

Dr. Richard BORG

Ancien Chirurgien des Hôpitaux
Membre du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Prise de RDV : 03 86 94 51 71

Terminologie :

1. **Quintus varus supradductus** : déformation du 5^e orteil avec conflit entre le 4^e et le 5^e orteil aboutissant à un chevauchement du 5^e sur le 4^e orteil
2. **Quintus varus infradductus** : déformation du 5^e orteil avec conflit entre le 4^e et le 5^e orteil aboutissant à un chevauchement du 4^e sur le 5^e orteil.
3. **Exostose** : Saillie osseuse, à distance de l'articulation, sa formation est liée à l'excès de frottement de l'os contre un corps plutôt rigide, la chaussure, par exemple.
4. **Cor** : formation cutanée dure constituée de tissu épidermique superficiel.
5. **Œil de perdrix** : cor interdigital, créé par le frottement entre le 4^e et 5^e orteil, se traite par des soins de pédicure au départ et devient chirurgical ensuite.
6. **Hyperkératose** : Apposition de kératine qui tend à renforcer la peau dans le conflit en réaction au frottement, c'est un premier signe de souffrance cutanée, traduisant une cause mécanique
7. **Kératome** : formation de peau épaisse avec début d'organisation et parfois perforation médiane de couleur sombre.
8. **Ostéotomie** : Section de l'os en vue de redresser un axe, se fait à la scie chirurgicale, ou en fragilisant l'os par des perforations tout autour de l'os, en timbre-poste rendant la correction osseuse possible par un simple effort manuel de mise en tension. C'est une sorte de « fracture » à visée thérapeutique
9. **Articulation MTP** : Articulation métatarso phalangienne
10. **Bursite inflammatoire** : formation d'une bourse séreuse, contenant du liquide et témoignant d'une souffrance cutanée causée en général par un processus mécanique de frottement (fig. 2)
11. **Bursite ulcéralive** : bursite inflammatoire et la peau qui s'amincit et peut se perforer, elle peut donner lieu si mal soignée à une ostéite, sous-jacente (fig.2)
12. **Ostéite** : infection de l'os, c'est une complication de la déformation qui peut devenir grave.

© Copyright : Dr. Richard BORG - Confidentiel

Copyright signifie que ce document vous est donné personnellement à vous et à aucune autre personne. Il est strictement confidentiel et ne peut en aucune façon faire l'objet de copie partielle ou totale. Il ne peut être communiqué sans autorisation.

Dr. Richard BORG

Ancien Chirurgien des Hôpitaux
Membre du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Prise de RDV : 03 86 94 51 71

QUINTUS VARUS (Q.V) Bunionette

C'est une affection du 5^e orteil. Elle se manifeste par une douleur et/ou une raideur avec très souvent, la formation d'une épaisseur cutanée, un « cor⁴ » (fig. 3) dit aussi « hyperkératose⁶ », sur le côté dorsal et/ou sur la face latérale du 5^e orteil. Il y a en plus, parfois la formation d'un « kératome⁷ », tuméfaction sensible au toucher et douloureuse à la marche.

Au terme de l'évolution de cette affection, il se forme une « bosse » dite aussi « exostose³ » sur la face latérale de la tête du métatarsien du 5^e orteil. Elle peut s'accompagner aussi, dans certains cas, d'une rougeur dite « bursite inflammatoire¹⁰ » ou une « bursite ulcéralive¹¹ » (fig. 2).

Le Q.V. peut parfois être à l'origine d'une boiterie et d'une difficulté au chaussage. La chaussure devenant pénible à supporter, car causant des frottements au contact de l'os. Le Q.V. peut s'accompagner d'un durillon plantaire.

Quand la déformation devient avancée, il s'y associe une griffe, avec une rétraction de l'extenseur du 5^e et flexion plantaire de la phalange distale, et dans un stade encore plus avancé, on peut retrouver une plaie et parfois un suintement.



fig. 1 : Quintus Varus



fig. 2 : bursite inflammatoire

© Copyright : Dr. Richard BORG - Confidentiel

On distingue le Q.V. normo-axé, des déformations avec conflit entre le 4^e et le 5^e orteil. On parle de « **Q.V. infraductus**² » (fig. 3) ou « **Q.V. supraductus**¹ » (fig.4).

A l'examen clinique, la déformation est alors soit réductible càd que la manipulation passive de l'orteil permet de le mobiliser et d'allonger l'orteil ; soit irréductible avec impossibilité d'allonger l'orteil (fig. 5).

Dans certains cas, le QV peut s'associer à un Hallux valgus (fig. 5). C'est dans ces formes que l'on retrouve des zones de frottement entre la face latérale du 4^e orteil (vers le dehors) et la face médiale du 5^e (face regardant le gros orteil). Cette zone de friction peut, si le 4^e orteil est raide aussi aboutir à la formation d'un « **œil de perdrix**⁵ » qui est une lésion chronique douloureuse, mettant parfois à nu l'os et susceptible d'entraîner une « **ostéite**¹² » qui est une complication redoutable à soigner et à guérir.

Il existe un élargissement entre le 4^e et le 5^e rayon avec un angle M4-M5 supérieur à 10° (fig. 3). Le Q.V. peut venir compliquer un pied diabétique ou neuropathique.

Le traitement médical conservateur :

Tant que la déformation est réductible, on peut tenter un traitement dit conservateur :

- Traitement médicamenteux associé AINS et antalgiques
- Soins pédicurie pour le kératome⁷,
- Semelle orthopédique,
- Orthoplastie (fig. 6).



fig. 3 : Quintus varus infraductus



fig. 4 : Q.V. supraductus

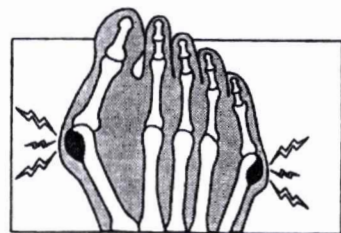


fig. 5 : Association Hallux Valgus et Quintus Varus

Le traitement chirurgical : (fig 6, 8 & 9)

- **Allongement tendineux** plus simplement **Ténotomie** trans cutanée d'un ou plusieurs tendons : **extenseur** et/ou **fléchisseur** (fig. 7).
- **Résection de l'exostose** latérale de la tête du 5^e métatarsien (fig. 8).
- **Ostéotomie** (fig.9) d'un ou de 2 os du 5^e rayon (M5+/-P1) :

Les gestes tendineux et capsulaires sont souvent insuffisants, la résection de l'exostose, source de frottement, de bursite et de douleur, peut s'avérer indispensable. Ceci peut être complété par un réalignement osseux par ostéotomie qui doit diminuer la valeur de l'angle M4-M5 à moins de 10°. Par une 2 voire 3 ostéotomies : sur M5, sur P1 du 5^e orteil et/ou sur P2 du 5^e.



fig. 6 : Orthoplasties faites sur mesure

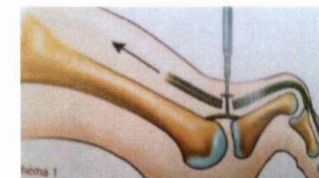


fig. 7 : Schéma d'une ténotomie per cutanée

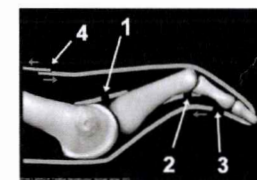


fig. 8 : Sièges des actes chirurgicaux per cutanés.



fig. 9 : Sièges des ostéotomies en chirurgie per-cutanée.