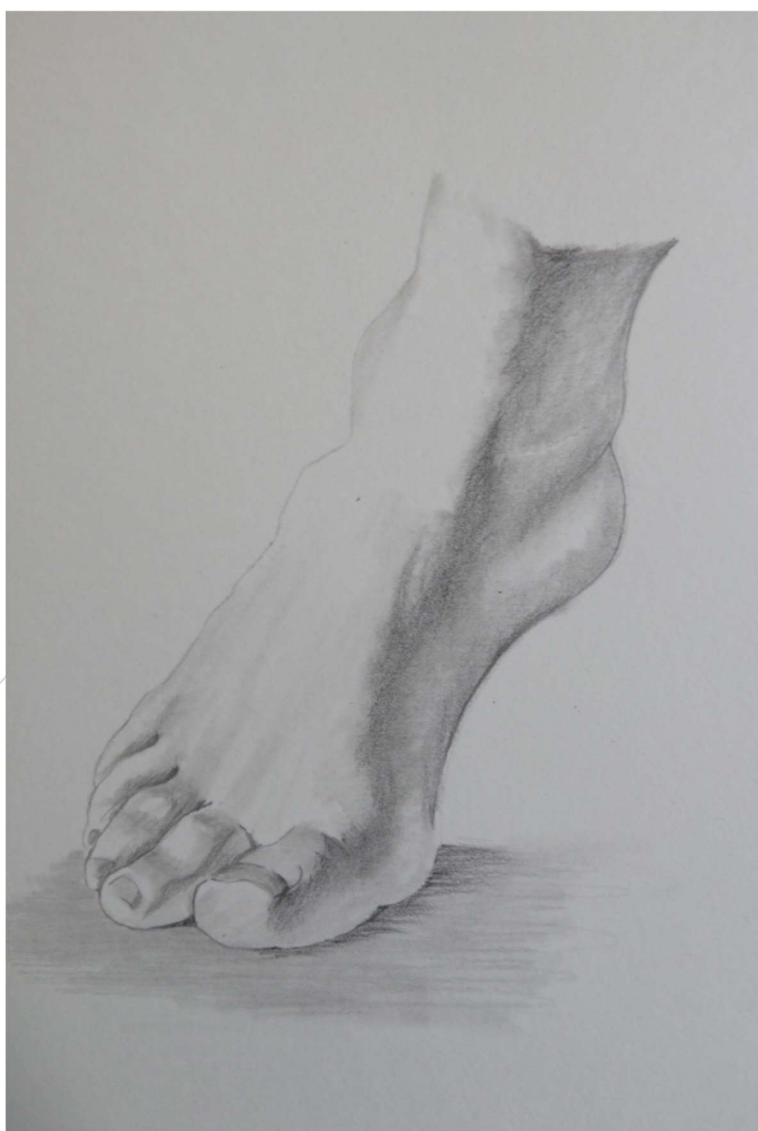


Docteur GAUDOT Fabrice

HALLUX VALGUS

Correction chirurgicale
Informations et conseils



Version : Juillet 2023

Docteur GAUDOT Fabrice

CLINIQUE JOUVENET
6 SQUARE JOUVENET
75016 PARIS

CORRECTION CHIRURGICALE d'HALLUX VALGUS

Informations et conseils

VOUS PRESENTEZ UN HALLUX VALGUS
VOTRE CHIRURGIEN VOUS PROPOSE UNE CORRECTION CHIRURGICALE.

Il vous en a expliqué le principe thérapeutique, les raisons de l'intervention, les modalités pratiques et les risques éventuels. Ce livret est un support qui regroupe ces informations.

HALLUX VALGUS : GENERALITES

DE QUOI S'AGIT-IL ?

L'**hallux valgus** est la déformation la plus fréquente du pied.

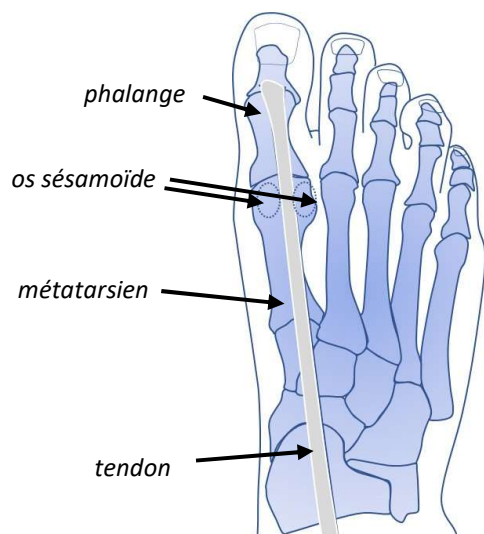
Le premier orteil (dénommé « hallux ») s'incline vers les petits orteils latéraux (en « valgus »). Il en résulte une saillie osseuse (« exostose ») à l'origine de phénomènes douloureux et de gêne au chaussage.

