

# LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION

## HALLUX VALGUS

**CMP** 01326  
**CIM-9** 735.0 (acquis); 755.6 (congénital)

### DÉFINITION

L'hallux valgus est un trouble du pied consistant en une déviation en dehors de l'hallux, ou gros orteil, vers les autres orteils, causant souvent l'apparition d'une saillie osseuse sur la face interne de la tête et du col du premier métatarsien.

### NORME DIAGNOSTIQUE

Le diagnostic doit être posé par un médecin qualifié. Les radiographies sont souvent utiles.

### ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

L'hallux valgus est caractérisé par la présence d'une saillie osseuse (oignon) sur la face interne de la première tête métatarsienne et par la déviation en dehors de la première phalange. Ce trouble est souvent accompagné d'une déviation en dehors du premier métatarsien, d'une subluxation des os sésamoïdes et de la pronation du gros orteil.

Pour bien comprendre un hallux valgus, il importe de savoir qu'une personne présente à la fois des déformations statiques et dynamiques.

La stabilité de la première articulation métatarsophalangienne (MTP) est assurée par un ensemble de stabilisateurs statiques et dynamiques. L'arrangement capsuloligamentaire et la forme osseuse de la première articulation MTP ainsi que la forme osseuse de la première articulation métatarsocunéiforme (MTC) sont les principaux stabilisateurs statiques. Ils assurent la stabilité lors des transferts de poids et permettent une aisance de mouvement. Les ligaments latéraux, situés entre la tête métatarsienne et la base de la première phalange, assurent une stabilité interne et externe de la première MTP. Les ligaments sésamoïdiens, qui relient la tête métatarsienne aux os sésamoïdes, et le ligament capsulodorsal, qui stabilise les tendons extenseurs sur la face dorsale, contribuent également à la stabilité. Sur la face plantaire, les os sésamoïdes, situés dans le tendon divisé du court fléchisseur du gros

orteil, sont stabilisés par la configuration de leur articulation (en contact avec la surface inférieure de la tête métatarsienne), le ligament sésamoïdien, la plaque plantaire et le ligament transverse profond de la plante. On croit que la forme des surfaces opposées des MTP contribue également à la stabilité interne et externe, car les surfaces planes sont plus stables en soi que les surfaces rondes. Les stabilisateurs dynamiques, quant à eux, comprennent l'abducteur du gros orteil, dont l'insertion tendineuse se fusionne avec la portion interne du court fléchisseur du gros orteil sur la face interne de la base de la première phalange, et les deux têtes de l'adducteur du gros orteil (transverse et oblique), dont les insertions tendineuses se fusionnent avec la portion externe du court fléchisseur du gros orteil sur la face externe de la base de la première phalange pour former le tendon conjoint.

La déformation par un hallux valgus rompt l'équilibre complexe décrit ci-dessus. La tête métatarsienne dévie en dedans, entraînant l'apparition d'un pied ancestral, tandis que la première phalange dévie en dehors et finit par être décalée. La face interne de la capsule articulaire et les structures d'appui s'amincissent et les structures externes se contractent. Cette déformation progressive fait que les os sésamoïdes peuvent dévier latéralement par rapport à la première tête métatarsienne, car ils demeurent attachés au deuxième métatarsien par le ligament intermétatarsien. Les os sésamoïdes, qui demeurent habituellement reliés à la première phalange, peuvent écraser la crête s'ils se sublaxent latéralement par rapport à la tête métatarsienne déviée en dedans. Le gros orteil peut s'aplatir et son abducteur peut glisser de manière à occuper une position plantaire. Cette position réduit la capacité de l'abducteur de prévenir une déviation plus prononcée de la première phalange. Cette phalange ainsi déviée peut pousser la tête métatarsienne en dehors et accentuer la déformation.

L'hallux valgus peut être dû à plusieurs facteurs et, dans certains cas, associé à des antécédents familiaux tels que des articulations hypermobiles (p. ex. syndrome d'Ehlers-Danlos, pied étalé et pied ancestral). Comme la proportion de cas d'hallux valgus est plus élevée dans la famille d'une personne atteinte que dans l'ensemble de la population, l'affection est parfois considérée d'origine familiale.

