

Sont représentés au conseil de rédaction de MedActuel DPC



L'Association des médecins de langue française du Canada



La faculté de médecine de l'Université Laval



Le Collège québécois des médecins de famille

Conseil de rédaction et révision scientifique



Président du conseil
Dr François Croteau

Omnipraticien, hôpital Santa-Cabrini, Montréal ;
Membre du Comité de formation médicale continue de l'Association des médecins de langue française du Canada ;
Directeur médical aux Éditions Santé Rogers Media.



Dr Gilles Beaucage

Spécialiste en médecine d'urgence au CSSS Pierre-Boucher ;
Membre du Comité médical des Services pré-hospitaliers d'urgence de la Montérégie ;
Médecin volontaire au sein de l'Association « Médecins sans frontières », MSF-Canada.



Dr Johanne Blais

Membre du Conseil de FMC de la faculté de médecine de l'Université Laval ;
Responsable du Comité de FMC du dépt. de médecine familiale de l'Université Laval ;
Professeur adjoint de clinique, CHUQ, hôpital Saint-François d'Assise.



Dr Roger Ladouceur

Médecin de famille au CH de Verdun ;
Professeur adjoint de clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal ;
Directeur adjoint du Bureau de formation professionnelle continue de l'Université de Montréal.



Dr Francine Léger

Médecin de famille ;
Responsable de formation clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal ;
Chef du service de périnatalité du CHUM.

Médecine du sport

Docteur, j'ai mal au pied !

Par le Dr Chérif Tadros*

Cas clinique

Mme Le Pied, 48 ans, se présente à votre bureau avec une douleur au gros orteil gauche qui s'est accentuée par de longues périodes de marche lors de son récent voyage en Europe. Elle a même dû cesser ses visites à la fin du voyage, car la douleur était trop forte. Elle dit avoir noté une déformation progressive de ses deux gros orteils depuis quelques années, mais seul le gauche la dérange. Elle avait de bons souliers de marche.



À l'examen, elle boite encore. Vous notez une déformation douloureuse en valgus au niveau de son articulation métatarso-phalangienne no 1, aucune rougeur suspecte de goutte et la mobilisation augmente la douleur. Son alignement montre des chevilles en hyperpronation (valgus). De plus, elle présente un surpoids de 15 kg. Elle est par ailleurs en bonne santé. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en vente libre la soulagent pendant peu de temps seulement. Que faites-vous ? Lui donnez-vous des analgésiques plus puissants ? Une infiltration ? De la physiothérapie ? L'adresserez-vous en podiatrie ? Ou en orthopédie ?

Comme votre patiente ne peut avoir de rendez-vous avec l'orthopédiste avant quatre à six mois, vous lui avez déconseillé le port de souliers trop pointus ou à talon haut et vous avez opté pour une orthèse moulée qu'elle doit porter le plus souvent possible. Vous avez ajouté un analgésique plus puissant pour les phases plus aiguës que ne soulage pas l'acétaminophène 1000 mg et conseillé l'application de glace selon les symptômes. Après trois semaines, la patiente est moins symptomatique et elle peut attendre jusqu'à sa visite chez l'orthopédiste.

Hallux valgus

Définition

L'hallux valgus (oignon) est la déviation latérale du gros orteil et la déviation interne du premier métatarse (figure 1).

L'hallux valgus affecte les sociétés modernes qui portent le soulier. Cette pathologie est fréquente en Amérique du Nord chez les femmes entre 40 et 60 ans, causée par le port de souliers pointus et contraignants. En Chine, la prévalence de cette déformation est

15 fois plus importante chez les femmes qui portent le soulier par rapport à celles qui n'en portent pas.

Certains facteurs intrinsèques affectent l'incidence de cette déformation :

- La pronation du pied
- L'angle entre le premier et le deuxième métatarses
- La contracture du tendon d'achille
- L'hérédité

L'histoire et l'examen physique

La plupart des patients présentent une douleur au niveau de l'éminence interne (oignon). La pression exercée par le soulier est la cause de cette douleur. On peut aussi trouver une rougeur et même des éruptions cutanées à ce niveau. Il faut questionner le patient pour différencier le syndrome douloureux du simple problème esthétique.

L'examen doit se faire en positions assise et debout. La déformation est souvent accentuée par la mise en charge. La palpation de l'éminence interne peut provoquer de la douleur. Il faut aussi évaluer l'amplitude articulaire de la première articulation métatarso-phalangienne pour éliminer l'arthrose ou un hallux rigidus.