Avec le temps, la déformation peut s'aggraver progressivement avec l'apparition de durillons (peau épaisse) sous le pied et sur les orteils latéraux qui évoluent progressivement « en griffes ». Il peut également y avoir des plaies avec infection.

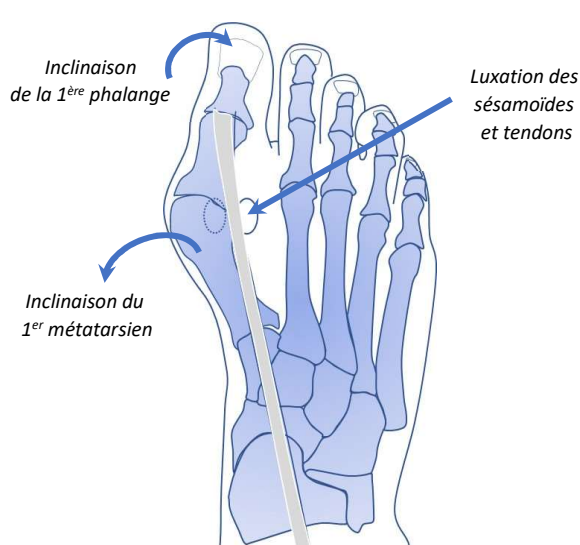


Les facteurs favorisants sont multiples :

- Le sexe féminin (9 femmes pour 1 homme) en raison des ligaments, plus souples, qui sont soumis aux variations hormonales
- Formes familiales
- Excès de longueur du premier orteil (pied égyptien)
- La fréquence augmente avec l'âge
- Le surmenage ligamentaire : sport (danse, course à pied...), surcharge pondérale, contraintes traumatiques ou micro traumatiques répétées, chaussage contraignant
- Les affections articulaires ou péri-articulaires (rhumatismes articulaires, pied plat)



Anatomie du pied normal



Hallux valgus

Pathologie des autres orteils

La déformation du gros orteil entraîne une insuffisance d'action de ce dernier.

Par conséquent, les autres orteils (souvent le 2^{ème} et/ou le 3^{ème}) subissent une « surcharge de travail » surtout s'ils sont plus longs que le gros orteil. Il en résulte une apparition de corne sous le pied (**durillon d'appui**). Ensuite surviennent des douleurs de ces orteils (**métatarsalgies**) causées par un étirement des ligaments (plaque plantaire). Dans les cas majeurs, les ligaments peuvent se rompre ce qui crée une luxation de l'orteil et une griffe.

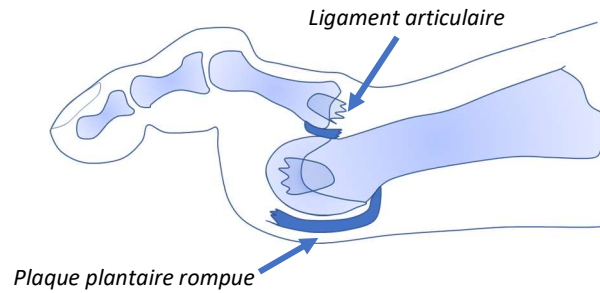


Schéma : Luxation Métatarso-phalangienne



**Photo : Syndrome du deuxième rayon sur
Hallux valgus :
Griffe et durillon plantaire (cercle)**

TRAITEMENT de l'HALLUX VALGUS

Points forts :

- **La grande majorité des hallux valgus ne nécessite pas d'intervention.**
- **L'indication de l'intervention dépend de la gêne ressentie et non de l'importance de la déformation.**
- **L'intervention ne peut pas être proposée pour des raisons esthétiques.**

Adaptation du chaussage : c'est la première mesure à prendre. Il faut des chaussures en cuir, assez larges et à talon plat. Cette mesure reste longtemps efficace ; éventuellement complétée par des semelles orthopédiques (réalisées par un pédicure-podologue) ou des « orthoplasties » (cales en silicone autour d'un ou plusieurs orteils) en cas de griffe.

