

Chirurgie Percutanée du pied



Dr Walter Mac Dougall
Praticien Hospitalier
Service de Chirurgie
Orthopédie et Traumatologie
Hôpital Civil Colmar

- **Mini abord:** Petite incision
Même degré d'agression
- **Mini invasive:** Moins agressif (pas de section ni désinsertion musculaire)

Sans relation avec la taille de l'incision
- **Percutanée:** Petite incision
Sans regarder
Mêmes gestes opératoires au niveau osseux

Moins de lésions de parties molles

La technique percutanée existe depuis plus de 20 ans

- Dr Stephen Isham (1985) aux USA



- Dr Mariano De Prado (1994)

Murcia Espagne



- GRECMIP (2002) France



- Dr P. Diebold (2001-2003)
Nancy



Nouveau concept

- Une chirurgie de la perception proprioceptive
- Moins de délabrement
- Nouveaux gestes opératoires
- Le réglage automatique de certaines ostéotomies sans ostéosynthèses
- Importance du pansement
- Sans décharge
- Chirurgie ambulatoire



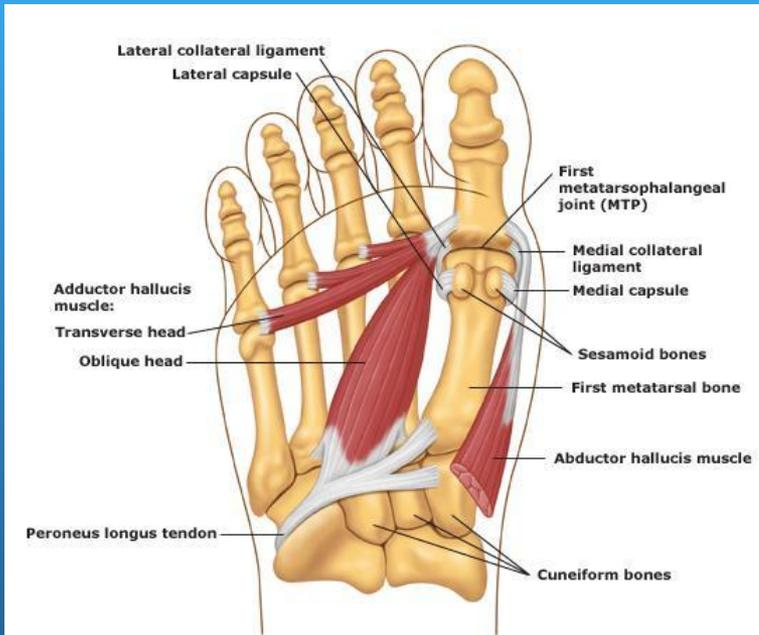
Indications dans l'arrière pied

- Maladie d'Haglund
- Fasciite plantaire
- Fracture du TPE Talus
- Synostose du tarse
- Arthrodèse du couple de torsion
- Lésions ostéochondrales
- Tendinopathies: - Jambier Postérieur
 - Fibulaire
 - Achille
- Ruptures du tendon d'Achille

Indications dans l'avant pied

- Hallux valgus
- Métatarsalgies (Ostéotomies des métas latéraux)
- Orteils en griffes, en marteau, œil de perdrix (corps digitaux), etc
- Hallux rigidus
- Maladie de Morton
- Mal perforant plantaire
- Cinquième orteil varus

Hallux Valgus



HALLUX VALGUS: étiologie

- Une prédisposition congénitale. On retrouve dans 1/4 des cas une tendance familiale.
- Une prédisposition selon le sexe. Sur 100 cas d'hallux valgus, il y a 95 femmes. Il est probable qu'il y a dans ces cas, des formes particulières liées à une *hyperlaxité ligamentaire*.
- Pied plat, premier orteil plus long (pied égyptien)
- Polyarthrite Rhumatoïde
- Amputation du 2^o orteil

