

[Une déformation du pied fréquente et le plus souvent progressive](#)

Le pied plat valgus acquis chez l'adulte

Dr méd. Stephan Wirth, Dr méd. Arnd Viehöfer, Dr méd. Madlaina Schöni

Fuss- und Sprunggelenkschirurgie, Universitätsklinik Balgrist, Zürich



Le pied plat valgus est une déformation du pied fréquente, qui est généralement progressive avec le temps. Le plus souvent, les patients se présentent initialement chez leur médecin de famille. Il est essentiel de comprendre la pathogenèse pour initier des mesures thérapeutiques appropriées et pouvoir, dans la mesure du possible, éviter une progression subséquente de la condition. Cet article de revue a pour objectif de fournir un aperçu de l'étiologie et de la pathogenèse, du diagnostic et du traitement de cette déformation du pied.

Introduction

Le pied plat valgus acquis (pied plat, «adult-acquired flatfoot deformity») est une déformation du pied fréquente, qui peut associer une déformation en valgus de l'arrière-pied, un affaissement de l'arche longitudinale médiale et/ou une abduction de l'avant-pied. Les patients décrivent une modification de la forme du pied, par ex. un changement de l'empreinte du pied mouillé sur la serviette, une forme du pied plus large ou un abaissement de la voûte plantaire. Au stade initial, les douleurs se projettent souvent vers la malléole interne et la voûte plantaire. Elles sont décrites au niveau du médio-pied à hauteur de l'insertion du tendon tibial postérieur au niveau de l'os naviculaire, au niveau rétro-malléolaire médial et par la suite, directement au niveau du tendon tibial postérieur. En cas de déviation avancée de l'arrière-pied (valgus de l'arrière-pied), les douleurs latérales sous-fibulaires ne sont pas rares. Le pied plat valgus survient le plus souvent chez les femmes de plus de 40 ans, avec un pic d'âge à 55 ans [1].

Etiologie et pathogenèse

L'étiologie du pied plat valgus acquis est multifactorielle. Les causes potentielles qui favorisent sa survenue sont présentées dans le tableau 1. Le rôle clé du tendon tibial postérieur (fig. 1) en tant que stabilisateur dynamique primaire de l'arche longitudinale médiale [3] s'avère évident dans le développement du pied plat valgus acquis. Ainsi, l'insuffisance du tendon tibial postérieur peut à elle seule entraîner l'affaissement de la voûte plantaire médiale. La déformation de l'arrière-pied

qui en résulte est par la suite à l'origine d'une persistance et d'une progression du pied plat valgus.

Une surcharge chronique (par ex. pied plat valgus préexistant jusqu'alors asymptomatique) ou des microtraumatismes répétés entraînent une tendinose dégénérative du tendon tibial postérieur [5]. En cas de charge constante, des ruptures (partielles) se manifestent au sein le tissu tendineux dégénéré, pouvant par la suite conduire à une elongation du tendon et à une dysfonction du tendon tibial postérieur. Par conséquent, ce dernier ne peut plus accomplir suffisamment sa fonction

Tableau 1: Causes potentielles d'un pied plat valgus acquis.

Manque de soutien de l'arche longitudinale médiale

Insuffisance tibiale postérieure

Rupture du ligament calcanéo-naviculaire plantaire

Rupture du tendon tibial antérieur

Instabilité de la 1^{ère} articulation tarso-métatarsienne (TMT)

Cause rhumatologique

Déformation du pied en cas de polyarthrite rhumatoïde, etc.

Cause iatrogène

Surcorrection d'un pied bot

Cause post-traumatique

Cause neurologique

Neuro-ostéo-arthropathie de Charcot (en cas de diabète, lèpre, polyneuropathie périphérique liée à une autre cause)

Parésies cérébrales ou périphériques (poliomyélite, myéloméningocèle, etc.)

