



## QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le 5<sup>e</sup> orteil est le siège de pathologies très spécifiques :

- Le quintus varus est une déformation particulière du 5<sup>e</sup> métatarsien de l'avant pied identique à celle de l'hallux valgus mais en sens inverse, comme reflétée dans un miroir : la « tête » de cet os vient frotter sur le bord externe de la chaussure, ce qui entraîne la formation d'une « bosse » inflammatoire douloureuse, et parfois une déviation du 5<sup>e</sup> orteil en dedans vers le 4<sup>e</sup> orteil. Si les deux pathologies s'associent, on parle alors d'avant-pied « triangulaire ».
- Dans certains cas, le 5<sup>e</sup> orteil se positionne au-dessus du 4<sup>e</sup> orteil (« supraductus ») ou en dessous de celui-ci (« infraductus »).
- Dans d'autres cas, les rapports entre 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> orteils sont modifiés : on peut ainsi voir apparaître un « œil de perdrix » ou « cor humide » entre ces deux orteils.



## LES CAUSES

- L'hérédité : la déformation est la plupart du temps **congénitale**.
- Le rôle de la **chaussure** : les chaussures étroites et pointues mais aussi certaines chaussures de sport peuvent être contraignantes. Les talons hauts surchargent et compriment les orteils.
- Certaines **maladies inflammatoires** (polyarthrite rhumatoïde surtout) ou **neurologiques** (séquelles d'accidents vasculaires cérébraux).
- Certains troubles statiques et tout particulièrement le  **pied creux**.
- Après certains traumatismes ou après une intervention chirurgicale réalisée sur d'autres orteils.

## LES CONSÉQUENCES



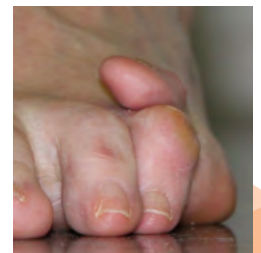
### > DIRECTES : sur le 5<sup>e</sup> orteil lui-même

Il peut s'agir tout simplement d'une saillie de la 5<sup>e</sup> tête contre la chaussure, appelée « bunionnette » et à l'origine d'une simple bursite.

Un cor se forme, devenant parfois si gênant qu'il empêche le chaussage.

Il peut aussi s'enflammer voire s'infecter.

Dans d'autres cas l'orteil tend à rejoindre l'hallux : il se déplace en « varus » et se place soit au dessus du 4<sup>e</sup> (quintus varus « supraductus ») soit au dessous (quintus varus « infraductus »). Les tendons extenseur ou fléchisseur de l'orteil sont alors rétractés et fixent la position de l'orteil.



# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES PATHOLOGIES DU 5<sup>e</sup> ORTEIL

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX



## > INDIRECTES : sur les autres orteils

L'« œil de perdrix » ou « cor humide » est la conséquence de la modification de la position de ces orteils entre eux.

Le mauvais fonctionnement et l'enraidissement d'un ou plusieurs orteils sont responsables d'un excès d'appui sous les têtes métatarsiennes (« métatarsalgies ») et à terme d'une dislocation articulaire (« luxation ») et ces deux pathologies s'auto-aggravent mutuellement.

## LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES UTILES

Les **radiographies** de face et de profil **en charge** sont indispensables pour évaluer l'importance des déformations et juger des rapports osseux. Permet aussi de faire le bilan d'un l'hallux valgus quand il est associé.



## TRAITEMENT MÉDICAL

Le **traitement médical précoce** soulage la pression sur les cors et peut agir sur les déformations tant qu'elles sont encore réductibles.

- PROTECTEUR D'ORTEIL(S) SUR MESURE OU ORTHOPLASTIE qui limite le frottement.
- CHAUSSAGE large adapté, anti-inflammatoires, soins de pédicurie locaux.
- SEMELLES OU ORTHÈSES PLANTAIRES et RÉÉDUCATION : elles n'ont pas vraiment de place dans la pathologie isolée du 5<sup>e</sup> orteil.

## TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est largement indiqué devant les possibilités réduites du traitement médical. La chirurgie percutanée est actuellement la technique de choix, car elle donne régulièrement au prix d'une agression minimale, des résultats excellents en évitant nombre de complications d'une approche plus conventionnelle. On combine des gestes sur les parties molles (tendons, membrane articulaire) et sur l'os :

- Gestes sur les parties molles :
  - Section facultative de tendon(s) fléchisseurs(s) ou extenseur(s) en fonction de la déformation.
  - section partielle de l'enveloppe articulaire rétractée.
- Gestes sur l'os :
  - Fracture (section osseuse) de la 1<sup>re</sup> et/ou du 5<sup>e</sup> métatarsien.
  - Résection d'une saillie osseuse articulaire ou non.