Un traitement médical antalgique est prescrit en cas de phénomènes douloureux aigus. Mais il ne pourra pas stabiliser ou corriger la déformation.

Les orthèses nocturnes (attelle type Epitact®) **et les infiltrations** ne peuvent pas diminuer la déformation, mais peuvent soulager temporairement une poussée douloureuse.

Prévention : il faut tous les jours étirer ses orteils (après la douche, lors du séchage des pieds) afin de lutter contre les enraidissements en griffe. Éviter les chaussures très étroites à talons hauts.

Le traitement chirurgical est proposé quand les douleurs limitent vos activités, que le chaussage devient difficile et/ou que les orthèses deviennent inefficaces.

QUE SE PASSE-T-IL EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT ?

Points forts :

- **L'évolution est très variable d'un individu à un autre. Chaque cas est particulier et il n'est pas possible de prédire avec exactitude son évolution potentielle.**
- **Dans la majorité des cas, l'adaptation du chaussage suffit.**
- **La chirurgie est proposée dans les cas les plus avancés.**

Dans **les cas favorables** : la déformation peut se stabiliser et rester asymptomatique.

Cependant, **la déformation peut s'aggraver**, plus ou moins rapidement, avec une augmentation de la douleur en regard de la bosse.

Ensuite, les orteils latéraux peuvent devenir douloureux (métatarsalgies, syndrome du deuxième rayon, luxation des orteils) et/ou peuvent se déformer en griffe.

Enfin, les déformations peuvent entraîner des plaies cutanées, avec possibilité d'infection - bursite infectieuse - puis de l'articulation – arthrite- et enfin des os - ostéite. Cette situation peut être grave et même conduire à une exceptionnelle amputation surtout en cas de pathologies chroniques préexistantes (Diabète très évolué et/ou trouble artériel de type artérite: artères bouchées).

PRINCIPE DE L'OPERATION

But de l'intervention : l'intervention permet de corriger la déformation et de remettre le cartilage dans sa position optimale, afin de redonner au gros orteil sa fonction.

Il ne suffit pas de « raboter » la bosse, mais bien **de remettre tout le cartilage articulaire à sa place**. Le raccourcissement est de quelques millimètres et ne change pas la pointe.

Anesthésie : l'intervention est souvent pratiquée sous anesthésie loco-régionale : seule la jambe est endormie.

Acte chirurgical :

La correction de la déformation se fera par **des gestes osseux** et **des gestes sur les parties molles** en conservant les mobilités articulaires de l'articulation métatarso-phalangienne.

- *Gestes sur les parties molles (capsule, ligaments, tendons)* : libération des adhérences et des rétractions produisant la déformation, libération et allongement de certains tendons et/ou ligaments, réparation de ligaments distendus + transfert de certains tendons, corrigeant ainsi la déformation...

- *Gestes osseux* : la correction de la déformation est réalisée en réalisant une coupe osseuse – ostéotomie- à l'aide d'une micro-scie chirurgicale dédiée à cette intervention) de l'os du premier métatarsien et de la première phalange. La technique utilisée de préférence est une ostéotomie en **chevron mini-invasif** : intermédiaire entre la chirurgie « classique » et la chirurgie « percutanée ».

Les techniques « percutanées » utilisent plusieurs incisions millimétriques, permettant le passage d'instruments spécifiques qui sont guidés sous la peau par un contrôle radiographique.

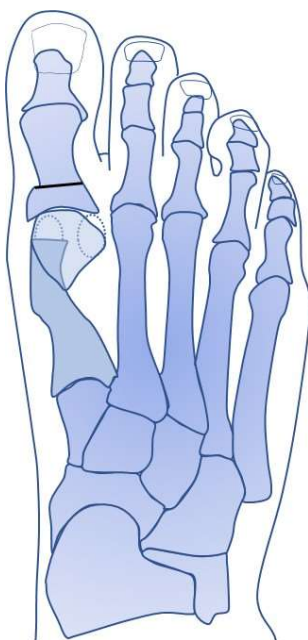
Le choix de la technique employée dépendra de l'importance de votre déformation, de l'existence d'une arthrose ou non, de votre âge (qualité d'os)...

