

Orteils déformés et douloureux: consultez!

Dim, 01/10/2017 - 00:00. Mis à jour le Mar, 05/12/2017 - 10:17

[Réagir](#) [Version imprimable](#) [Envoyer](#)



photo: © iStock / mheim3011

La rétraction des articulations des orteils est fréquente, notamment chez les femmes dès 50 ans. Prise en charge précocement, on peut en freiner l'évolution.

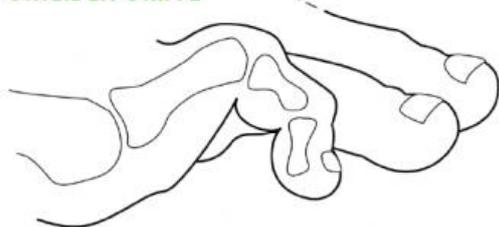
Vous avez probablement déjà entendu parler d'orteils en griffe ou en marteau, tout en ignorant l'atteinte que désignent ces dénominations. Chez l'adulte, et le plus souvent chez les femmes, il s'agit de déformations progressives et fréquentes d'une ou de deux articulations des phalanges du pied. Les orteils se recroquevillent en forme de marteau, le plus fréquent, ou de griffe (voir schéma ci-dessous).

Fragile équilibre

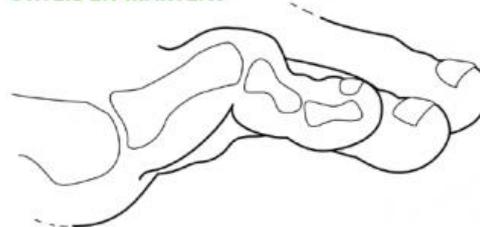
«A l'état normal, les orteils sont mobiles et en position d'extension de chacune des articulations », explique le Dr Patrick Vienne, chirurgien orthopédiste et spécialiste du pied et de la cheville à Hirslanden Clinique Bois-Cerf de Lausanne. La mobilité — flexion et extension — de chacune des phalanges est assurée par des tendons fléchisseurs et extenseurs. Leur équilibre assure que l'orteil préserve sa position normale au repos. Or, si l'un des tendons est plus court ou n'a plus de force, cela va entraîner une déformation de l'orteil, les deuxième et troisième étant le plus souvent concernés. D'abord, la première articulation interphalangienne va se rétracter. Ensuite peut survenir une déformation de l'articulation à la racine de l'orteil (métatarso-phalangienne) qui complète la déformation (**orteil en marteau**). Si la deuxième articulation interphalangienne se contracte également en flexion, on parle d'une « déformation **en griffe**».

DEUX DÉFORMATIONS CLASSIQUES QUI VIENNENT AVEC LES ANNÉES

ORTEIL EN GRIFFE



ORTEIL EN MARTEAU



Au début, l'articulation reste mobile. Mais, inéluctablement, les capsules articulaires vont se rigidifier. «C'est alors que commencent les problèmes et que les gens consultent en général, note le Dr Vienne. Car la friction du dos de la première phalange avec la chaussure sera plus forte, douloureuse, et la pulpe de l'orteil va appuyer davantage sur le sol.»

Symptômes dès 50 ans

La déformation touche généralement les deux pieds, parfois avec un décalage dans le temps, et débute dès la quarantaine. Mais les symptômes apparaissent le plus souvent entre 50 et 60 ans : douleurs ou irritation de l'orteil à la pression ; cors sur le dessus, le côté ou l'extrémité de l'orteil, selon la déformation, et/ou apparition de callosités sous la phalange touchée ou sous le pied. Les cors peuvent former un ulcère, voire s'infecter.

«Dans sa forme la plus sévère, la déformation peut entraîner la luxation (le déboîtement) de la base de l'orteil», note le médecin. Par ailleurs, cela peut induire des métatarsalgies, douleurs localisées sous les têtes des métatarses, situés entre les os postérieurs du pied et les orteils.