Autres facteurs prédisposants

Rapport de longueur talus/calcanéum [2]

Coalition tarsienne

Laxité ligamentaire générale

Prédisposition familiale



Stephan Wirth



Figure 1: Anatomie du tendon tibial postérieur (© 2016 Wirth). Le tendon tibial postérieur passe directement derrière la malléole médiale et s'insère principalement dans la tubérosité de l'os naviculaire. En cas de pied sain, la contraction du muscle tibial postérieur provoque une inversion et une flexion plantaire du pied. Lorsque le pied est en charge, le tendon tibial postérieur soutient l'arche longitudinale médiale et entraîne un verrouillage du médio-pied et de l'arrière-pied [4]. Une fonction efficace du muscle gastrocnémien est ainsi possible. En cas de fonction tibiale postérieure insuffisante, le patient ne parvient pas à se tenir debout sur une jambe et à s'élever sur la pointe des orteils à l'examen clinique.

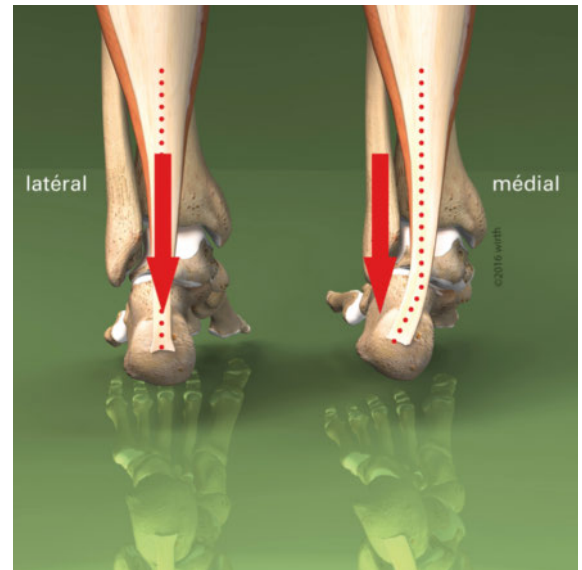


Figure 2: Le déplacement latéral de la direction de traction du tendon d'Achille est responsable d'un phénomène de «corde d'arc»: la traction du tendon d'Achille accentue la déformation en valgus de l'arrière-pied (© 2016 Wirth).

mécanique de stabilisateur de l'arche longitudinale médiale du pied. Les autres structures de soutien médial subissent dès lors une surcharge mécanique et peuvent par la suite être affaiblies par cet excès de charge, de sorte que l'arche longitudinale médiale s'affaisse encore davantage. Parmi ces structures, il convient avant tout de mentionner le ligament calcanéo-naviculaire plantaire («spring ligament»), qui est le principal stabilisateur passif de l'articulation talo-naviculaire [13]. En cas de rupture/d'insuffisance du ligament calcanéo-naviculaire, il se produit une subluxation de l'articulation talo-naviculaire. Par rapport au calcaneum, la tête du talus migre en direction médiale et plantaire, au sens d'une déformation par rotation. Le tableau typique de pied plat valgus s'en trouve renforcé.

De manière analogue, une insuffisance du ligament interosseux se traduit par une subluxation de l'articulation sous-talienne [13].

Le développement de la déformation en valgus de l'arrière-pied entraîne en outre un déplacement latéral de la direction de traction du tendon d'Achille. Il se produit un phénomène de «corde d'arc», ce qui signifie que la contraction des muscles gastrocnémiens provoque une accentuation de la déformation en valgus, car la force résultante n'a plus d'impact entrant. En conséquence, la direction de traction altérée du tendon d'Achille renforce davantage la déformation en valgus préexistante au niveau de l'arrière-pied (fig. 2).