Figure 1

Le patient doit être averti que l'indication chirurgicale est le traitement d'un pied douloureux et non d'un simple problème esthétique sans douleur.

La chirurgie présente toujours un risque, d'où la nécessité que le patient soit conscient qu'il est mieux de garder une déformation non douloureuse que d'avoir un beau pied mais douloureux.

Le bilan radiologique

On doit faire une radiographie AP, latérale et axiale en position de charge. Il faut mesurer l'angle de l'hallux valgus (angle métatarso-phalangien) ainsi que l'angle intermétatarsien (entre le premier et le deuxième métatarses).

On évalue aussi la présence d'arthrose au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne, ainsi que la magnitude de l'exostose (oignon) et la subluxation des sésamoïdes (figures 2a et b).

Le traitement

Le traitement conservateur doit être considéré en premier lieu dans la majorité des cas. →

Objectifs pédagogiques

- Apprendre à faire le diagnostic différentiel d'une douleur du gros orteil.
- Connaître la différence entre un hallux valgus et un hallux rigidus.
- Savoir faire l'investigation et le traitement initial.
- Savoir diagnostiquer une bunionnette.
- Apprendre quand adresser en orthopédie.

Mots-clés

Hallux valgus, hallux rigidus, bunionnette.

* Chirurgien orthopédiste privé

Illustrations médicales

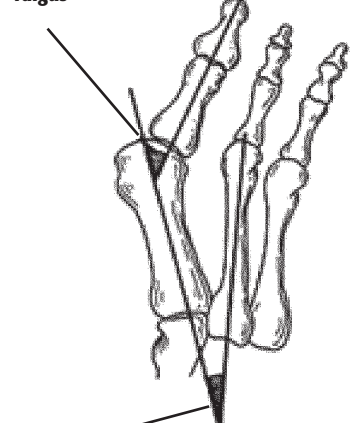
The Journal of Bone and Joint Surgery



Figure 2a

Figure 2b

Angle de l'hallux valgus



Angle intermétatarsien (entre 1^{er} et 2^e)

La douleur, la rougeur et les phlyctènes peuvent être soulagés par l'élimination de la friction sur l'éminence médiale à l'aide de beignets et de coussins protecteurs.

Les AINS ainsi que l'application de glace peuvent soulager. L'évaluation du soulier et les conseils sur le port de souliers trop pointus sont de mise. Un changement de la taille des souliers ou de la forme (éviter les souliers pointus) soulage souvent le patient.

Un pied plat peut profiter d'un support plantaire sous forme d'orthèses, moulées de préférence.

Adresser le patient à un orthésiste certifié pour fabriquer une orthèse adéquate et assurer le suivi et les altérations lui évitera des coûts supplémentaires s'il faut refaire l'orthèse.

Une contracture du tendon d'achille peut être améliorée avec des étirements du mollet. Une référence en physiothérapie peut aider s'il y a présence de contracture.

Si le traitement conservateur échoue, on peut envisager le traite-

ment chirurgical. C'est ici qu'une référence en orthopédie s'impose. Le chirurgien doit réévaluer la situation. Il doit d'abord s'assurer que les symptômes sont importants et qu'un traitement conservateur a été tenté et a échoué. Il doit aviser le patient de toutes les complications possibles, discuter du type d'anesthésie, des infections, de la douleur postopératoire, de la récurrence possible, etc.

Le traitement chirurgical

La même technique chirurgicale n'est pas appropriée pour toutes les déformations. Le chirurgien doit évaluer le degré de déformation et doit aussi faire les mesures d'angle avant de décider de la technique chirurgicale idéale.

► **Hallux valgus léger**

Un hallux valgus léger peut être corrigé par une ostéotomie de Mitchell ou Chevron (figures 3a et b).



Figure 3a



Figure 3b

Ostéotomie du métatarse distal de Chevron
AVANT APRES

► **Déformation modérée**

Une déformation modérée peut être traitée par une ostéotomie de Mitchell ou par une ostéotomie de la base du métatarse avec un relâchement distal des tissus mous (figure 4).

► **Déformation grave**

L'ostéotomie de la base avec relâchement distal des tissus mous est la technique la plus souvent utilisée. Il

s'agit d'une technique un peu plus complexe et une chirurgie plus importante impliquant trois incisions (figures 5a et b).

