

HALLUX VALGUS*

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Agnès Bellanger - Dominique Fletcher - Valérie Gaudé - Valéria Martinez

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

TYPE DE CHIRURGIE

L'objectif est de réduire l'angle métatarsophalangien

- par ostéotomie de translation avec abaissement et dérotation du premier métatarsien
- éventuellement ostéotomie de la première phalange du gros orteil

La prise en charge du patient peut se faire soit en chirurgie ambulatoire, soit en secteur d'hospitalisation

DOULEUR

- Si la chirurgie du Hallux Valgus est réputée très algogène, la douleur peut être maîtrisée grâce aux anesthésies locorégionales, par exemple l'anesthésie du nerf sciatique qui permet une analgésie complète du pied pendant 24-36 h, voire plus si un cathéter est laissé en place
- Douleur préopératoire intense prédictive de la consommation de morphine postopératoire¹
- Douleur postopératoire intense : 2-3 jours. Avec PCA** et PCRA***, EVA = 15 mm au repos et 40 mm au mouvement. Avec bloc sciatique, 5 mm < EVA < 20 mm
- Douleur due à la mobilisation précoce et obligatoire en raison du risque thrombo-embolique
- Douleur après la sortie : 3-6 semaines
- Suites simples si douleur correctement prise en charge

CHIRURGIE, RÉÉDUCATION

- Intervention le plus souvent différée pour le 2^e pied : 15 jours d'écart sont recommandés (l'impotence exposant au risque thrombo-embolique)
- Durée d'hospitalisation : 3-4 jours. Les techniques modernes de chirurgie - analgésie permettent de réaliser ce geste en ambulatoire dans certains centres
- Reprise de l'autonomie précoce : appui talonnier pendant 20 jours sur chaussures postopératoires, puis chaussures souples fonction de l'importance de l'œdème et au minimum 45 jours
- Rééducation débutée au 15^e jour postopératoire pour récupérer l'amplitude articulaire
- Arrêt de travail : 45 à 60 jours

** PCA : patient controlled analgesia (analgésie auto-contrôlée par le patient)

*** PCRA : Patient controlled regional analgesia (analgésie par voie périmerveuse contrôlée par le patient)

PRÉOPÉRATOIRE

- Paracétamol 1g IV lent à l'induction : le paracétamol administré en préopératoire diminuerait les nausées et vomissements postopératoire
- Dexaméthasone 8 mg IV à l'induction : la dexaméthasone administrée en préopératoire diminuerait la douleur, la consommation de morphine, les nausées-vomissements et la fatigue postopératoire.

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROPIVACAÏNE 5 mg/mL (5 %) BLOC SCIATIQUE POPLITÉ	Voie sciatique poplitée par voie postérieure ou latérale Différentes techniques sont décrites pour cette approche	20-30 mL (100 - 150 mg)	Seule l'ALR réalisée avant l'acte chirurgical diminue l'intensité de la douleur, assure l'anesthésie peropératoire et l'analgésie postopératoire prolongée par l'utilisation d'un cathéter péryneural	Des concentrations supérieures semblent inutiles Analgésie prolongée
	Éventuellement associé à un bloc saphène OU Éventuellement associé à un bloc fémoral	5-10 mL (25 - 50 mg) 20 mL (100 mg)	Tolérance au garrot mollet ou cheville Analgésie de la face médiale du gros orteil Tolérance au garrot de cuisse	Ce dernier procure un champ opératoire exsangué et est très bien toléré par les patients, le nerf saphène pouvant s'étendre jusqu'au bord médial de l'hallux
ALTERNATIVES				
BLOC SCIATIQUE	Peut être réalisé sur tout le trajet de ce nerf pour la chirurgie du pied (du parasacré au bloc de cheville), mais la majorité des équipes préfère réaliser un bloc poplité			
BLOC À LA CHEVILLE	Peut être proposé pour des actes de chirurgie mineure du pied Il impose plusieurs injections, souvent douloureuses et mal vécues par le patient			
BLOC MÉTATARSIEN	Réalisé par le chirurgien, avec en moyenne 20 mL/pied (150 mg/pied) de ropivacaïne 7,5 mg/mL (et donc 40 mL ou 300 mg pour les deux pieds)			
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	1 g	Analgésie par anticipation	Analgésie multimodale
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	50-100 mg	Analgésie par anticipation	Risque hémorragique
ALTERNATIVE				
NÉFOPAM 20 mg IV	20 mg sur 20 min à la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre-indication, ou associé aux deux. • Pour les équipes ne pratiquant pas les blocs nerveux périphériques de façon routinière, une infiltration d'anesthésique local de longue durée d'action à la fin de l'intervention peut améliorer la DPO en termes de délai de prise du premier antalgique et de confort postopératoire			