HALLUX VALGUS: étiologie

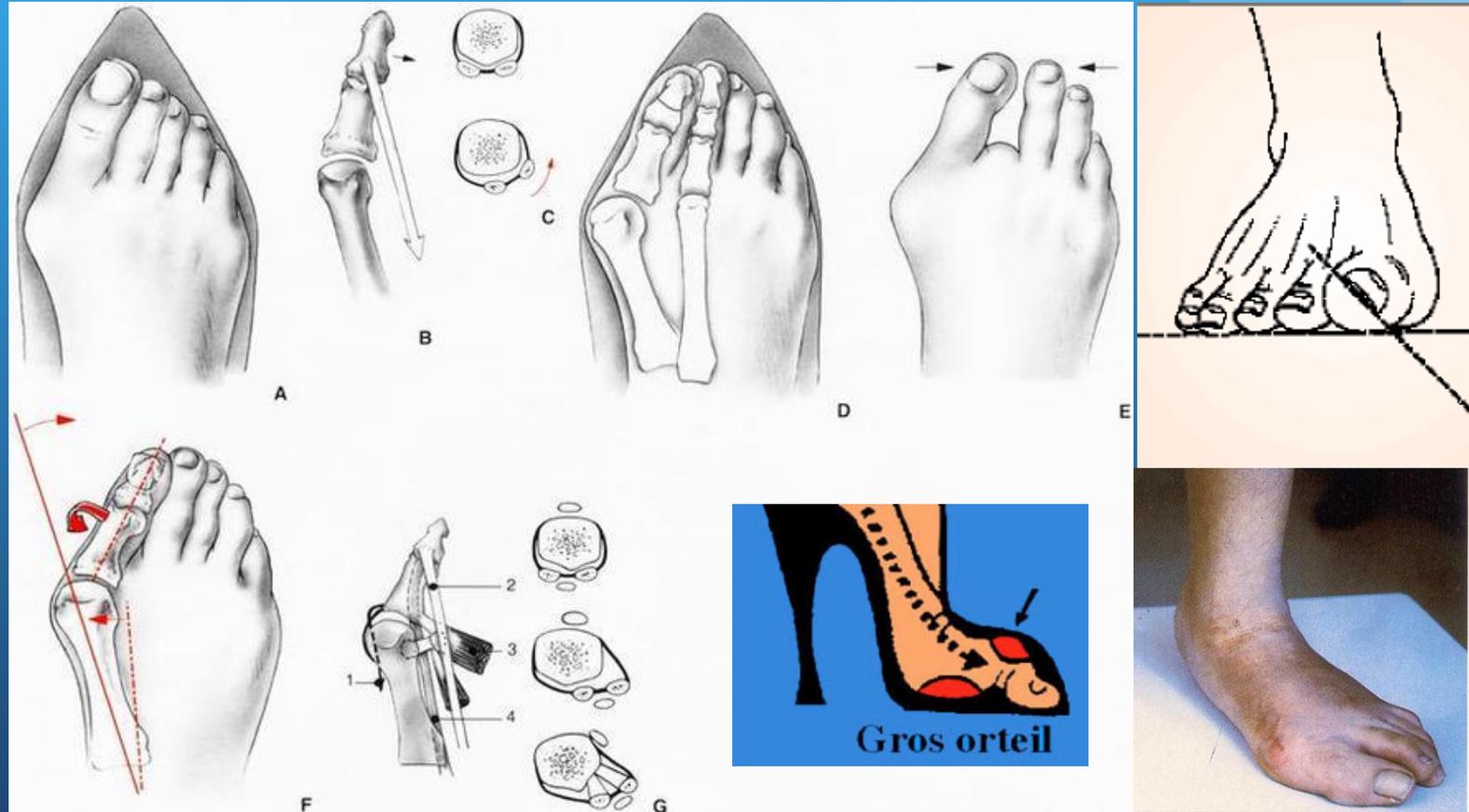
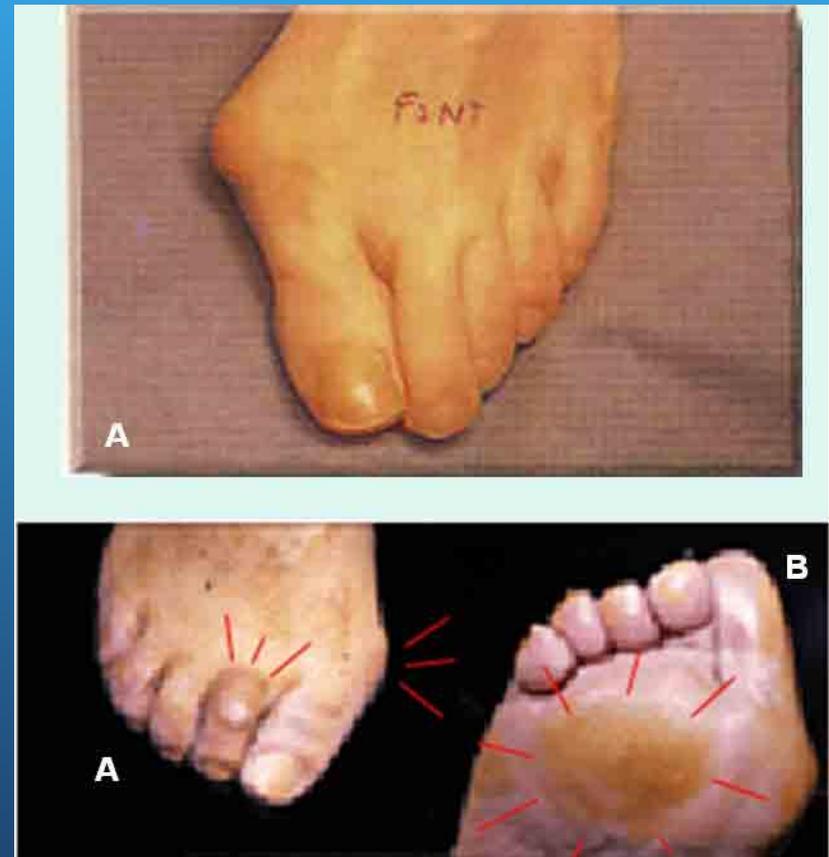
