

## L'OSTÉOTOMIE EN CHEVRON

Document réalisé par le groupe TALUS du GECO (www.geco-medical.org) - 2004.

GECO

C'est une ostéotomie distale dont la coupe sur une vue de profil s'apparente à un chevron. La position de l'ostéotomie et le caractère "court" du trait horizontal offre plus de possibilité que le scarf en terme de correction, que se soit :

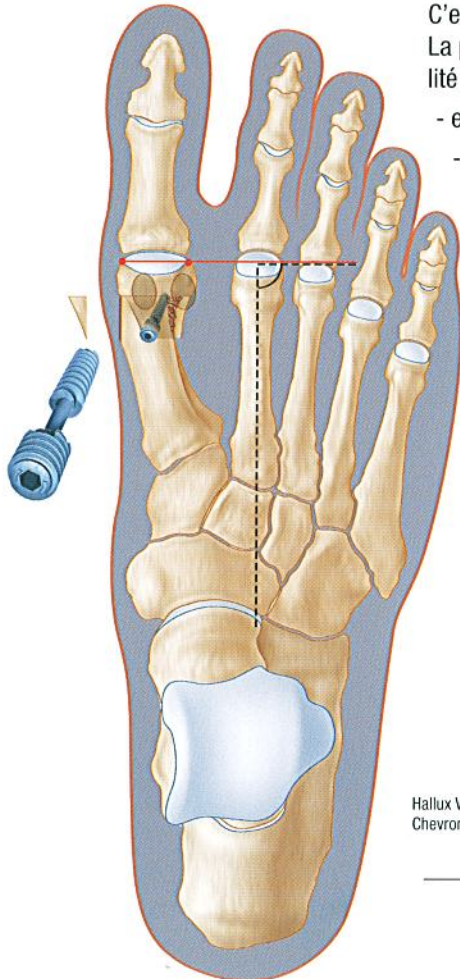
- en translation,
- en raccourcissement,
- ou en rotation.

La qualité de l'os épiphysaire offre une meilleure résistance et limite les risques d'impaction des pièces osseuses après ostéotomie, réduisant ainsi "l'effet tuile" et les risques de métatarsus élévatus.

La fixation est par contre plus difficile, nécessitant une technique rigoureuse.



RX d'un chevron



Hallux Valgus pied corrigé  
Chevron fixé par vis auto compressive

### INCISION MÉDIALE ET LIBÉRATION DES PARTIES MOLLES

Il est souvent possible de réaliser des incisions un peu plus courtes que pour le scarf (environ 5cm), en rapport avec la longueur du trait horizontal. L'incision peut être classique rectiligne ou en "oméga" de manière à contourner le bunion vers le haut ; cet artifice peut éviter des cicatrices douloureuses en cas de reprise (surtout quand on envisage systématiquement l'ablation du matériel).

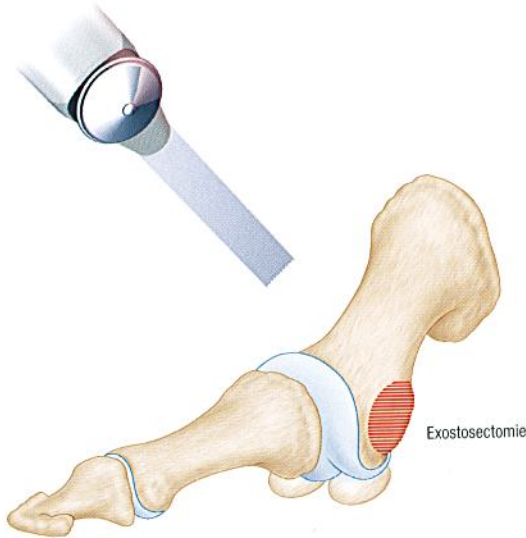
L'articulation est suffisamment libérée pour mobiliser le segment distal sans compromettre la vascularisation de la tête.

Le principe est de libérer et mobiliser la sangle sésamoïdienne. Cet abord permet la section du ligament métatarso-sésamoïdien et la libération des tendons direct et oblique de l'adducteur de l'hallux.