Une instabilité supplémentaire de la première articulation tarso-métatarsienne (TMT) renforce le développement d'un pied plat valgus, car elle entraîne une

insuffisance du mécanisme du treuil («windlass») [14]. Sur le plan physiologique, l'extension dorsale des orteils lors de la marche entraîne une tension du fascia plantaire. Ce dernier verrouille l'arche longitudinale lors du décollement du talon, ce qui rend possible un décollement puissant par le muscle triceps sural. En raison de l'hypermobilité au niveau de la première articulation TMT, l'arche longitudinale médiale n'est plus correctement verrouillée par le fascia plantaire.

Manifestations cliniques

Les douleurs au niveau de la voûte plantaire médiale et de la malléole interne constituent un symptôme précoce du pied plat valgus. Les douleurs au niveau de la malléole externe n'apparaissent que tardivement.

A l'anamnèse, les patients souffrant de pied plat valgus au stade précoce signalent généralement des douleurs médiales à l'insertion et le long du tendon tibial postérieur, souvent associées à une tuméfaction locale. Les douleurs plantaires profondes peuvent être l'expression d'une lésion du ligament calcanéo-naviculaire plantaire [15]. Souvent, les douleurs médiales régressent avec le temps, alors que la tuméfaction persiste généralement. Au fil du temps, les patients indiquent une déformation croissante du pied [16]. Ils décrivent une descente du pied, un pied plus large et plus plat, et une voûte affaissée. A ce stade, les patients se plaignent souvent de limitations fonctionnelles, telles qu'une faiblesse du pied touché ou une sensation d'instabilité lors de la marche sur des sols irréguliers ou pentus. Les

douleurs au niveau de la malléole externe et du bord externe du pied sont la manifestation d'une déviation pertinente de l'arrière-pied et elles sont caractéristiques d'un stade avancé du pied plat valgus. Les douleurs se projettent sur l'articulation calcanéocuboïdienne, le sinus du tarse et/ou la malléole latérale. Elles peuvent être provoquées par une hyperpression dans l'articulation calcanéocuboïdienne ou être l'expression d'un conflit («impingement») latéral dans l'articulation sous-talienne ou au niveau sous-fibulaire [17]. Les déformations en valgus prononcées de l'arrière-pied peuvent être à l'origine d'une fracture de fatigue de la fibula distale.

Diagnostic

L'anamnèse et l'examen clinique permettent de poser le diagnostic.

L'insuffisance du tendon tibial postérieur ou le pied plat valgus représente principalement un diagnostic clinique [18]. Au stade précoce, l'examen clinique révèle une tuméfaction et une douleur à la pression le long du tendon tibial postérieur, qui traduisent une téno-synovite. L'inversion contre résistance est souvent affaiblie et suscite des douleurs [18].

L'axe de l'arrière-pied est évalué en vue dorsale chez le patient en position debout. Une déformation en valgus accrue de l'axe longitudinal du calcanéum vers l'axe longitudinal du tendon d'Achille est typique. Il est question d'un valgus accru de l'arrière-pied à partir d'une déformation en valgus de l'arrière-pied supérieure à 8°. Lorsqu'il y a en plus une abduction accrue de l'avant-pied, le signe dit «too many toes sign» est considéré comme positif: lorsque le médecin inspecte le pied du patient en étant placé derrière lui, il visualise un trop grand nombre d'orteils latéraux (normalement 1,5) [18] (fig. 3). Lors de l'inspection latérale du patient en position debout, une arche longitudinale affaissée voire inexistante est visible (fig. 3).

Le «single heel rise test» est un signe clinique essentiel. Lors de ce test, il est demandé au patient de se tenir debout sur une jambe et de s'élever à plusieurs reprises sur la pointe des orteils. Pour qu'il ait un meilleur équilibre, le patient doit légèrement s'appuyer contre le mur. En cas de pied sain, il se produit, lors de la station sur la pointe des orteils, une varisation de l'axe de l'arrière-pied par traction du tendon tibial postérieur (fig. 4). En cas de tendinopathie, d'élongation ou de rupture partielle du tendon, la fonction est limitée et la varisation physiologique n'a pas lieu lors de la station sur



Figure 3: Tableau clinique d'un pied plat valgus avec valgus de l'arrière-pied, affaissement de l'arche longitudinale médiale et abduction de l'avant-pied.