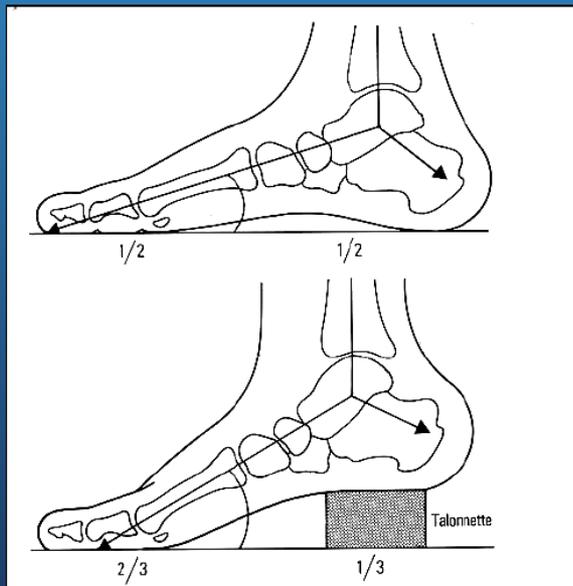
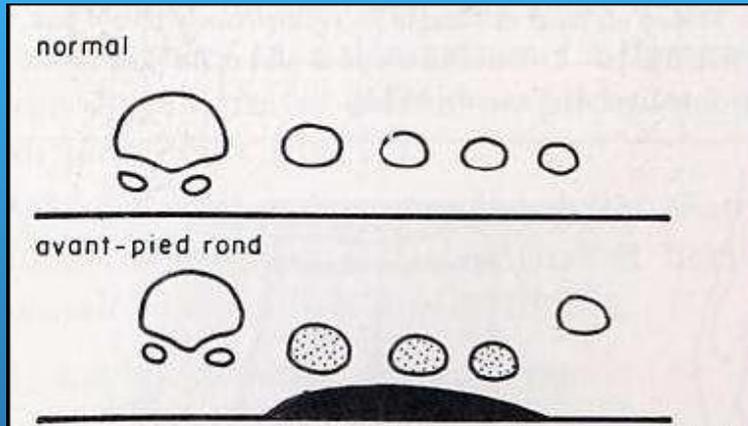