## **CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES**

Le patient peut présenter une déformation importante au niveau de la première articulation métatarsophalangienne (MTP), qui prend la forme d'un oignon plutôt large et évident. Le symptôme principal peut être la dislocation du deuxième orteil, qui se trouve sur le gros orteil, ou le durillon qui s'est formé sous la deuxième tête métatarsienne à la suite d'une lésion de transfert due à l'instabilité de la première MTP.

Souvent, l'affection est asymptomatique, malgré la présence de la déformation.

## CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PENSION

### A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION

**LES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS NE DOIVENT PAS OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES. DANS CHAQUE CAS, LA DÉCISION DOIT SE PRENDRE EN FONCTION DU BIEN-FONDÉ DE LA DEMANDE ET DES PREUVES FOURNIES.**

1. Facteurs congénitaux présents avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes  
Un hallux valgus congénital consiste en une déformation du pied présente dès la naissance ou apparaissant durant la période postnatale.
2. Facteurs structuraux et traumatiques présents avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes  
Parmi ces facteurs, notons :
  - contraction du tendon d'Achille (p. ex. équinisme);
  - forme sévère de pied plat (le déplacement causé par le pied plat fait dévier le gros orteil en dehors);
  - amputation du deuxième orteil ou de la deuxième tête métatarsienne du pied affecté;
  - maladie neuromusculaire causant la déformation du pied (p. ex. poliomyélite).
3. Arthrose de la première MTP du pied affecté avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes
4. Chaussure étroite ou serrée avec talon surélevé qui exerce une pression latérale sur le gros orteil du pied affecté pendant plusieurs années avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes  
Les empeignes étroites et les talons surélevés contribuent au hallux valgus. Les personnes qui ont une première articulation métatarsocunéiforme (MTC) hypermobile ou d'autres affections sont particulièrement sensibles aux forces déformantes des chaussures.
5. Pied ancestral présent avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes  
On ne sait pas encore avec certitude si le pied ancestral est une cause ou un résultat d'un hallux valgus. Le pied ancestral consiste en une déviation en dedans du premier métatarsien, qui entraîne un élargissement de l'espace entre

le premier et le deuxième métatarsiens. Cette affection est habituellement congénitale.

6. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

**B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DU DROIT À PENSION/L'ÉVALUATION**

- Arthrose de la 1<sup>re</sup> articulation métatarso-phalangienne
- Subluxation de la 1<sup>re</sup> articulation métatarso-phalangienne
- hallux rigidus

**C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN PARTIE D'UN HALLUX VALGUS ET/OU DE SON TRAITEMENT**

- Deuxième orteil en marteau
- Chevauchement du deuxième orteil

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Adams, J.C. *Outline of Orthopaedics*. 10<sup>th</sup> ed. London: Churchill Livingstone, 1986.
2. Australie. Department of Veterans Affairs : recherche médicale se rapportant au Statement of Principles concernant Acquired Hallux Valgus and Congenital Hallux Valgus, où sont citées les références suivantes :
  - 1) Schoenhaus."The Etiology of the Bunion". *The Journal of Foot Surgery* 1992; Vol 31 No 1: p 25.
  - 2) Turek SL. *Orthopaedics: Principles and Their Applications* Vol 2. 4th ed Philadelphia: JB Lippincott Company: pp 1440-41.
3. Canada. Anciens Combattants Canada. Directive médicale sur les *affections des pieds*.
4. Dee, Roger, et al. *Principles of Orthopaedic Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Montreal: McGraw-Hill, 1997.
5. Harries, Mark and Clyde Williams, et al, eds. *Oxford Textbook of Sports Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. Toronto: Oxford University Press, 1998.
6. Jahss, Melvin H. *Disorders of the Foot*. Toronto: W.B. Saunders, 1982.
7. Weinstein, Stuart L. and Joseph A. Buckwater, eds. *Turek's Orthopaedics Principles and Their Application*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.P. Lippincott, 1994.