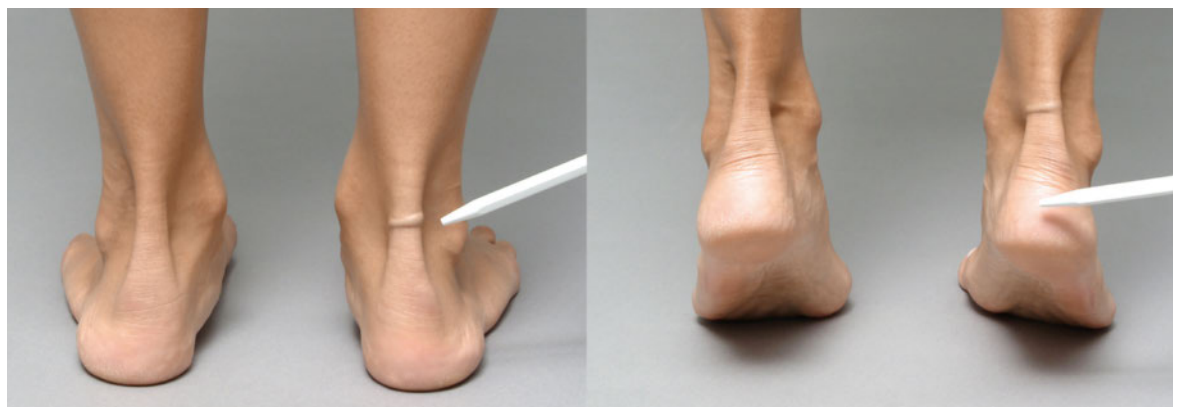


Figure 4: Lors de la station sur la pointe des orteils, il se produit une varisation physiologique de l'arrière-pied, cf. marquage.

une jambe. Le test est considéré comme positif lorsque le patient ne parvient pas à se tenir sur une jambe et à s'élever sur la pointe des orteils ou lorsque la varisation physiologique n'a pas lieu [1].

Il est essentiel d'évaluer si la déformation est flexible ou rigide pour déterminer le traitement à mettre en œuvre. En cas de déformation flexible, il se produit un redressement de l'arche longitudinale lors du test de Jack. Lors de ce test, une extension dorsale passive du gros orteil est réalisée chez le patient en position debout. Sous l'effet du mécanisme de treuil, il devrait se produire un redressement de l'arche longitudinale en cas de déformation flexible.

Par ailleurs, il est pertinent de procéder à une évaluation clinique des muscles du mollet. Un raccourcissement des muscles du mollet est typique au stade avancé et il entretient la déformation par la traction latéralisée du tendon d'Achille (fig. 2).

Une hypermobilité du 1^{er} rayon favorise la survenue du pied plat valgus. Pour la planification d'un traitement chirurgical, il est dès lors essentiel d'évaluer cliniquement si le patient présente une mobilité accrue dans la 1^{ère} articulation TMT. A cet effet, il convient d'évaluer l'amplitude de translation verticale dans la 1^{ère} articulation TMT. Une hyperkératose plantaire au niveau de la 2^e tête métatarsienne peut être évocatrice d'une hypermobilité du 1^{er} rayon.