Le fragment ainsi détaché (tête métatarsienne sur laquelle repose le cartilage) est replacé au-dessus des os sésamoïdes. La correction est maintenue par une vis et une agrafe (en titane). Le matériel restera en place toute la vie. Après 1 an, s'il devenait gênant (vis palpable), le matériel pourrait être retiré lors d'une intervention courte.

La suture cutanée est réalisée par des fils résorbables.



*Orientation des coupes
d'ostéotomie et déplacement
des extrémités osseuses*



*Translation des pièces
osseuses*



*Radiographie post-
opératoire*

Cas particulier : chirurgie des « petits orteils » :

En cas de métatarsalgies avec atteinte des ligaments, il faut recalibrer la longueur du métatarsien afin de diminuer la charge de l'articulation.

Ce geste est appelé **une ostéotomie de Weil**. Il est souvent pratiqué sur plusieurs orteils - en grande majorité les 2^{ème} et 3^{ème}. Parfois, il peut toucher également le 4^{ème} et plus rarement le 5^{ème}. Il peut y avoir ou non une mise en place de vis.

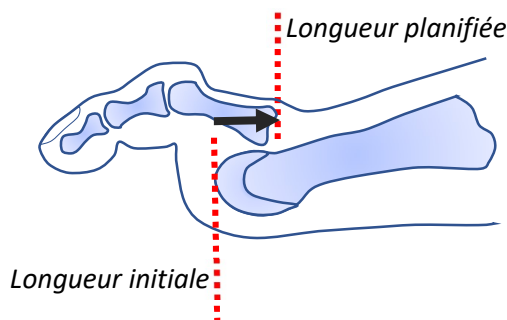


Fig. : schéma d'une grave luxation

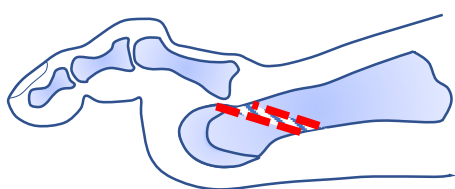


Fig. : traits de coupe de Weil

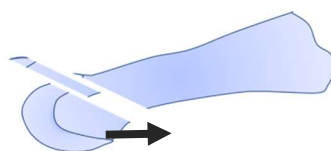


Fig. : Ablation d'une petite tranche osseuse et déplacement en raccourcissement de la tête

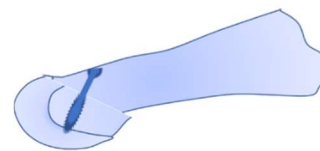


Fig. : Raccourcissement désiré et mise en place d'une vis si besoin

Autres gestes :

D'autres gestes peuvent être pratiqués. La décision ne peut parfois se prendre que pendant l'intervention.

Il peut être nécessaire d'allonger des tendons fléchisseurs ou extenseurs de vos orteils (**ténotomie/allongement**) voire à modifier leur chemin (**transferts tendineux**) ou à raccourcir des phalanges trop longues (**ostéotomie phalangienne** ou **résection arthroplastique**).

EN RESUME

Chirurgie « à la carte » adaptée à chaque cas.

Le but des gestes associés est de traiter les douleurs et déformations des orteils afin d'optimiser le résultat final en une seule intervention.

La probabilité de la réalisation de ces gestes est proportionnelle à la gravité de la déformation.

QU'EST CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION ?

L'intervention permet de corriger votre déformation du pied et, par ce biais, supprimer les douleurs de l'orteil liées au frottement inadéquat dans la chaussure. Ce qui permet d'améliorer la qualité de vie.

Le but est de positionner le cartilage au-dessus des sésamoïdes. Le gros orteil, dans sa position de fonction, n'est pas forcément aligné sur une droite parfaite : il peut persister une légère courbure naturelle. Un pied trop corrigé - hallux varus - peut être douloureux.

HALLUX VALGUS : EN PRATIQUE

PROGRAMMATION DE L'INTERVENTION

L'intervention est proposée au décours d'une ou plusieurs consultations.

Le geste est, en général, réalisé lors d'une hospitalisation ambulatoire (entrée et sortie le même jour).