On peut dès ce stade envisager l'ostéotomie phalangienne, sans la fixer toutefois, afin de limiter les tensions lors des manœuvres de réduction. Cela est particulièrement utile dans les grandes déformations.

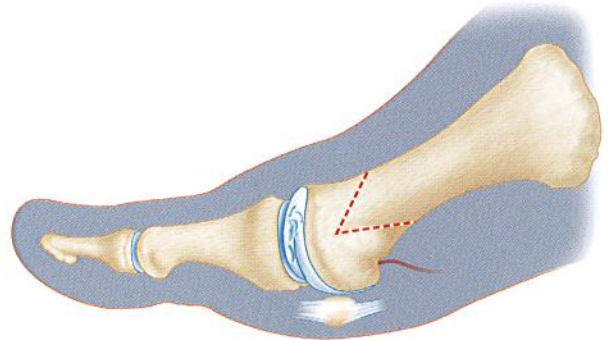
## EXOSTOSECTOMIE

La face médiale de la tête de M1 est irrégulière ; il faut la régulariser à la scie oscillante ou à la pince Gouge. Le terme d'exostosectomie est "inadapté" puisqu'il ne s'agit pas d'une exostose, mais simplement d'une irrégularité.



Exostosectomie

La coupe dorsale est très distale et doit être légèrement orientée vers l'avant et vers le bas. Le trait de scie doit rester parallèle à la surface articulaire de M1. La coupe horizontale est courte et doit se finir en proximal par rapport à la pénétration des vaisseaux.



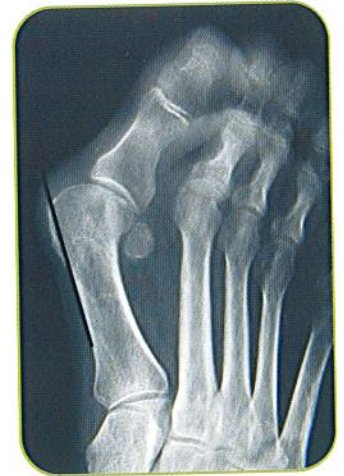
Profil d'une coupe en Chevron

Il est alors possible de reprendre la coupe dorsale par un deuxième trait ayant la même obliquité vers le bas et vers la distalité mais qui sera perpendiculaire à l'axe du pied (axe de M2) en ajoutant si besoin un effet de raccourcissement.

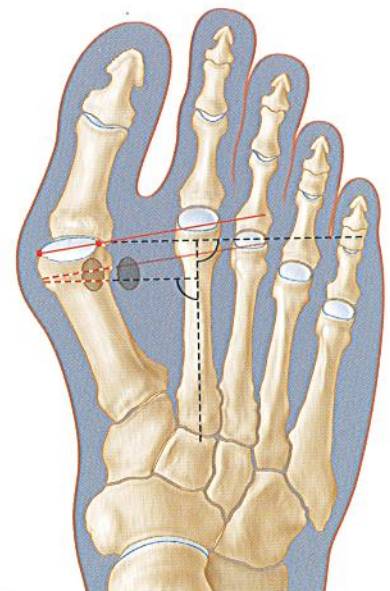
Un triangle ou un parallélogramme rectangle si raccourcissement est alors obtenu par cette recoupe.

Le recentrage de la tête est alors possible en la latéralisant. L'effet de correction du DM2AA et la remise en charge du premier rayon se fera en fonction de l'obliquité des coupes.

Attention, le raccourcissement et la dérotation peuvent rendre le besoin de latéralisation moins important que ce qui aurait été planifié en préopératoire.