La radiographie conventionnelle du pied en charge fournit des renseignements utiles dans la mise au point

diagnostique du pied plat valgus (fig. 5). Une arche longitudinale aplatie est typiquement visible sur les clichés latéraux. Grâce à des mesures d'angles, il est possible de quantifier la déformation (fig. 5). En outre, l'axe tarso-métatarsien interrompu et l'axe calcanéen réduit sont également reconnaissables sur les clichés latéraux. L'incidence dorso-plantaire sert à déterminer la couverture talo-naviculaire, qui renseigne sur la présence d'une abduction de l'avant-pied. Il y a une abduction significative de l'avant-pied en cas de couverture inférieure à 40%. Des incidences particulières, telles que l'incidence de Saltzman ou le «hindfoot alignment view», sont utilisées pour la détermination radiologique de l'axe de l'arrière-pied.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) revêt une importance croissante. Elle est également utile aux stades précoces du pied plat valgus. Elle s'avère indiquée pour évaluer la qualité du tendon tibial postérieur, les structures ligamentaires, ainsi que le cartilage articulaire au niveau sous-talien et talo-naviculaire.

En raison de sa localisation anatomique, le tendon tibial postérieur peut très bien être évalué par le biais de l'échographie. Toutefois, lorsqu'il s'agit simplement de déterminer la présence (ou non) d'une tendinopathie, l'échographie représente une très bonne alternative à l'IRM.

La tomодensitométrie est utilisée dans des cas exceptionnels pour évaluer une éventuelle coalition ou quantifier plus précisément une arthrose.

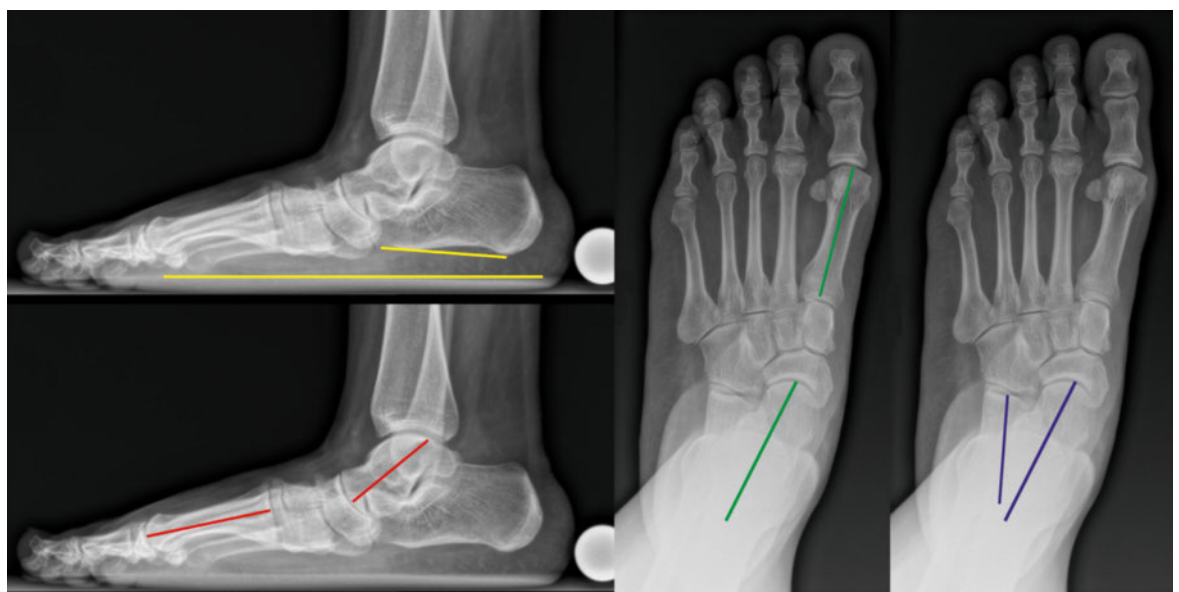


Figure 5: Sélection d'angles majeurs pour la description d'un pied plat valgus à la radiographie conventionnelle. **Jaune:** «calcaneal pitch»: angle avec la ligne comprise entre le point le plus plantaire du calcanéum et la limite inférieure de l'articulation calcanéocuboïdienne d'une part et la surface d'appui au sol d'autre part. Normal 25–45°. **Rouge:** angle talo-métatarsien («Meary's angle»). Normal env. 0°. **Vert:** angle talo-métatarsien en incidence dorso-plantaire. Normal env. 0°. **Bleu:** angle talo-calcanéen en incidence dorso-plantaire («Kite's angle»). Normal 15–30°.