Tableau clinique

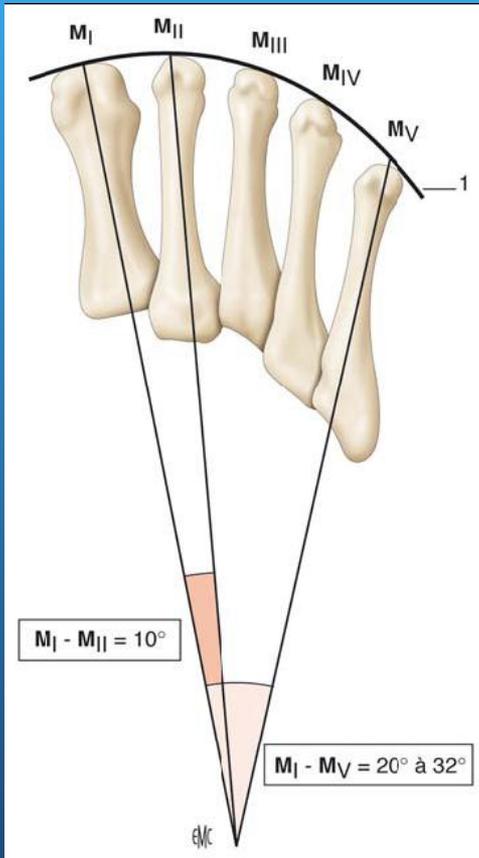
- conflit local entre la poussée de la tête et les parties molles contre lesquelles s'exerce directement la contrainte d'une chaussure souvent mal tolérée.
- l'irritation du nerf collatéral interne tendu sur la saillie de l'« exostose ».
- griffe du deuxième orteil, voire des orteils voisins
- le siège du durillon