Les autres techniques

Quelques déformations majeures peuvent nécessiter une arthrodèse (fusion) de l'articulation métatarso-phalangienne, surtout s'il y a subluxation grave et arthrose avancée (figures 6a et b).

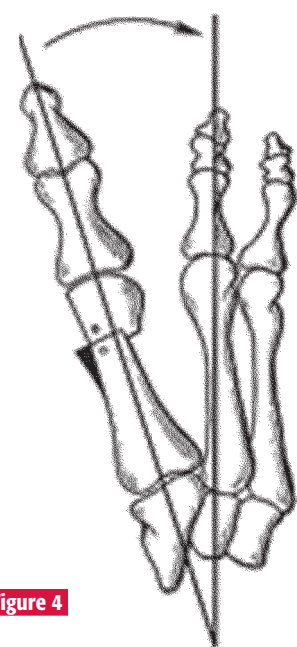


Figure 4

Ostéotomie de Mitchell



Figure 5a



Figure 5b



Figure 6a



Figure 6b

Hallux rigidus

Plusieurs patients sont adressés pour hallux valgus alors qu'ils souffrent plutôt d'un hallux rigidus. Il s'agit d'une pathologie distincte de l'hallux valgus. Le symptôme principal de cette pathologie est la douleur mais surtout la restriction du mouvement du gros orteil. Elle survient chez 1 patient sur 45 de 50 ans et plus.

L'hallux rigidus se distingue par un blocage, surtout de la dorsiflexion de l'articulation métatarso-phalangienne (MP). Ce blocage est le résultat de la formation d'ostéophytes au niveau de la base de la première phalange et de la tête du premier métatarse. L'évolution de cette pathologie est la progression de l'arthrose, la restriction du mouvement ainsi qu'une douleur progressive.

Les causes

- Traumatique
- Causes métaboliques
- Congénitale



Figure 8



Figure 9

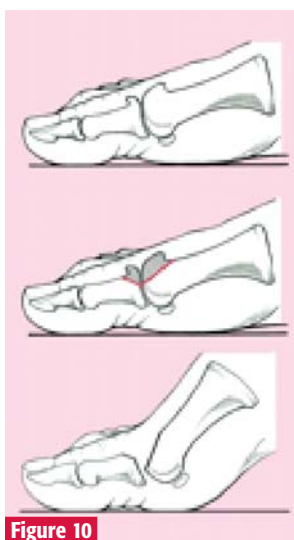


Figure 10



Figure 11

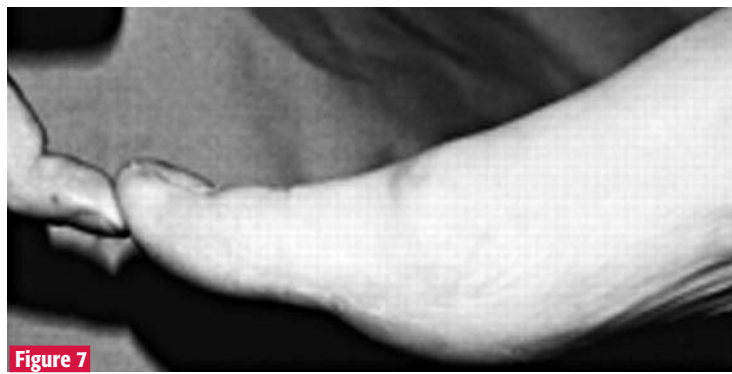


Figure 7

Les symptômes

- Douleur à la mise en charge
- Douleur qui diminue au repos
- Œdème au niveau de l'articulation
- Boiterie
- Affecte les femmes plus que les hommes
- Souvent bilatéral

L'examen clinique

- On note une bosse sur la face dorsale de l'articulation (figure 7).
- On note une restriction de la dorsiflexion.

En radiologie

On note un pincement de l'espace articulaire sur la radiographie AP du pied (figure 8).



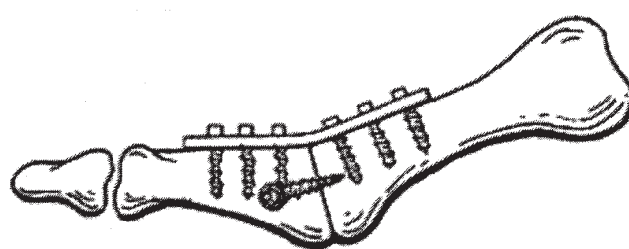
Figure 12a

Pré-résection



Figure 12b

Post-résection



Notez l'exostose sur la face dorsale de la tête du métatarse sur la radiographie latérale (figure 9).