Tableau 2: Classification de l'insuffisance tibiale postérieure selon Johnson & Strom [16] et Myerson [4].

	Tendon tibial postérieur	Déformation osseuse	Clinique
Stade I (Johnson et Strom)	Ténosynovite ou dégénérescence débutante, pas d'élongation, continuité du tendon préservée	Aucune	Possibilité de station sur la pointe des orteils d'une jambe, inversion vigoureuse du pied contre résistance
Stade II (Johnson et Strom)	Elongation et dégénérescence, souvent rupture partielle chronique voire rupture totale	Flexible	Arche longitudinale affaissée, faiblesse d'inversion, station sur la pointe des orteils d'une jambe impossible
Stade III (Johnson et Strom)	Elongation et dégénérescence, souvent rupture partielle chronique voire rupture totale	Rigide	Pied plat valgus irréductible et déformation en abduction
Stade IV (Myerson)	Instabilité supplémentaire du ligament deltoïde	Rigide, atteinte supplémentaire de l'articulation talo-crutale	Pied plat valgus irréductible et déformation en abduction
	IVa: Flexible		
	IVb: Rigide		

Classification

La classification du pied plat valgus ou de l'insuffisance du tendon tibial postérieur la plus courante à l'échelle mondiale a été décrite pour la première fois par Johnson et Strom [16]. Plus tard, Myerson y a encore ajouté un stade IV, qui correspond à une déformation supplémentaire de la cheville en plus de celle du pied [4] (tab. 2). La classification est pertinente dans la mesure où le traitement chirurgical diffère en fonction des stades de la condition: aux stades I et II (pied plat valgus flexible), des interventions de reconstruction avec conservation des articulations sont généralement réalisées; aux stades III et IV (pied plat valgus rigide), des arthrodèses correctrices sont pratiquées. Cette classification est également pertinente pour le choix de l'aide technique orthopédique appropriée.

Traitement

Un pied plat valgus indolore chez l'adulte n'a en principe pas besoin d'être traité, hormis les cas de déformations grossières avec risque d'ulcérations cutanées, de démarche mal assurée, etc. Il convient de faire la distinction entre le traitement conservateur et le traitement chirurgical. Le traitement conservateur occupe toujours une place centrale, notamment du fait des grands progrès accomplis au niveau des aides techniques orthopédiques disponibles. Le traitement conservateur devrait dès lors constituer la première mesure thérapeutique dans la prise en charge du pied plat valgus. En dépit d'une prise en charge optimale par appareillage orthopédique, il n'est cependant pas rare d'observer une progression de la déformation. La décision en faveur d'une correction chirurgicale revient en dernier lieu au patient. L'indication d'une correction chirurgicale doit être posée sur la base de la souffrance

du patient. Les douleurs et la progression de la déformation malgré une prise en charge adéquate par appareillage orthopédique, les ulcérations cutanées, les fractures par insuffisance, etc. font en sorte qu'il faudra probablement recourir à une correction orthopédique chirurgicale probable.

Traitement conservateur

Une tentative de traitement conservateur est possible à tous les stades [19] et est judicieuse comme première mesure. Les options thérapeutiques résident alors dans le port de semelles/chaussures orthopédiques adaptées au stade de l'affection et dans la physiothérapie. En présence d'une ténosynovite aiguë le long du tendon tibial postérieur, il convient de toujours la traiter en premier lieu avant de prendre en charge l'aspect chronique de la maladie. A cet effet, il est possible d'utiliser à court terme des traitements anti-inflammatoires/analgésiques (anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], ultrasons etc.) et d'opter pour une immobilisation à court terme dans un plâtre ou des bottes de marche orthopédiques («walker»). Il convient à tout prix d'éviter le recours à des infiltrations locales de corticoïdes [4].