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROIPIVACAÏNE 2 mg/mL (0,2 %) BLOC SCIATIQUE POPLITÉ	PCRA : cathéter sciatique poplité continu + bolus • En continu	5 mL/h (10 mg/h) en continu + bolus de 5 mL (10 mg) Période réfractaire: 30-45 min 5-7 mL/h (10-14 mg/h) pendant 48 à 72h	Analgésie satisfaisante	PCRA = résultats performants et satisfaction des patients Diminue la consommation d'anesthésiques locaux vs injection continue
PARENTÉRALE				
L'efficacité du bloc est testée et en cas de douleur en SSPI, les antalgiques de secours sont utilisés dans l'ordre suivant :				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément	Si non administré au bloc opératoire
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion de 20 mg	20 mg x 6/j	Analgésie de complément	Si non administré au bloc opératoire
CHLORHYDRATE DE MORPHINE 1 mg/mL IV	PCA quand patient évaluable après titration	1-3 mg/ 5-10 min	Entretien analgésie	En cas d'échec du cathéter tronculaire

*** PCRA : patient controlled regional analgesia (analgésie par voie périmerveuse contrôlée par le patient)

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROPIVACAÏNE 2 mg/mL (0,2%) BLOC SCIATIQUE POPLITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • PCRA : cathéter sciatique poplité continu + bolus • En continu 	5 mL/h (10 mg/h) en continu + bolus de 5mL (10 mg) pendant 2-3 j Période réfractaire : 30-45 min 5-7 mL/h (10-14 mg/h) pendant 48 à 72h	Entretien analgésie Analgésie au mouvement	PCRA = résultats performants et satisfaction des patients Cathéter maintenu jusqu'à obtenir une douleur modérée, soulagée par antalgiques mineurs (2-3 j)
PARENTÉRALE				
Comme précédemment, les antalgiques parentéraux ne sont utilisés que si le bloc poplité est insuffisant et dans l'ordre suivant :				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min systématique	1 g x 4/j pendant 2 j	Entretien analgésie	
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min systématique	50 mg x 4/j ou 100 mg x 3/j pendant 2 j max	Entretien analgésie	Risque hémorragique
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 15 min	20 mg x 6/j pendant 2 j	Entretien analgésie	
MORPHINE PO	À la demande	5 à 10 mg x 4/j pendant 2 j max	Entretien analgésie	En cas d'échec du cathéter tronculaire Arrêt si consommation inférieure à 10 mg
RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE				
PARACÉTAMOL + CODÉINE PO	Systématique	1 à 2 cp x 4/j pendant 8-15 j	Entretien analgésie	En relais de la morphine ou de l'ALR
ALTERNATIVE				
PARACÉTAMOL + TRAMADOL PO	Systématique	1 à 2 cp x 4/j pendant 8-15 j	Entretien analgésie	En relais de la morphine ou de l'ALR
MORPHINE LI PO		10 mg x 4 à 6/j		