Le traitement

► Le traitement conservateur

- AINS et glace
- Souliers plus larges
- Modifications des activités
- Éviter les talons trop hauts
- Appui pré-métatarsien (orthèse dans le soulier) pour diminuer le mouvement au niveau de l'articulation MP.

Adresser en physiothérapie pour une mobilisation de l'articulation dans les stades précoces seulement. S'il y a arthrose avancée ou une butée osseuse, ces traitements ne seront pas efficaces.

Notons qu'aucune étude prospective randomisée n'a évalué l'efficacité de ces options de traitement conservateur.

► Le traitement chirurgical

À considérer s'il y a échec du traitement conservateur.

► L'exostectomie (cheilectomie)

À considérer dans les cas précoces d'hallux rigidus si les changements arthrosiques sont limités à la surface dorsale de l'articulation.

Il s'agit d'un débridement articulaire avec exérèse de l'exostose au niveau de la tête du métatarse et de la base de la phalange proximale. On doit la limiter aux patients actifs, avec douleur surtout en dorsal et limitation de l'extension de l'orteil (figure 10).

► L'arthrodèse ou arthroplastie de résection

Si l'arthrose est avancée, on procède à une fusion de l'orteil chez les jeunes patients ou les patients actifs (figure 11).

Les patients sédentaires peuvent profiter d'une arthroplastie de résection de la base de la première phalange (figures 12a et b).

La bunionnette

Il s'agit d'une proéminence douloureuse sur l'aspect latéral de la tête du cinquième métatarse. Cette déformation est fréquente chez les adolescents et les adultes. Pour une raison inconnue, elle est fréquente également chez les athlètes, surtout les skieurs alpins.

Les symptômes fréquents sont la douleur, la rougeur et l'œdème au niveau de la tête du cinquième métatarse. Avec la pression sur les souliers, une hyperkératose peut se développer (figure 13).



Figure 13

Le traitement

Conservateur

- Des souliers plus larges et non pointus.
- Les orthèses peuvent soulager s'il y a une pronation exagérée du pied.

Chirurgical

Si le traitement conservateur échoue. Le but est de diminuer la largeur du pied et la proéminence de la bunionnette. L'ostéotomie du cinquième métatarse peut corriger cette déformation et donne de bons résultats (figure 14).



Figure 14

Conclusion

Pour la majorité de ces pathologies du pied, le traitement est conservateur. Le médecin de famille peut évaluer son patient et le conseiller sur le port de souliers. S'il y a des déformations de l'arrière-pied, des orthèses plantaires peuvent être indiquées. On doit alors adresser le patient à un orthésiste. Il est bon de mentionner que le coût est d'environ 400 \$.

S'il y a échec du traitement conservateur, une consultation en orthopédie s'impose. Il est essentiel de faire des radiographies du pied qui permettront au chirurgien d'évaluer la déformation et de planifier l'intervention s'il y a lieu. Il faut demander des radiographies des deux pieds AP en position de charge et latérale.

On doit s'abstenir d'opérer une déformation non douloureuse du pied par crainte de transformer un problème esthétique en un syndrome douloureux.

S'il y a indication chirurgicale, le choix de la technique chirurgicale appropriée s'impose.

Si ces principes sont respectés, les résultats du traitement chirurgical seront satisfaisants et permettront à ces patients de redevenir plus actifs et autonomes. ■

La Fondation du CHUM, le Centre cardiovasculaire du CHUM et le Grand Chœur de Montréal présentent

À la Basilique Notre-Dame

MARDI 3 AVRIL 2007 - 20H
Requiem / Mozart
Les Sept Paroles du Christ / Dubois

VENDREDI 6 AVRIL 2007 - 20H
Stabat Mater / Poulenc
Les Sept Paroles du Christ / Dubois

MUSICA_SACRA

DIRECTION MARTIN DAGENAI
LE GRAND CHŒUR DE MONTRÉAL
ET LE CHŒUR MÉLODIUM
Caroline Bleau, soprano / Noëlla Huet, mezzo-soprano
Antoine Bélanger, ténor / Alexandre Sylvestre, baryton

BOMBARDIER **ORYX** **Medtronic** **CHUM**
FONDATION DU CHUM

110, RUE NOTRE-DAME OUEST (métro Place D'Armes)
BILLETTS : 35 \$, 30 \$, 20 \$ (1 800 361-4595) / 514 790-1245 / WWW.ADMISSION.COM