

L'hallux valgus de l'adolescent et du jeune adulte

Le point de vue du chirurgien d'adultes sur ces formes initialement prises en charge par l'orthopédiste pédiatrique.

EMMANUEL JOS¹

1 : Service de chirurgie orthopédique, Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris

L'hallux valgus de la maturité est la cause la plus courante de recours à la consultation de chirurgie du pied chez l'adulte. A côté de cela, et de façon très sensiblement plus rare, existent des formes juvéniles touchant l'adolescent (majoritairement une jeune fille) et le jeune adulte (majoritairement une jeune femme), dont la déformation a pris racine dans l'enfance et a qui il a été conseillé d'attendre un âge où la fin de la croissance osseuse coïncidera avec les critères d'accès aux consultations de chirurgie orthopédique pour adultes.

Ces formes, qu'il faut différencier des réelles causes congénitales qui ne seront pas abordées ici, ont leurs particularités en termes d'étiologie, d'expression clinique, de morphologie osseuse, d'évolution et de traitement chirurgical.

En effet, si une lignée familiale volontiers féminine est classiquement retrouvée dans les atteintes de la maturité, où la patientèle rapporte avoir les pieds de sa mère, sa tante ou sa grand-mère, on retrouve de façon non anecdotique chez les porteurs d'hallux valgus juvéniles un ascendant masculin atteint d'une déformation similaire. Cependant ces constatations d'interrogatoire de consultations ne sont étayées par aucune atteinte génétique identifiée.

On note comme facteur personnel favorisant, l'exercice de la danse notamment à un jeune âge avec la pratique de pointes, la longueur de l'hallux (pied égyptien), un chaussage contraignant en valgus de la première articulation métatarso-phalangienne et l'obésité.

La clinique diffère des formes matures en ce sens que la plainte douloureuse est très majoritairement concentrée sur la saillie médiale de l'articulation métatarso-phalangienne de l'hallux et beaucoup plus pure avec une moindre représentation des douleurs sur une malposition induite du deuxième orteil, ou des métatarsalgies par transfert de charge. Là encore, l'interrogatoire devra minutieusement traquer les formes pour lesquelles la gêne n'est qu'esthétique, à un âge où le besoin de conformité à un schéma corporel omniprésent dans les média est un puissant inducteur de mal-être.

L'imagerie radiologique, réalisée en charge de face et de profil, va permettre d'analyser les longueurs et les angles des segments osseux. Le cliché dit de « Walter-Müller » des sésamoïdes en charge n'apporte pas d'éléments déterminants pour la mise en route du traitement. La position des sésamoïdes est visible sur le cliché de face et l'arthrose métatarso-sésamoïdienne pour laquelle il est pertinent, n'est jamais rencontrée dans ces formes juvéniles.

Outre les angles habituels entre M1 et P1 permettant de quantifier l'importance de la déformation et entre

M1 et M2 de parler de métatarsus varus associé, c'est dans ces formes jeunes, le DMAA (angle articulaire métatarsien distal) reflétant l'orientation de la surface articulaire de la tête de M1 qui va se retrouver augmenté et dirigé vers l'extérieur de façon quasi constante signant en quelque sorte l'atteinte juvénile. Les traitements non chirurgicaux reposent sur les orthèses sur moulage au niveau des orteils et les orthèses plantaires. L'encombrement des moulages interdigitaux en fait un compagnon rarement toléré de façon durable à ce jeune âge. Quant aux semelles, en l'absence fréquente de retentissement sur les appuis plantaires, là où elles seraient utiles, elles ne sont le plus souvent prescrites que pour s'accorder le temps de la réflexion avant la chirurgie chez une population indécise mais désireuse d'un traitement.

Dans l'immense majorité des cas, après s'être assuré que la motivation se base sur une réelle douleur de l'avant-pied, en dehors de toute pression sociale ou familiale, le traitement est chirurgical, visant à la correction des vices architecturaux.

Les principes de la chirurgie sont désormais bien codifiés. Les gestes principaux sont osseux, avec des gestes associés tendineux et capsulaires. L'abord peut être percutané, mini invasif ou à ciel ouvert. Le débat entre ces différentes procédures est loin d'être clos, cependant chacun s'accorde à dire que les objectifs osseux doivent être atteints et que la correction doit se pérenniser. En cela, on ne peut se soustraire à la modification de l'angle articulaire distal de M1, le DMAA, ce qui exclue de fait un geste qui ne serait que proximal sur M1. Il est fréquemment réalisé une ostéotomie de P1 dont le rôle sur la rotation de la pulpe de l'hallux et la diminution de longueur minorant le risque de récurrences est réel.

L'âge auquel nous recueillons ces jeunes patients à physes néanmoins fermées permet au chirurgien d'adultes de se soustraire de tout raisonnement quant à la croissance ultérieure, domaine qu'il craint d'autant plus qu'il n'en maîtrise pas les finesses.

Des interventions préalables sur l'avant-pied ont pu être réalisées. Elles pourront avoir des conséquences désagréables en termes de cicatrisation cutanée et des parties molles, de défaut de longueur ou d'orientation particulièrement de M1 occasionnant un report de charge sur les métatarsiens moyens, ou de matériel métallique inextirpable du fait de son enfouissement ou de l'indisponibilité de l'ancillaire spécifique.

Heureusement cela reste extrêmement anecdotique. Et comme l'absence de chirurgie et la temporisation n'induisent pas d'aggravation tangible à même de faire regretter d'avoir « raté le coche », il est rarissime, dans ce domaine spécifique de la chirurgie de l'avant-pied,

de porter un regard caustique sur les décisions prises par nos collègues orthopédistes pédiatriques.

La chirurgie de l'hallux valgus est avant tout une chirurgie de la douleur et ne doit pas répondre à des considérations prioritairement esthétiques. L'urgence n'est pas de mise. Il ne paraît donc pas déraisonnable, en l'absence de réel inconfort au chaussage ou à la marche, de prendre le temps de s'assurer des motivations du patient et de lui faire prendre conscience des implications et du retentissement social, scolaire, professionnel ou sportif des contraintes post-opératoires nécessitées par la protection de l'avant-pied vis-à-vis de la charge.

En cela, le raisonnement visant à poser une indication chirurgicale chez le grand enfant ou le jeune adulte s'éloigne peu de ce qui prévaut aux interventions proposées à un âge plus avancé.