C. Cazeau).



**Fig. 1.** Les différents aspects d'orteils en griffe : (A) griffe proximale, (B) griffe distale, (C) griffe inversée.



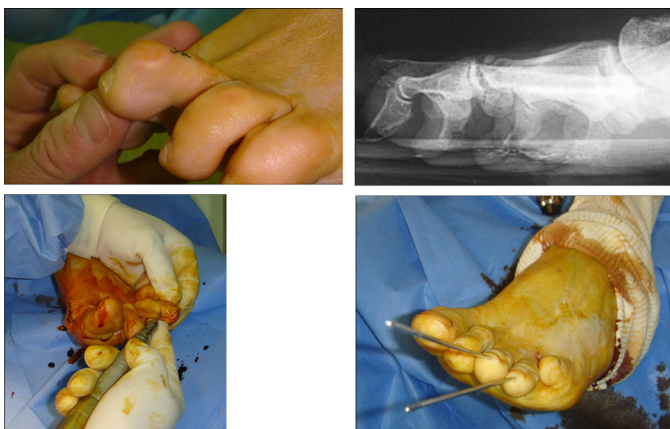
**Fig. 2.** Traitement d'une griffe proximale fixée de l'IPP par arthrodèse de celle-ci associée à une ténotomie percutanée du long extenseur.

## 2.2. Griffe distale

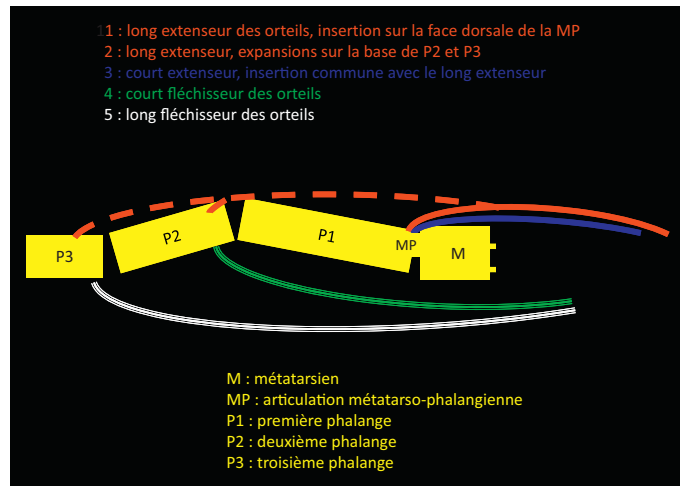
Un cor est localisé à la face dorsale de l'IPD qui est déformée en flexion et s'accompagne d'une deuxième zone de conflit sur la pulpe de l'orteil (Fig. 3). L'IPD est en flexion ; les IPP et MP sont en position neutre.

## 2.3. Griffe totale

Comme une addition des deux formes précédentes, une griffe totale expose à l'apparition de cors dorsaux (en regard de l'IPP et de l'IPD) et pulpaire. Ces deux articulations sont fléchies et la MP en hyperextension.



**Fig. 3.** Traitement d'une griffe distale de l'IPD par arthrodèse percutanée montée par broche.



**Fig. 4.** Anatomie schématisée de l'insertion des tendons extenseurs et fléchisseurs des orteils.

## 2.4. Griffe totale inversée

Contrairement à la griffe totale, le conflit se situe à la face dorsale de l'IPP et à la face plantaire de l'IPD (Fig. 1). Elle résulte d'une flexion de l'IPP et d'une extension de l'IPD. La MP se positionne en hyperextension réactionnelle. Cette présentation clinique est très similaire à une boutonnière d'un doigt même si la physiopathologie diffère.

En fonction de leur forme évolutive, il faut également distinguer ce qui suit.

## 2.5. Griffe réductible

La pression sous les têtes métatarsiennes lors de l'examen clinique permet de réduire la griffe. L'extension active de l'orteil est possible.

## 2.6. Griffe fixée

La réduction active par le patient ou passive par l'examineur n'est plus possible. Le caractère fixé de la griffe s'explique par une rétraction capsulo-ligamentaire des MP, IPP, ou IPD, à laquelle peut parfois s'associer des rétractions tendineuses.

## 2.7. Luxation métatarsophalangienne

À la rétraction capsulo-ligamentaire dorsale de la MP s'associe une altération de la plaque plantaire qui aboutit progressivement à la luxation dorsale de l'articulation. La découverte plantaire se traduit par une hyperpression sous la tête métatarsienne avec une hyperkératose réactionnelle.

La reconnaissance de ces différentes formes cliniques, associée aux notions fondamentales d'anatomie du pied, permettent le diagnostic étiologique.

## 3. Anatomie

### 3.1. Rappels anatomiques

Chaque rayon (du deuxième au cinquième) est constitué d'un os métatarsien et de trois phalanges, numérotées de proximal à distal : première phalange (P1), deuxième phalange (P2) et troisième phalange (P3) (Fig. 4). L'ensemble est animé par un appareil

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389776>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389776>

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