Radiographie avec trait de coupe pour régularisation



**VIS SÉCABLE AUTOCOMPRESSIVE**



L10	242 446	L24	247 581
L12	242 447	L26	242 451
L14	242 448	L28	242 452
L16	242 449	L30	242 453
L18	242 450	L32	242 454
L20	247 579	L34	242 455
L22	247 580	Réf. FH ORTHOPEDICS	

**LA FIXATION**

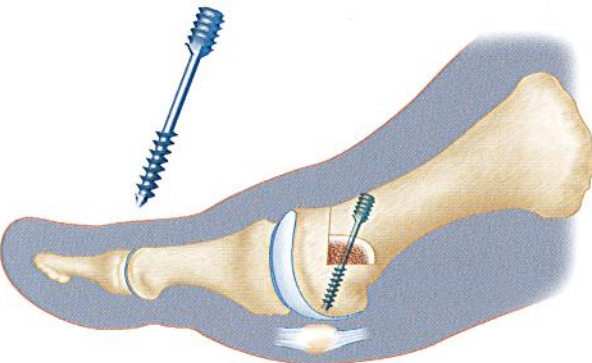
La fixation peut être moins stable que pour un scarf car il est plus difficile de mettre en place deux vis.

Il peut être intéressant de commencer à stabiliser la correction par une broche de Rocher.

La broche est positionnée verticalement 3mm en arrière de la coupe dorsale et le long du bord médial du métatarsien. Elle pourra être enlevée ou laissée en place.

**BROCHE ROCHER**

Réf. FH ORTHOPEDICS 242 625



Chevron fixé par une vis autocompressive

La fixation définitive stable sera assurée par une vis auto compressive souvent orientée vers la tête.

Le méchage se fait grâce à la mèche. Le point d'entrée est choisi en arrière et en dehors de la broche. La vis auto compressive est ensuite mise en place après mesure.

Il est préférable de choisir la taille inférieure à celle mesurée afin d'éviter une issue de la vis dans l'articulation. L'absence d'un tel conflit doit absolument être vérifié par vision intra articulaire, pour la vis et pour la broche, si on souhaite la maintenir en place.

**GESTES ASSOCIÉS**

Il faut bien sûr recouper le débord osseux de la partie haute du métatarsien. Le fragment osseux peut alors être repositionné sur le bord latéral de la métaphyse.

Un geste de libération du tendon de l'abducteur du gros orteil peut être utile. Il faut effectivement lors de la fermeture pouvoir repositionner ce tendon le long de la face médiale du métatarsien.



Coupe du débord osseux après fixation du chevron

**Date de création document :** octobre 2006 - **Fabricant :** FH Industrie - **Gamme :** Pied - bePOD -  
**Nom du produit :** Vis bePOD - **Destinataire :** professionnel de santé - **N° du marquage CE :** 0459  
**- Classe du DM :** IIb - **Indications :** ostéosynthèse du pied - **Recommandations d'utilisation :**  
 il est fortement conseillé de lire l'étiquette et la notice d'instructions du produit

## VÉRIFICATIONS ET TESTING

La correction doit être stable avant fermeture capsulaire. On doit s'assurer à ce stade, en simulation de charge, de la qualité et de la stabilité du geste. Le bon repositionnement des surfaces cartilagineuses et la suppression des facteurs de tension permettent d'espérer une bonne tenue dans le temps.

## FERMETURE

Chacun procédera selon ses habitudes. Il paraît cependant indispensable de refermer le plan capsulaire à l'aide d'un fil (résorbable dans notre expérience), avant de refermer les plans superficiels.

Selon ses habitudes on pourra lâcher le garrot pour faire l'hémostase avant la fermeture, drainer, suturer le plan sous cutané, faire un sujet ou des points séparés pour la fermeture de la peau, le fil utilisé sera résorbable ou à retirer après 2 à 3 semaines...

## SOINS POST-OPÉRATOIRES

- > Il n'est pas indispensable de refaire le pansement ; celui du bloc opératoire, s'il est fait avec soin et s'il prend en compte la correction des déformations, peut être laissé en place une quinzaine de jours.
- > Il est conseillé de mettre en place une prophylaxie anti-thrombotique.
- > Il est préférable de proposer le port d'une chaussure post-opératoire spécifique pour une durée de 15 jours à un mois.



Pansements

Document subventionné par :