Tous ces gestes sont réalisés « à la carte » en fonction du cas ; il existe des variantes techniques et le chirurgien doit parfois s'adapter et faire des gestes supplémentaires.

Les fragments osseux déplacés ne sont pas fixés avec du matériel.



# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES PATHOLOGIES DU 5<sup>e</sup> ORTEIL

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

## LES PARTICULARITÉS DE CETTE CHIRURGIE EN CAS D'UNE DEFORMATION SIMPLE :

- L'intervention est réalisée sans **garrot** de cheville.
- Sa durée est d'environ 20 minutes.
- L'anti-coagulation n'est pas nécessaire sauf facteur de risque particulier (elle dure alors 12 jours).
- Une chaussure médicalisée sera portée durant trois semaines après l'intervention vous permettant un déplacement aisé.
- Le pansement est enlevé à partir du 15<sup>e</sup> jour.
- Parfois, une orthoplastie en silicone est confectionnée pour 21 jours de plus pour stabiliser le 5<sup>e</sup> orteil.
- Des bandelettes élastiques sont nécessaires pour maintenir les corrections obtenues quelques semaines supplémentaires, le temps que la cicatrisation osseuse les stabilisent.
- La rééducation et le déroulé du pas commencent après la 3<sup>e</sup> semaine selon un protocole.
- La conduite n'est pas autorisée pendant 4 semaines.
- Pendant 6 semaines en tout, les orteils sont fragiles, il faut porter une chaussure confortable.
- L'arrêt de travail est d'environ 1,5 mois.
- Les activités normales **LÉGÈRES** (voyage, randonnée...) peuvent être reprises après 2 mois, les sports d'impulsion après 4 mois.

## LE PANSEMENT

**Il est fondamental.** En effet, les fractures ne sont pas fixées (ni vis, ni agrafes ni broches), ce sont les compresses qui guident la consolidation. Les ostéotomies sont malléables pendant 3 à 6 semaines. Il n'y a **pas** de point sur la peau, ou ils sont **résorbables** : il ne faut pas les enlever ; ils tombent seuls. **Ainsi, le pansement réalisé au bloc opératoire ne doit pas être touché à domicile avant la date prévue.** Vous devez contacter le Centre du Pied en cas d'anomalie et/ou de douleur importante. Il sera refait en général au 15<sup>e</sup> jour et les compresses remplacées par des bandes élastiques et/ou de petits appareillages réalisés en pâte de silicone sur mesure selon le geste réalisé. Cette 2<sup>e</sup> contention, amovible en général pour la douche et la rééducation, doit être conservée 4 semaines supplémentaires et peut faire l'objet de « réajustements ».

## LA RÉÉDUCATION

Votre participation est essentielle pour un bon résultat. Un protocole ainsi qu'une ordonnance vous seront remis après l'opération, pour votre kinésithérapeute.

**Auto-rééducation immédiate :** vous pouvez mobiliser votre cheville et essayer de reproduire avec votre pied les 26 lettres de l'alphabet.

Avec **un kinésithérapeute à partir du 21<sup>e</sup> jour, et selon le protocole**, vous commencez une série de 20 séances de rééducation (pensez à les réserver à l'avance à raison de 3 séances par semaine).

Il s'agit de récupérer les amplitudes articulaires, rééduquer la marche en travaillant l'appui propulsif des orteils, masser les cicatrices et lutter contre l'œdème : la mobilisation se porte sur tout l'avant-pied au delà de la zone opérée. **Les ostéotomies percutanées seront mobilisées avec prudence avant le 45<sup>e</sup> jour** (montrez au kinésithérapeute votre feuille de consignes et votre protocole opératoire).

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES PATHOLOGIES DU 5<sup>e</sup> ORTEIL

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

## LE SUIVI

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre chirurgien, aller aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passer les examens de contrôle. Ces **visites post-opératoires** sont importantes, habituellement des entre 1,5 et 2 mois, **entre 4 et 6 mois** puis annuellement après l'intervention. À distance ce suivi pourra être remplacé par des contrôles radiographiques.

## RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

### > LA DOULEUR

Elle disparaît généralement assez rapidement. Le résultat est régulièrement excellent. Il s'agit de l'un des « must » de la chirurgie percutanée.

### > ARRÊT DE TRAVAIL ET REPRISE DES ACTIVITÉS HABITUELLES

**4-6 semaines pour un quintus isolé**

Si votre activité professionnelle nécessite une station debout prolongée ou de longs trajets à pied, **l'arrêt de travail peut être prolongé à 2,5 mois** pour un hallux valgus voire 6 mois en cas de chirurgie complexe.