Avant l'intervention :

La secrétaire du Docteur Gaudot va organiser l'intervention avec vous :

- Choix d'une date opératoire et mise en relation avec l'anesthésiste
- Remise des ordonnances : chaussure de décharge, cannes, savon désinfectant, matériel de pansement
- Consentement éclairé (Qui vise à tracer que l'information a été délivrée – obligation légale)
- Devis des honoraires chirurgicaux et d'anesthésie (à adresser à votre mutuelle)

La consultation d'anesthésie : elle est **obligatoire**. Prendre rendez-vous au 01 42 15 41 32.

- Le but est de choisir le meilleur mode d'anesthésie (souvent une anesthésie locorégionale) et d'informer sur les précautions à prendre et les risques éventuels,
- L'anesthésiste vous remettra l'ordonnance des médicaments. De cette façon, vous n'aurez pas à aller à la pharmacie après l'opération,
- L'anesthésie vous précisera les traitements personnels à poursuivre et arrêter éventuellement. Les horaires à respecter quant aux repas et boissons, usage du tabac (pas de nourriture 6 heures avant, pas de boissons 2 heures avant).

Formalités d'admission :

Pour tout renseignement : 01 42 15 41 20

Au sortir de la consultation avec votre chirurgien (date opératoire prise), une préadmission est à réaliser par internet sur le portail de la Clinique Jouvenet (<https://www.ramsayservices.fr/realisez-votre-pre-admission-en-ligne>).

PARTICULARITES DE L'AMBULATOIRE

La secrétaire vous indique la date de l'intervention.

Cependant, l'horaire de convocation est précisé 24heures avant par SMS

En effet, votre horaire d'arrivée est adapté à votre heure de passage au bloc. Ce dispositif vise à minimiser votre temps d'attente dans l'établissement.

LA VEILLE DE L'INTERVENTION

Chez vous : vous devrez prendre une douche corps entier y compris la tête avec la solution de Bétadine moussante ou Hibiscrub (si vous avez une allergie) (bien se rincer à l'eau claire). Vous reprendrez une douche le matin de l'intervention avant de venir à la clinique. Vous pouvez vous sécher avec votre serviette personnelle.

En général, il faut être à jeûn après minuit (pas de tabac, eau, confiserie, nourriture), cf. consultation d'anesthésie.

La dépilation n'est pas nécessaire.

Enlevez le vernis, brossez et coupez vos ongles. Venez sans bijou.

LE JOUR DE L'INTERVENTION

Pour se présenter à la clinique, NE PAS OUBLIER :

En cas d'hospitalisation de jour (ambulatoire) : présence d'un proche au domicile le soir

Ordonnances des traitements personnels

Cannes

Chaussure de décharge

Radiographies (si le docteur Gaudot ne les a pas gardées)

Carte d'identité

Carte vitale

Moyen de paiement

Hospitalisation :

L'hospitalisation est **ambulatoire** (une journée d'hospitalisation). Dans certains cas, selon votre situation médicale et sociale, une hospitalisation d'une ou deux nuits peut être proposée.

L'horaire est précisé par SMS la veille de l'intervention (selon votre heure de passage au bloc).

Il faut se présenter à jeûn (cela est expliqué pendant la consultation d'anesthésie).

Présentez-vous à l'entrée de la clinique, l'accueil vous orientera. Une infirmière vous accueillera et vous préparera.

Anesthésie :

Vous descendez au bloc opératoire et votre anesthésiste pratique l'anesthésie convenue. En règle générale, seule la jambe est endormie (anesthésie loco-régionale).

En salle d'opération :

L'équipe du Docteur Gaudot est composée d'un(e) infirmier(ère) de bloc et de l'infirmier aide-opératoire du Docteur Gaudot (William). Le geste chirurgical dure environ 30 minutes.

Plusieurs questions de sécurité sont posées plusieurs fois (identité, présence d'allergie, nom de votre chirurgien, type d'intervention prévue, côté) dans le cadre de la check-list de sécurité recommandée par la Haute Autorité de Santé (le Docteur Gaudot est accrédité par la HAS).

Vous serez installé sur le dos. L'intervention ne débute qu'après les vérifications de sécurité concernant le matériel. La technique est décrite dans un paragraphe précédent (cf. supra).

En salle de réveil :

Vous restez environ 30 minutes en salle de réveil puis vous remontez dans votre chambre en passant par la radiologie.

Dans votre chambre :

Les infirmières de chirurgie ambulatoire vérifient que l'anesthésie commence à se lever. Une collation vous est proposée. On vérifie la reprise du transit et des mictions. Le pansement est surveillé (saignement éventuel), ainsi que la survenue de douleurs éventuelles. Quand votre autonomie est satisfaisante, votre sortie est autorisée.