En cas de pied plat valgus flexible (stades I et II), il convient en premier lieu d'envisager une prise en charge par semelles sur mesure (semelles correctrices). La forme des semelles est déterminée individuellement, en fonction des composantes de l'insuffisance par surcharge respectives [20]. En cas de composante «valgus» prédominante, le calcaneum est redressé par un bon soutien du talon et une cale de supination. En cas de composante «pied plat», l'arche longitudinale médiale est en plus soutenue. Pour les formes sévères, une orthèse de type coque ou chausson moulé peut s'avérer nécessaire [21]; en cas d'abduction de l'avant-pied, celle-ci est tirée jusqu'au-delà de la tête du 5^e métatarsien.

En cas de déformation du pied rigide, une prise en charge par semelles correctrices est en principe difficilement possible. Dans ce cas, on a recours à des lits plantaires orthopédiques non correcteurs. L'objectif est alors que le pied épouse la plus grande surface possible, afin d'éviter au maximum les zones de pression. Dans les cas avancés, des chaussures orthopédiques de série, des chaussures orthopédiques sur mesure voire des orthèses peuvent être indiquées [20].

La physiothérapie peut s'avérer utile durant les phases d'exacerbations douloureuses aiguës, consistant en l'application de mesures anti-inflammatoires locales (par ex. ultrasons, thérapie par ondes de choc, etc.). Toutefois, la physiothérapie est principalement utilisée pour améliorer la proprioception et pour l'entraînement ciblé de muscles. Ainsi, l'entraînement ciblé du muscle long fléchisseur de l'hallux et du muscle long fléchisseur des orteils peut compenser, du moins

partiellement, l'insuffisance du muscle tibial postérieur [15, 21]. Il est également possible de pratiquer des exercices d'étirement du muscle triceps sural, lorsqu'une contracture de ce muscle fait du tendon d'Achille une force de déformation secondaire.

Traitement chirurgical en fonction des stades

Comme déjà mentionné, le traitement chirurgical est basé sur la classification de l'insuffisance du tendon tibial postérieur selon Johnson et Strom: un pied plat valgus flexible (stades I et II) peut en principe être traité par chirurgie avec préservation de l'articulation; les stades III et IV se caractérisent par la survenue de déformations rigides, qui rendent des arthrodèses correctrices nécessaires. Le tableau 3 fournit un aperçu des différentes options thérapeutiques chirurgicales. Les interventions intéressant exclusivement les parties molles sont uniquement indiquées au stade I; elles

Tableau 3: Aperçu du spectre thérapeutique chirurgical. En cas de besoin, les différentes interventions sont combinées en fonction du stade de la déformation et de la patho-biomécanique.

Reconstruction des parties molles

Tendon tibial postérieur

Reconstruction du tendon tibial postérieur

Transfert du tendon du muscle long fléchisseur des orteils Transfert du tendon du muscle long fléchisseur des orteils au niveau du tendon tibial postérieur

Transfert selon la technique de Cobb

Transfert d'une bandelette du tendon tibial antérieur

Refixation de l'os tibial externe

Reconstruction de l'appareil ligamentaire médial

Raccourcissement et renforcement du ligament calcanéo-naviculaire plantaire

Déplacement ventral et raccourcissement de la partie superficielle du ligament deltoïde

Procédés d'ostéotomie supplémentaires

Ostéotomie d'allongement du calcaneum

Entraîne un repositionnement indirect de l'articulation talo-naviculaire avec supination/inversion de l'arrière-pied et adduction de l'avant-pied

selon Evans [23]:

Ostéotomie à 1 cm proximal de l'articulation calcanéo-cuboïdienne

selon Hintermann [24]:

Ostéotomie au point le plus profond du plancher du sinus du tarse

Ostéotomie de glissement médiale du calcaneum [25]