Appui métatarsien en charge



ANGLES NORMAUX

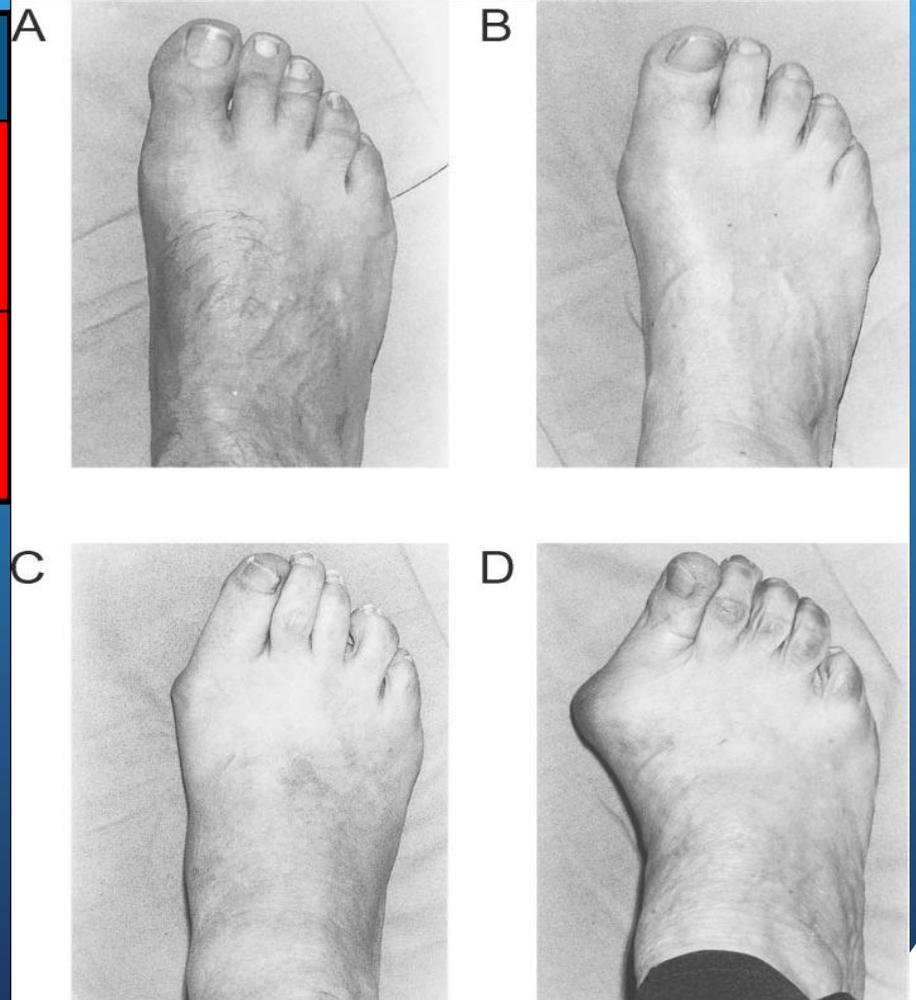


- M1M2: <math><10^\circ</math> (1)
- M1P1: <math><15^\circ</math> (2)
- M1M5: 20-32° (3)
- PASA ou DMAA: <math><6^\circ</math> (4)
- DM2AA: 0° (5)
- IP GO: <math><8^\circ</math> (6)



Classification selon la gravité

	LEGER	MODERE	GRAVE
Angle 1° MTT- 1° orteil	16-20°	20-40°	>40°
Angle 1° MTT- 2° MTT	10-15°	15-20°	>20°



Indications Chirurgicales de L'HALLUX VALGUS

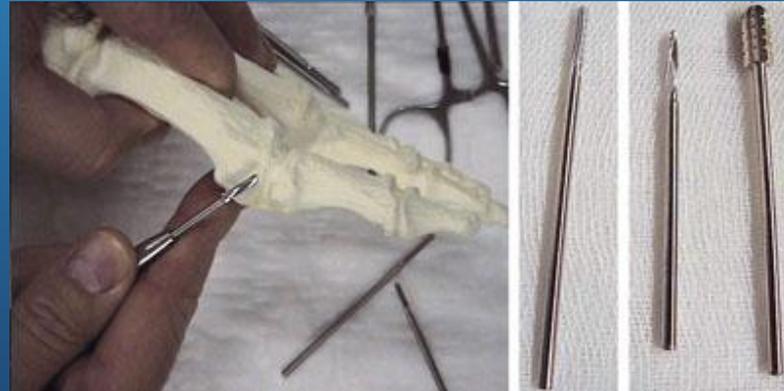
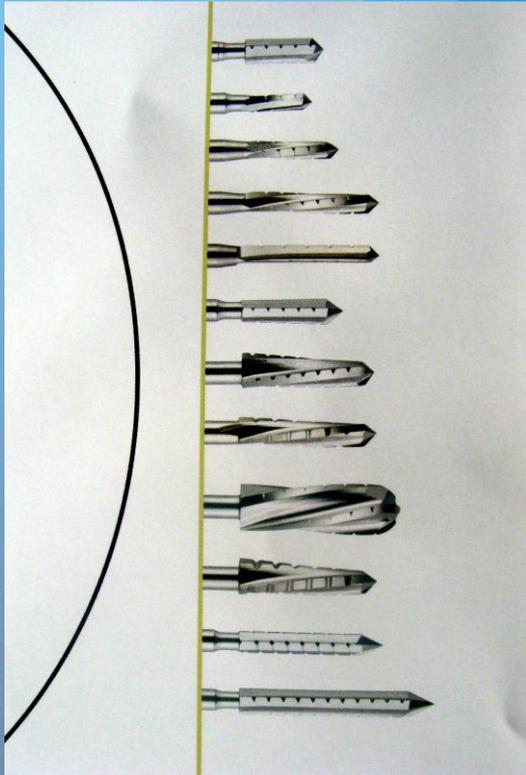
- ✓ Douleur \neq esthétique
- ✓ Conflit de chaussage
- ✓ lésions cutanées

Avantages du bloc périphérique

- Analgésie post- opératoire jusqu'à 12h. Avec cathéter jusqu'à 24h (pompe de naropéine)
- Sortie du patient le jour même



Moteur, piece à main et fraises



INSTALLATION



Technique opératoire

- Exostectomie
- Ostéotomie du 1^o métatarsien
- Libération externe (ténotomie de l'adducteur)
- Ostéotomie de la 1^o phalange
- Griffes: ténotomies + ostéotomies phalangiennes
- Ostéotomies des MTT latéraux
- Variation ou combinaison selon chaque cas