Chez vous :

Le soir, prenez bien les traitements prescrits sans attendre que la douleur ne soit trop importante.

Il faut toujours utiliser la chaussure de décharge à porter à la marche pour une durée d'un mois

L'appui est permis dans les suites immédiates de l'intervention. **Cependant, du fait de l'anesthésie locale qui diminue la force de la jambe, il faut soulager l'appui pendant les 2 premiers jours (risque de chute) et utiliser des cannes.**

LES SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES : le retour à la maison

Appui : l'appui est autorisé.

Vous **pouvez** poser le pied opéré et mettre le poids du corps, mais **TOUJOURS** avec la chaussure prescrite (au domicile comme dehors).

Il faut très **peu marcher** : le **périmètre de marche doit être limité au domicile la première semaine**. Une position verticale prolongée augmente les douleurs, l'œdème du pied, l'hématome du site opéré.

Bien entendu, la quantité d'appui (= le poids que porte le pied opéré) sera modulée selon les douleurs. Par conséquent, utilisez les cannes pour éviter le déséquilibre et soulager un peu le pied.

La chaussure : toujours la porter jusqu'à la consultation de contrôle.

L'appui se fait sous protection d'une chaussure de décharge post-opératoire (GIMED, SOBER, IGLOO, PODONOV) qu'il faut toujours porter à la marche pendant 30 jours. La chaussure peut être retirée quand vous êtes assis au repos et pour dormir.



Le pansement

Selon le type de chirurgie (le protocole est décidé par le Docteur GAUDOT) :

- **Cas n°1 : il n'y a pas nécessité de toucher au pansement.**
Dans ce cas, vous gardez la bande pendant 15 jours. Si elle vous paraît trop serrée, vous pouvez la desserrer un peu, cela ne comporte aucun risque. Vous serez revu au 15^{ème} jour pour que le Docteur Gaudot retire le pansement.

- **Cas n°2 : vous avez une prescription de pansement :**

Une infirmière doit faire le pansement, trois fois par semaine pendant 15 jours (désinfecter, recouvrir d'un pansement sec et mettre une cravate en élastoplaste). Il convient donc de prendre rendez-vous avec une infirmière libérale, proche de chez vous.

L'hygiène des mains est capitale : il faut toujours bien se laver les mains avant de toucher au pansement.

Les fils sont résorbables (sauf cas particuliers).

Surélever le pied et glacer 3 fois par jour pendant 20 minutes pendant 1 semaine puis 2 fois/jour pendant 3 semaines.

Ne mouillez pas le pied : protégez dans un sac en plastique. Lavez les orteils et la plante du pied avec un gant.

Les médicaments

La prescription est faite par l'anesthésiste, le plus souvent lors de la consultation d'anesthésie dans le cas d'une prise en charge ambulatoire. La douleur post-opératoire est bien contrôlée par des antalgiques simples (Paracétamol, Tramadol, Acupan, Anti-inflammatoires).

Il ne faut pas attendre d'avoir très mal, prenez les antalgiques selon le rythme prescrit. Chez certains patients : la levée d'anesthésie (habituellement progressive) se fait assez brutalement ce qui occasionne une vague de douleur : c'est passager, il faut prendre de l'ACUPAN.

Conformément aux recommandations officielles des sociétés savantes, sans facteur de risque, il n'y a pas de prescription de traitement anticoagulant. Cependant, si vous avez des risques de phlébite, ce traitement sera prescrit.

MERCI DE SIGNALER TOUT ANTECEDENT DE PHLEBITE.

Arrêt de travail

Un arrêt de travail est souvent nécessaire. Un arrêt est donné jusqu'à la première consultation (à 1 mois) ce qui permet de discuter d'une éventuelle prolongation. La durée d'arrêt est fonction du type de travail : plus courte pour des professions sédentaires et plus longue pour un travail de force.

Conduite automobile - Sport

Il ne faut pas conduire pendant 1 mois, en particulier si vous êtes opéré(e) du pied droit (frein).

De même, il ne faut pratiquer aucun sport. Sont tolérés les exercices du haut du corps et du tronc (à plat dos) si vous prenez garde à ne pas avoir de choc sur le pied opéré.