En cas de valgus prononcé de l'arrière-pied ou de conflit latéral

Ostéotomie correctrice supra-malléolaire

En plus des ostéotomies correctrices de l'arrière-pied au stade IVa

Ostéotomie d'abaissement du 1^{er} métatarsien

Pour la correction d'une supination accrue de l'avant-pied après ostéotomie correctrice du calcaneum

Ostéotomie de Cotton

Ostéotomie par ouverture dorsale de l'os cunéiforme médial pour la correction d'une supination accrue de l'avant-pied après ostéotomie correctrice du calcaneum

Arthrodèses correctrices

Arthrodèse sous-talienne isolée

Double arthrodèse

Arthrodèse de l'articulation sous-talienne et de l'articulation talo-naviculaire

Triple arthrodèse

Arthrodèse de l'articulation sous-talienne, de l'articulation talo-naviculaire et de l'articulation calcanéo-cuboïdienne

Arthrodèse pan-talienne

Arthrodèse supplémentaire de l'articulation talo-crurale

Correspondance :
Dr méd. Stephan Wirth
Universitätsklinik Balgrist
Forchstrasse 340
CH-8008 Zürich
fuss[at]balgrist.ch

vont de la synovectomie du tendon tibial postérieur jusqu'aux plasties d'augmentation et aux transferts de tendon. Le transfert du tendon du muscle long fléchisseur des orteils représente l'approche la plus courante. Aux stades tardifs, les interventions sur les parties molles sont toujours combinées à des interventions de correction osseuse.

Au stade II, il convient de combiner des ostéotomies correctrices et des interventions au niveau des parties molles [16]. Le type d'ostéotomies devant être réalisé dépend de l'analyse exacte de la déformation.

En cas de déformations rigides ou d'arthroses significatives, la déformation doit être corrigée par arthrodèses correctrices. Au stade III, l'articulation sous-talienne fait l'objet d'une arthrodèse en position corrigée. En fonction de la pathologie, l'arthrodèse sous-talienne devra, dans certains cas, s'accompagner d'une arthrodèse de l'articulation talo-naviculaire (= double arthrodèse)

et de l'articulation calcanéocuboïdienne (= triple arthrodèse).

Au stade IV, la subluxation au niveau de l'articulation talo-crurale doit en plus être traitée. En cas de déformation flexible au niveau de l'articulation talo-crurale, il est possible de réaliser à cet effet une ostéotomie supra-malléolaire correctrice. En cas de déformation rigide, une arthrodèse de l'articulation talo-crurale est également réalisée, résultant en une arthrodèse pan-talienne.

Suite à pratiquement toutes les interventions chirurgicales citées, une immobilisation par plâtre durant au moins 6 semaines est indiquée. Cela vaut tout particulièrement pour les corrections osseuses. En fonction de l'évolution de la consolidation osseuse lors de la visite de contrôle à 6 semaines, la mise en charge peut reprendre. De nombreux patients signalent une amélioration de la fonction déjà après 3–6 mois. Toutefois, un rétablissement complet est souvent uniquement obtenu 1 an après l'opération [26]. Il est impératif de bien l'expliquer au patient afin de maintenir une bonne observance durant cette période.

Alors que les procédés thérapeutiques actuels permettent d'obtenir un soulagement efficace des douleurs, le maintien de la fonctionnalité aux stades avancés représente encore un défi de taille.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.medicalforum.ch

L'essentiel pour la pratique

- Le pied plat valgus survient le plus souvent chez les femmes de plus de 40 ans.
- L'insuffisance du tendon tibial postérieur se développe de façon chronique et avec le temps, il faut s'attendre à une progression de la déformation.
- Un traitement du pied plat valgus chez l'adulte est indiqué en présence de douleurs à la charge.
- Le choix de la forme thérapeutique appropriée dépend de la présence d'une déformation flexible ou rigide, et ce à la fois pour le traitement conservateur et le traitement chirurgical.
- Une tentative de traitement conservateur est possible à tous les stades.