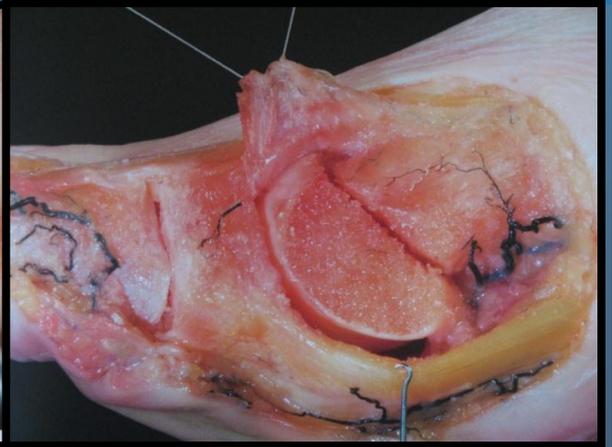
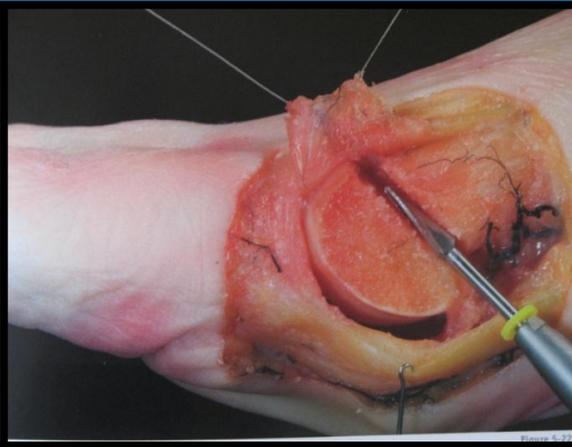
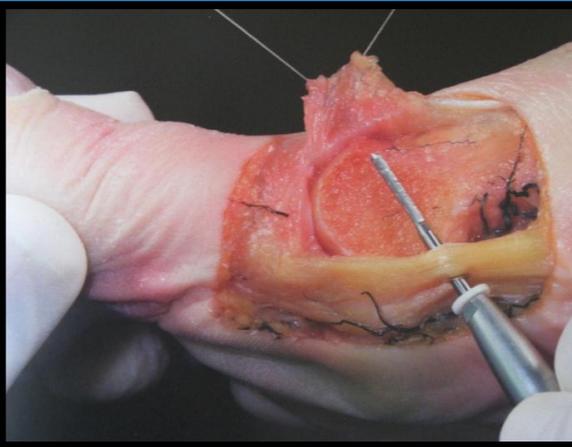
Incision (3-5 mm)