Urgence

En cas de problème, vous pouvez appeler au :

Secrétariat : 01 42 15 42 89 de 9h30 à 17h

Clinique : 01 42 15 41 97 de 17h à 9h30 et les week-ends

LES SUITES OPERATOIRES : LES PREMIERS MOIS

PREMIER MOIS : précautions+++ (Chaussure - Cicatrice - Repos)

DEUXIEME MOIS : reprise d'une vie normale (activité peu soutenue)

TROISIEME MOIS et après : reprise d'une vie plus active, sport

DU PREMIER AU DEUXIEME MOIS

Une consultation avec le Docteur Gaudot est prévue à 1 mois post-opératoire avec réalisation de radiographies.

Le périmètre de marche va aller grandissant. Des douleurs peuvent survenir au décours de marches prolongées. Si vous avez trop forcé, des douleurs peuvent réapparaître : prenez des comprimés.

Le pied garde encore de l'œdème. Si le pied est trop gonflé : mettez-le en l'air, glacez.

A 4 semaines post-opératoires, un chaussage normal est repris : confortable et large avec des lacets (type paire de tennis). Progressivement, un chaussage plus fin (escarpins...) sera possible.

La rééducation n'est pas systématique, mais il est toujours préférable de tirer sur vos orteils et de les étirer.

Une activité sportive légère (natation, vélo d'appartement...) est possible à partir de la 6^{ème} semaine post-opératoire.

La conduite automobile est généralement reprise au bout d'un mois.

DU DEUXIEME AU TROISIEME MOIS et après...

Les sports sans impact sont autorisés après le 2^{ème} mois : balades, randonnées, sport en salle, yoga, pilates...

Des sports plus contraignants (footing, randonnée, step, tennis...) redeviennent possibles après 3 à 6 mois post-opératoires.

Les articulations peuvent être plus raides qu'avant l'intervention. Elles vont s'assouplir toute la première année.

Le port de talons est possible. Il faut éviter les talons très hauts et les chaussures serrées avant le 3^{ème} mois.

LES RISQUES et COMPLICATIONS

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, **toute intervention comporte un risque de complication**. Ces risques peuvent être le fait du hasard, de facteurs non-contrôlables, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non, locaux ou généraux) ou le non-respect des consignes post-opératoires.

Il ne faut pas perdre de vue que **la chirurgie du pied est une chirurgie dont les suites sont très souvent simples**. Nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans votre pathologie.

INFECTION : l'infection se déclare après le passage d'un germe présent sur la peau du patient vers la profondeur. La désinfection et les protocoles de préparation cutanée permettent de diminuer fortement le risque. De même, au domicile, une bonne hygiène, l'utilisation de serviettes lavées quotidiennement, les ongles courts, brossés (main et pieds), permettent de minimiser le risque. En effet, les bactéries sont omniprésentes, autant chez vous que dans les établissements de santé.

L'infection peut être superficielle, mais aussi peut nécessiter une intervention de nettoyage chirurgical et l'administration d'antibiotiques.

L'infection peut retarder le résultat et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles (raideur, perte de correction).

Certains facteurs comme le diabète, le tabagisme ou des immunodépressions (corticoïdes...) peuvent favoriser la survenue de cette complication.

TROUBLE DE CICATRISATION : les troubles de cicatrisation peuvent aller de la cicatrice disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Le risque est augmenté par une pathologie générale ou locale (diabète, fumeur, insuffisances circulatoires). Très souvent, des soins infirmiers adaptés (pansement gras) permettent d'en venir à bout. Cependant, la nécrose cutanée peut exceptionnellement nécessiter d'envisager une greffe de peau ou la réalisation d'un lambeau cutané. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection.

HEMATOME : c'est la présence de sang sous la cicatrice. Il survient chez des patients sous anticoagulants ou bien chez ceux qui n'ont pas suffisamment respecté les consignes de repos. Il faut limiter la marche (au domicile) et glacer le pied au moins 3 fois par jour. Cet hématome peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical).

L'INTOXICATION TABAGIQUE : L'intoxication tabagique est un facteur de risque extrêmement néfaste pour la chirurgie du pied et de la cheville (entre autres). Le tabac favorise les troubles cicatriciels, les infections et les complications thrombo-emboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse.