*** PCRA : patient controlled regional analgesia (analgésie par voie périnerveuse contrôlée par le patient)

ORDONNANCE DE SORTIE

KÉTOPROFÈNE LP 100 mg PO

• 1 cp x 2/j pendant 5 jours en surveillant la tolérance gastroduodénale

PARACÉTAMOL + CODÉINE PO

• 1 à 2 cp. x 3/jour

OU

PARACÉTAMOL + TRAMADOL PO

• 1 à 2 cp. x 3/jour

MORPHINE LI 10 mg

• Analgésie de secours - Jusqu'à 6/j

AMBULATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
ROPIVACAÏNE 2 mg/mL (0,2 %) BLOC SCIATIQUE POPLITÉ	En continu avec système de régulateur de débit	5-7 mL/h (10-14 mg/h) pendant 3 j	Diminue la douleur postopératoire, les effets secondaires liés aux antalgiques de secours, les perturbations du sommeil et améliore la satisfaction du patient	Le patient est informé de la technique dès la consultation d'anesthésie Prise en charge par un réseau de soins à domicile formé et libéral ; médecin traitant prévenu
OU ROPIVACAÏNE 2 mg/mL (0,2 %) BLOC TIBIAL POSTÉRIEUR				
ET PARACÉTAMOL OU PARACÉTAMOL + CODÉINE OU PARACÉTAMOL OU PARACÉTAMOL + TRAMADOL	Systématique	1 à 2 cp x 4/j pendant 8-15 j	Entretien analgésie	
KÉTOPROFÈNE LP 100 mg PO	Systématique	1 cp x 2/j pendant 5 j	L'association avec un AINS en ambulatoire puis en relais est fortement recommandé	

REMARQUES

Après ablation du cathéter, le relais analgésique par des antalgiques non morphiniques plus ou moins associés à des morphiniques doit être anticipé avant l'ablation du cathéter
 Organisation d'un système de soins en collaboration avec des intervenants extérieurs : médecin traitant, infirmière à domicile, accueil téléphonique 24 h/24, transmission du dossier patient entre tous ces partenaires

Références essentielles :

- Adam F, Pelle Lancien E, Bauer T, Solignac N, Sessler DI, Chauvin M. Anesthésia and postoperative analgesia after percutaneous hallux valgus repair in ambulatory patients. *AFAR* 31 2012. e265-e268
- Chelly JE, Greger J, Casati A, Al-Samsam T, McGarvey W and Clanton T. Continuous lateral sciatic blocks for acute postoperative pain management after major ankle and foot surgery. *Foot. Ankle. Int.* 2002; 23: 749-52.
- Finsen V and Kasseh AM. Tourniquets in forefoot surgery: less pain when placed at the ankle. *J. Bone. Joint. Surg. Br.* 1997; 79: 99-101.
- Godfroid N, Lecoq JP, Remy B, Fontaine R, Lamy M, Brichant JF. Regional analgesia after lower limb orthopaedic surgery. *Rev Med Liege.* 2009; 64: 639-44.
- Ilfeld BM, Morey TE, Wang RD and Enneking FK. Continuous popliteal sciatic nerve block for postoperative pain control at home: a randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *Anesthesiology* 2002; 97: 959-65.
- Leemrijse T, Valtin B, Besse JL. [Hallux valgus surgery in 2005. Conventional, mini-invasive or percutaneous surgery? Uni- or bilateral? Hospitalisation or one-day surgery?]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 2008; 94: 111-27.
- Macaire P, Gaertner E and Capdevila X. Continuous post-operative regional analgesia at home. *Minerva. Anesthesiol.* 2001 ; 67 : 109-16.
- Nouvellon E, Deleuze M, Ripart J. Blocks of the foot. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2006; 25: 345-8. 2005 Oct 26. Review. French.
- Offierski C. Peripheral nerve blocks for distal extremity surgery. *Clin Plast Surg.* 2013; 40: 551-5.
- Singelyn FJ. Single-injection applications for foot and ankle surgery. *BestPract Res Clin Anaesthesiol.* 2002;16: 247-54. Review.