Exostosectomie

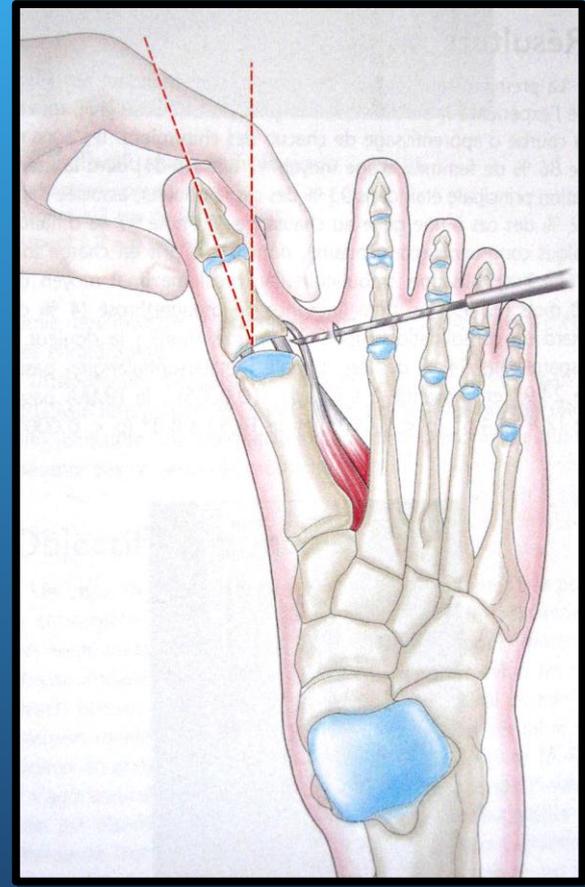


Ostéotomie Reverdin-Isham



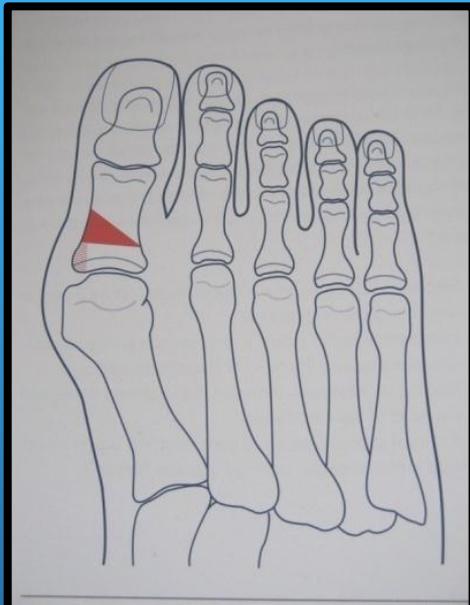


Release latéral





Ostéotomie Phalangienne





Ostéotomies des MTT latéraux

- Incision dans l'espace inter-métatarsien.
- On crée une chambre de travail avec un décolleur autour du col des Méta.
- Ostéotomie(fraise) à 45° par rapport au plan du sol.



Ostéotomie de Chevron



Pansement



Post opératoire



Cas cliniques



Cas cliniques



Cas cliniques





Quintus Varus



Pathologie des orteils

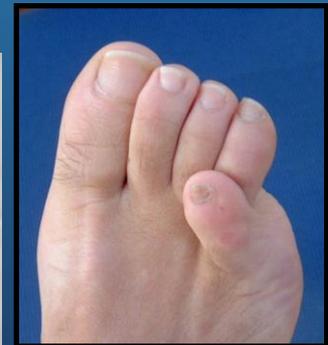
Griffe: hyper-extension MTT-P, flexion IPP & IPD

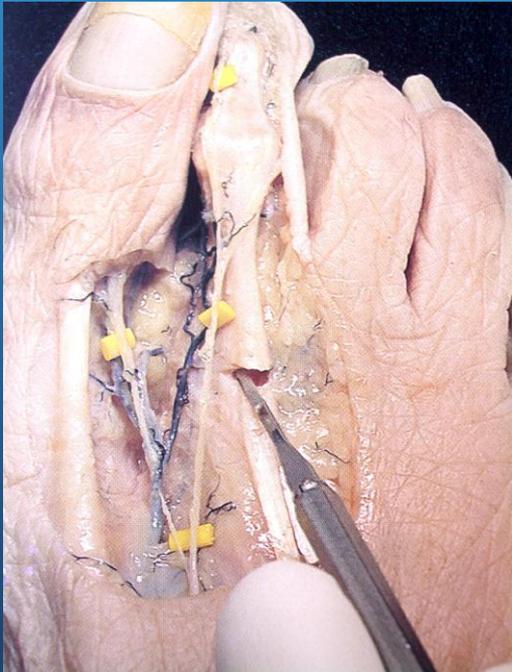
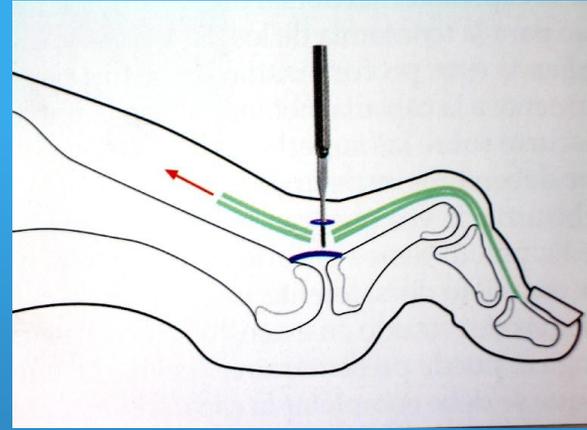