Quand le pied grec fait mal

La cause de ces déformations est le plus souvent une prédisposition génétique : la forme du pied à la naissance. Les symptômes peuvent s'accroître à cause du port de chaussures trop étroites et/ou à talons trop hauts. Rappelons qu'on classe la forme des pieds selon la longueur des orteils. Le pied égyptien, le plus répandu, se présente avec un gros orteil plus long que les autres doigts de pied. Le pied grec, lui, se caractérise par le deuxième orteil plus long que le premier — favorisant souvent la malformation. Et le pied romain a les quatre premiers orteils de longueur égale.

D'autres atteintes peuvent induire ces malformations, telles que le pied creux, des traumatismes, des maladies neurologiques, des atteintes inflammatoires, comme la polyarthrite rhumatoïde, et, fréquemment, un hallux valgus (oignon du gros orteil avec déformation).

Avant la chirurgie

«Au début, il est possible de faire régresser la malformation ou, du moins, de la freiner et de remédier aux douleurs si elles ne sont pas trop importantes», note le spécialiste du pied. Cela par des exercices adaptés et le recours à divers dispositifs orthopédiques dont, notamment, des orthèses plantaires (semelles orthopédiques ; le changement de chaussures (plus larges, permettant de remuer les orteils) ou le port de chaussures spéciales.



*« Bien souvent,
la progression
est inéluctable,
et la chirurgie
s'impose »*

DR PATRICK VIENNE, CHIRURGIEN
ORTHOPÉDISTE

«Mais, bien souvent, la progression de la déformation est inéluctable, et la chirurgie s'impose. Sans quoi, le patient peut souffrir terriblement en portant des chaussures et en marchant. C'est parfois un véritable handicap, et une perte d'autonomie », déplore le Dr Vienne.

Techniques conservatrices

«Depuis la fin des années 1990, la chirurgie des orteils déformés se fait par diverses techniques visant à respecter l'anatomie du pied en corrigeant l'alignement et en conservant la mobilité des orteils, au lieu de les bloquer comme autrefois», rassure le chirurgien. Ainsi, on intervient parfois sur les dix orteils.

Le Dr Vienne, lui, utilise la technique dite « de Hohmann». Elle consiste à corriger l'os, en raccourcissant l'orteil touché au niveau de sa première phalange sans le bloquer. Et, souvent, le chirurgien corrige aussi le déséquilibre musculaire par un transfert tendineux. Pour un résultat optimal, il pose une broche métallique, dont l'extrémité sort au bout de l'orteil ainsi fixé. Elle est retirée facilement et sans anesthésie trois à quatre semaines après l'intervention.

Marche en charge immédiate

L'intervention dure entre 15 et 30 minutes par pied et se fait sous anesthésie locorégionale (péridurale) ou générale avec un garrot sur la cuisse. Le patient peut immédiatement marcher en charge, avec une chaussure spéciale, ouverte, à semelle rigide, afin de protéger les orteils opérés à la marche. Dès la quatrième semaine, après le retrait des broches métalliques, le patient peut porter de nouveau des chaussures normales, adaptées à son pied.

Le retour au domicile se fait généralement après une nuit d'hospitalisation, quand les douleurs postopératoires sont devenues supportables et que le patient est suffisamment mobile. Pour les patients exerçant une profession non physique, travaillant assis, l'arrêt de travail est d'une semaine, suivie de deux semaines à mi-temps avant la reprise à plein temps. Les personnes ayant un travail physique pourront le reprendre à plein temps dans les trois à six semaines.

Récidives possibles

« En général, si l'indication de l'intervention est bien posée, le résultat est très bon, note le médecin. Mais il faut être conscient que cela prendra au moins trois mois avant que le patient ne se sente vraiment à l'aise sur son pied, souligne le Dr Vienne. L'évolution peut être accélérée par quelques séances de physiothérapie, principalement des drainages lymphatiques. » Et le médecin de noter que, malgré l'intervention, une récurrence est toujours possible. Dès lors, une nouvelle chirurgie correctrice est envisageable.

Ellen Weigand