



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Chirurgie de l'avant-pied inflammatoire



Surgical management of the forefoot in chronic inflammatory arthritis

Jean-Alain Colombier*, François Lintz

Clinique de l'union, boulevard de Ratalens, 31240 Saint-Jean, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 21 février 2014

Disponible sur Internet le 20 avril 2014

Mots clés :

Rhumatisme inflammatoire

Polyarthrite rhumatoïde

Rhumatisme psoriasique et

spondyloarthrites

Avant-pied

Chirurgie

Arthroplastie

Keywords:

Chronic inflammatory arthritis

Rheumatoid arthritis

Spondylarthritis

Foot

Forefoot

Surgery

RÉSUMÉ

Les traitements médicamenteux modernes des rhumatismes inflammatoires chroniques permettent progressivement de modifier leur prise en charge chirurgicale. Les atteintes articulaires destructrices sévères et les déformations historiques devraient diminuer, la présentation du pied rhumatoïde se rapprochera alors de celle du pied statique. Leur étiopathogénie ayant une base mécanique commune, nous en rappellerons ici les principes et les présentations cliniques les plus fréquentes. L'objectif de ce travail étant de présenter les techniques chirurgicales classiques et leurs évolutions récentes, nous détaillerons les gestes sur le premier rayon : résections-arthroplasties, ostéotomies du premier métatarsien conservatrices de l'articulation métatarso-phalangienne. Nous aborderons ensuite les gestes sur les rayons latéraux avant de proposer un arbre décisionnel chirurgical basé sur la classification de Nijmegen.

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

ABSTRACT

Modern drug therapies for the treatment of chronic inflammatory arthritis are progressively changing the surgical approach. Severe joint destructions and historic cases of forefoot deformities will no longer be the mainstay. Instead, surgical treatment of the rheumatoid forefoot will be much more like the static version. Their pathogenesis being based on the same mechanical principles, we will describe these as well as the most frequent clinical presentations. The object of this work is furthermore to present classical surgical technics and the most recent evolutions. We will describe first ray procedures, from resection-arthroplasty to modern joint-preserving first metatarsal osteotomies. Lesser rays procedures will then be described before proposing a surgical decision algorithm based on the Nijmegen classification.

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

1. Introduction

L'atteinte de l'avant-pied est extrêmement fréquente chez les patients porteurs d'une arthrite inflammatoire : polyarthrite rhumatoïde (PR) et spondyloarthrites (SpA). Elle est inaugurale dans ces pathologies dans presque un quart des cas. La synovite inflammatoire est à l'origine des lésions capsulo-ligamentaires, tendineuses et ostéo-articulaires.

La réussite de la prise en charge thérapeutique est liée à une approche pluridisciplinaire, la prise en charge chirurgicale étant une partie importante du traitement : 20% des interventions réalisées dans la PR sont effectuées au niveau de l'avant-pied [1].

Le *gold standard* reste l'arthrodèse métatarso-phalangienne mais du fait des progrès des traitements médicaux, avec l'arrivée des biomédicaments, cette prise en charge peut être conservatrice et doit alors être le plus précoce possible.

2. Mécanisme pathologique des déformations

La déformation de l'avant-pied dans les arthrites inflammatoires est essentiellement liée à la synovite ténéo-articulaire responsable de la destruction des éléments de stabilisation articulaire. Elle débute le plus souvent au niveau de la première articulation métacarpo-phalangienne (MTP) puis progresse rapidement au niveau des MTP des orteils latéraux.

Dans un certain nombre de cas, l'atteinte peut ne toucher que les rayons latéraux.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : j-a.colombier@clinique-union.fr (J.-A. Colombier).

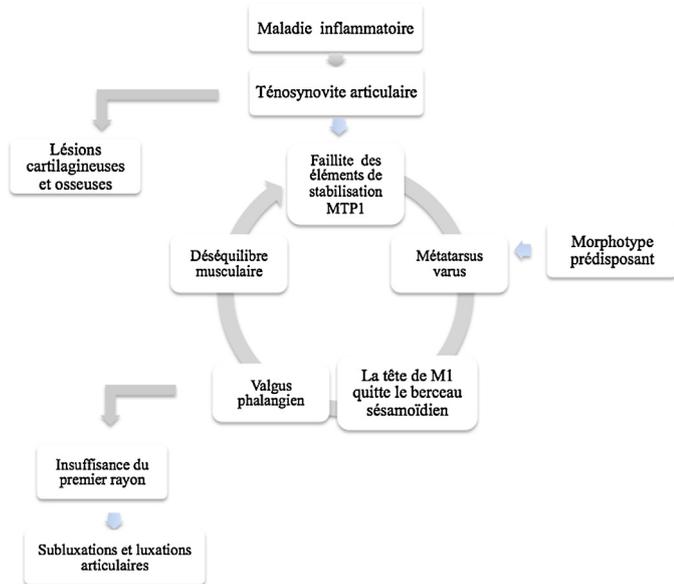


Fig. 1. Mécanismes pathogéniques des déformations.