Pour des suites simples :

Le sevrage du tabac est FORTEMENT recommandé

N'hésitez pas à contacter **TABAC INFO SERVICE** au 39.89 ou www.tabac-info-service.fr

DÉMONTAGE ET BRIS DE MATÉRIEL : l'intervention consiste à mobiliser des fragments osseux et à les fixer par des vis et agrafes, le temps que le corps cicatrise. Malgré la qualité des implants, les fragments peuvent se déplacer du fait de contraintes mécaniques trop élevées (choc sur le pied, appui intempestif) ou bien sur une résistance de l'os qui est insuffisante. Le démontage peut nécessiter une intervention de réparation. Facteurs de risque : ostéoporose, sujet âgé, obésité, tabagisme, non-respect des consignes chirurgicales.

MATERIEL (VIS) : le matériel chirurgical est inerte et n'est pas visible ou ressenti. Il n'est pas nécessaire de l'enlever. A distance de l'intervention initiale, si celui-ci était responsable d'une gêne ou d'un conflit local, il peut être utile de le retirer.

ABSENCE DE CONSOLIDATION OSSEUSE : la prise en charge chirurgicale de votre pathologie est basée sur la consolidation osseuse qui est un phénomène biologique. Parfois, l'os ne cicatrise pas ce qui peut nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale (greffe osseuse). Facteurs de risque : ostéoporose, tabagisme, sédentarité, absence de respect des consignes chirurgicales, infection.

LES METATARSALGIES DE TRANSFERT : l'intervention ne corrige que le gros orteil. Souvent, les petits orteils sont un peu longs (pied grec) et appuient beaucoup, surtout avec des talons. S'ils ne sont pas symptomatiques, votre chirurgien ne va pas proposer de les corriger. Dans certains cas, du fait de la correction de la déformation du gros orteil, vos appuis à la marche peuvent être modifiés et entraîner des douleurs au niveau des autres métatarsiens (d'où le terme de « métatarsalgie de transfert ») pouvant parfois nécessiter un traitement spécifique secondairement (orthèse, semelle, intervention chirurgicale).

RAIDEUR : tout geste articulaire peut entraîner un enraidissement de l'articulation, temporaire ou définitif. Cette raideur peut nécessiter des séances de rééducation ou même une réintervention (arthrolyse).

RÉCIDIVE : malgré une correction initiale favorable, une récurrence de la déformation est toujours possible. Précoce, elle est peut-être la conséquence d'un état prédisposant personnel (hyperlaxité constitutionnelle) ou d'anomalie plus globale de votre pied (pied plat). Tardive (après plusieurs années), elle est le reflet du vieillissement du pied que l'intervention n'empêche pas. Dans ce cas, il n'y a pas de gêne.

HALLUX VARUS : malgré toute l'attention de votre chirurgien dans le désir de ré-axer votre orteil, la correction peut se faire avec excès, de manière précoce ou tardive. La cicatrisation des tissus mous peut se faire avec une tension trop importante. Le déplacement se fait alors de l'autre côté, vers l'intérieur (hallux varus), pouvant nécessiter une ré-intervention.

LES DOULEURS CHRONIQUES ET L'ALGODYSTROPHIE : toute prise en charge médicale ou chirurgicale dans le cadre de phénomènes douloureux, peut de manière aléatoire et imprévisible voir persister les phénomènes douloureux ou même en renforcer d'autres. Ces phénomènes douloureux chroniques peuvent s'installer dans le temps sous la forme de douleur complexe et régionale, pouvant évoluer de nombreux mois, laissant parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires.

LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES (phlébite) : il s'agit d'un caillot sanguin obstruant les veines et réalisant une phlébite. Ce caillot peut aussi migrer et être responsable d'une embolie aux conséquences parfois graves voire fatales. Elles sont exceptionnelles dans ce type de chirurgie. La prescription d'anticoagulant n'est faite que s'il y a des antécédents de phlébite.

LES COMPLICATIONS DE VOISINAGE : étant donné la proximité de la zone opératoire d'éléments osseux, tendineux, vasculaires ou nerveux, il peut exister, de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments de proximité hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire... Compte tenu du lieu de la cicatrice, l'atteinte d'un petit nerf peut entraîner une insensibilité voire des douleurs persistantes. Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons...

LES COMPLICATIONS MÉDICAMENTEUSES : les médicaments utilisés (antalgiques, anesthésiques, anti-inflammatoires, anticoagulants, antibiotiques) ont des risques propres et parfois graves qui sont imprévisibles.