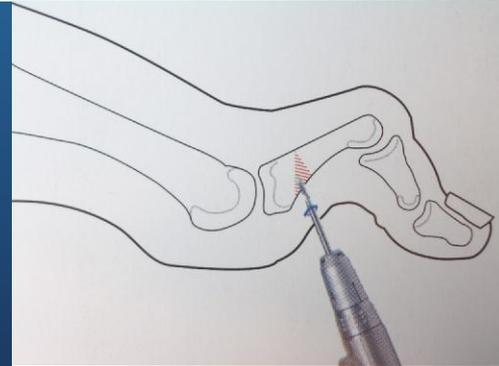
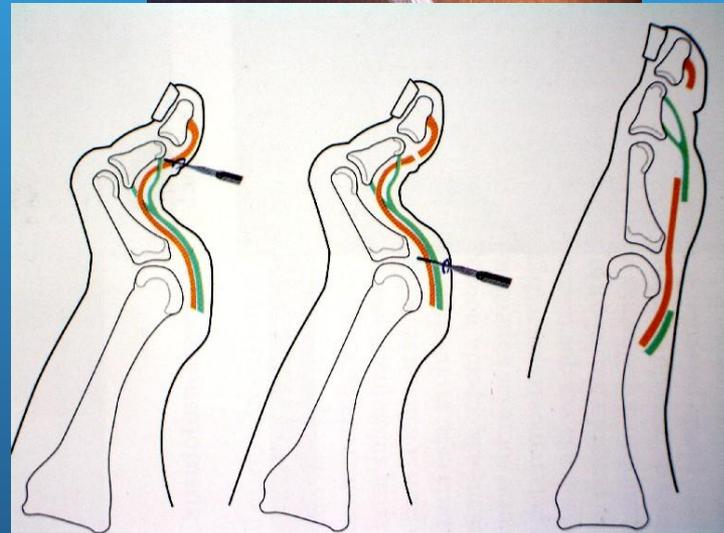
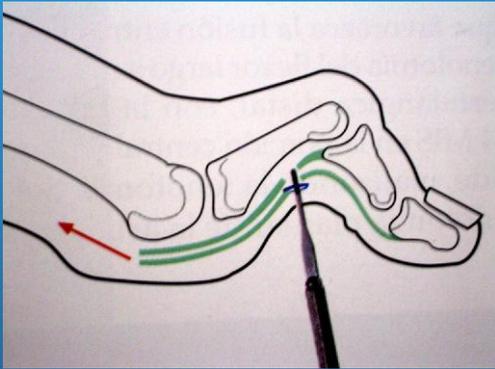
Marteau: MTT-P N, flexion IPP & IPD



Col de cygne: Hyper-extension MTT-P, flexion IPP, extension IPD







Avantages de la technique percutanée

- Technique moins délabrante
- Moins de douleurs et de inflammation.
- Récupération plus rapide.
- En ambulatoire.
- Appui plantaire complet immédiat.
- Très souvent pas d'ostéosynthèse.
- Moins de risque d infection.
- Relative :Incision de petit taille (esthétique).

Inconvénients

- Technique exigeante (on ne voit pas ce que on fait)
- Amplificateur d'images (RX)
- Longue courbe d'apprentissage.
- Matériel spécifique.
- Les pansements (faits par le chirurgien) plus des contrôles en consultation.
- Complications comme dans tous les techniques.

Complications

- Infection
- œdème
- Lésion cutané
- Retarde de consolidation
- Phlébites
- Raideur
- Déplacement secondaires
- Metatarsalgies de transferts

Pied Diabétique

- Problème majeur de santé publique (taux d'amputation élevé)
- Une amputation chez un diabétique dans le monde toute les 30''
- Traitement spécialisé et multidisciplinaire
- Diagnostique et traitement précoce
- Suivi et contrôles régulières
- Education et prévention

Pied Diabétique

- Une plaie du pied DBT provoque une 85% d'amputations
- Prévalence des lésions du pied DPT: 2 - 7 %
- Les déformations des pieds sont facteurs de risque d'ulcérations
- Rôle essentiel de la Micro et Macroangiopathie
- Neuropathie diabétique: facteur principale des plaies chroniques
- Causes de chronicité: hyperappui, ostéite, isquemie.

Chirurgie Préventive

- Eviter le pied à risque.
- Correction des déformations.
- Pas de contrindication, même si trouble circulatoires.
- Revascularisation (service de chirurgie vasculaire)
- Dépistage précoce du pied de Charcot.
- Traitement du pied de Charcot dans un centre de référence.



Merci beaucoup
pour votre
attention