Les articulations devenues instables vont se déformer sous l'action des contraintes mécaniques appliquées à l'avant-pied lors de la marche et l'action des muscles extrinsèques extenseurs et fléchisseurs des orteils.

Le dysfonctionnement des muscles intrinsèques liés aux subluxations articulaires et à l'atteinte inflammatoire des muscles responsable de parésies et d'amyotrophies va encore aggraver les déformations et la déstructuration de l'avant-pied (Fig. 1).

Dans une phase plus avancée vont apparaître les altérations du cartilage articulaire et les érosions osseuses au niveau des épiphyses.

La présence d'un morphotype ou de facteurs génétiques (comme une hallomégalie ou un métatarsus varus) prédisposant à la formation d'un hallux valgus va en accélérer l'évolution.

La fréquence de la déformation de l'avant-pied dans une population n'ayant pas d'atteinte inflammatoire est de l'ordre de 25 % avec une forte prédominance féminine. Cette même prédominance féminine se retrouve chez les patients porteurs d'une arthrite inflammatoire (3/4). Ces facteurs aggravants sont donc fréquemment associés. Dans ces cas, le rhumatisme inflammatoire ne fait que précipiter les troubles architecturaux qui seraient apparus de toute façon dans le cadre d'un avant-pied statique [2].

Il existe classiquement des différences d'atteintes en fonction du rhumatisme, classiquement dans la PR, les lésions touchent au début le plus souvent les articulations métatarso-phalangiennes. L'atteinte de la 5^e métatarso-phalangienne et du tarse est fréquente. Dans les SpA, l'atteinte débute au niveau de l'arrière-pied, celle de l'avant-pied est plus tardive et sans spécificité. Dans le rhumatisme psoriasique, les lésions sont bilatérales mais asymétriques intéressant préférentiellement les interphalangiennes distales qui sont grignotées à leur périphérie avec apparition d'une réaction périostée dans les zones d'insertion ligamentaires.

3. Clinique

Lorsque la chirurgie se discute, les plaintes des patients peuvent être représentées par des douleurs et des déformations.



Fig. 2. Coup de vent fibulaire des orteils.

3.1. Douleurs

Les douleurs sont diffuses au niveau des zones d'appui, liées à des chevauchements d'orteils et des conflits avec la chaussure ; elles sont aussi articulaires déclenchées lors de la mobilisation. Elles sont responsables d'une diminution importante du périmètre de marche et des aptitudes fonctionnelles du pied (amortissement, adaptation, propulsion).

3.2. Déformations

3.2.1. Le coup de vent fibulaire des orteils

Le coup de vent fibulaire des orteils (Fig. 2) est typique de l'avant-pied rhumatoïde. Le gros orteil est dévié en valgus ainsi que les 5 orteils latéraux. Il existe des luxations dorsolatérales des MTP et des griffes. Dans quelques cas (moins de 30 %), le gros orteil reste axé et le coup de vent n'est retrouvé que sur les orteils latéraux. De ce fait, la prise en charge des contraintes par le premier rayon est efficace, les métatarsalgies et les lésions du capiton plantaires sont moindres [3].

3.2.2. L'avant-pied convexe triangulaire

L'avant-pied convexe triangulaire (Fig. 3) présente un coup de vent latéral sur les rayons moyens, un hallux valgus avec métatarsus varus souvent important, un valgus du 5^e métatarsien avec un quintus varus infraductus. Ici l'insuffisance du premier rayon est majeure retentissant sur les rayons moyens avec une luxation dorsale des MTP, des griffes liées à la rétraction et à la luxation des tendons, une atrophie du capiton plantaire.

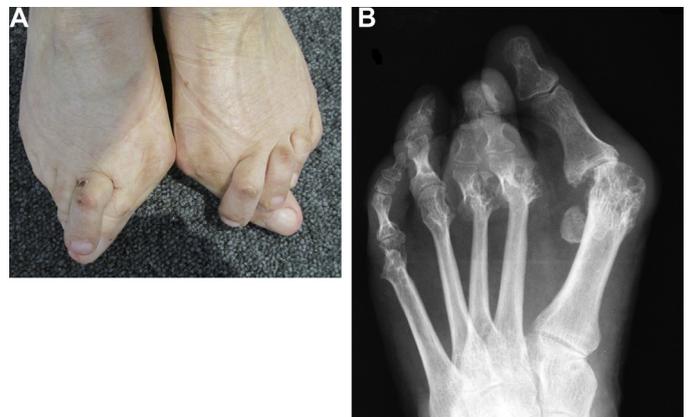


Fig. 3. Avant-pied triangulaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389779>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389779>

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