Le fonctionnement des orteils dépend de nombreux facteurs parmi lesquels votre âge, la rééducation et l'usure de votre articulation (arthrose). **IL FAUT PROTÉGER VOTRE PIED.**

### > LES ACTIVITÉS SPORTIVES

Vous pouvez recommencer la natation, la marche (moins d'une heure) et le vélo à partir du 30<sup>e</sup> jour. Nager est même vivement recommandé une fois la cicatrisation terminée pour accélérer la récupération. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football...) sont autorisés après environ 4 mois en fonction de la consolidation et du type d'intervention. Il ne faut pas faire subir à votre pied des contraintes qu'il n'est pas en mesure de supporter. N'hésitez pas à interroger votre chirurgien si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES PATHOLOGIES DU 5<sup>e</sup> ORTEIL

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

## QUESTIONS FRÉQUENTES

- **Est-ce douloureux ?** Grâce à la prise en charge anesthésique et chirurgicale moderne, cette chirurgie réputée douloureuse ne l'est en principe plus.
- **Quel est le type d'anesthésie ?** Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une anesthésie loco-régionale qui n'endort que le pied et la jambe. Néanmoins, dans certains cas (certains types d'intervention, malade anxieux, ...) il est nécessaire de réaliser une anesthésie générale.
- **Y-a-t-il des soins infirmiers ?** Le premier pansement est refait par nos soins au cabinet le 15<sup>e</sup> jour. Ensuite, une simple bande élastique cohésive, qui pourra être retirée quotidiennement pour la douche, permet de lutter contre l'œdème. Un film spécial peut être appliqué sur les plaies pour les protéger encore quelques jours. Une petite cale en silicone (orthoplastie) est souvent réalisée au cabinet pour maintenir quelques semaines supplémentaires la correction de la (des) fracture(s) non fixée(s). La douche est possible après ce premier pansement. En cas de douleur anormale, d'un écoulement ou de toute autre anomalie, il faut prendre contact avec le secrétariat pour revenir consulter, ne pas prendre d'antibiotiques (y compris en application locale).
- **Peut-on opérer les deux pieds à la fois ?** Il est déconseillé d'opérer les deux pieds en même temps du fait qu'il s'agit d'une chirurgie sans fixation : on pourrait ainsi observer de trop grands déplacements des fractures réalisées et un mauvais résultat.
- **Quand pourrais-je reconduire ?** Entre la 3<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> semaine.
- **Combien de temps suis-je arrêté(e) ?** L'arrêt de travail est compris entre 4 et 6 semaines et peut être prolongé jusqu'à trois mois pour une chirurgie plus complète surtout si vous devez effectuer de longs trajets à pied ou si votre activité nécessite une station debout prolongée.
- **Quand pourrais-je reprendre une activité sportive ?** La natation est autorisée au 30<sup>e</sup> jour. Le vélo peut être débuté entre le 30<sup>e</sup> et le 45<sup>e</sup> jour, les courtes marches après 2 mois. Les sports d'impulsion (course à pied, tennis, football...) peuvent être débutés après le 4<sup>e</sup> mois, à condition que les douleurs soient absentes. Pour le sport de haut niveau (ex: marathon), il faut compter 6 mois.
- **Quand puis-je voyager ?** Avant 6 à 8 semaines les vols long-courriers sont déconseillés pour le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire. En revanche un vol intérieur ou un voyage en train sont possibles dès la sortie de la clinique. Il n'y a pas de matériel métallique et aucun risque de faire sonner les portiques de sécurité. Les voyages touristiques avec marches sont possibles après 4 mois.
- **Quand pourrais-je me rechausser ?** La marche avec talons est possible généralement après le 4<sup>e</sup> mois. Il est recommandé de ne pas dépasser 4 cm sauf de façon exceptionnelle (soirée). Au bout du 6<sup>e</sup> mois, il est généralement possible de chausser des chaussures de ville fine (escarpins ...).
- **Serais-je remboursé de mes transport ?** Le remboursement pour les visites et l'hospitalisation est variable en fonction de votre centre de sécurité sociale qu'il vous faudra contacter.
- **Qu'attendre de cette chirurgie ?** Les résultats ont été améliorés, d'une part par l'hyperspécialisation, et d'autre part par l'émergence de nouvelles techniques moins invasives. Le taux de bons et très bons résultats est > 95%

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES PATHOLOGIES DU 5<sup>e</sup> ORTEIL

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

## LES RISQUES DE LA CHIRURGIE

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

**Un certain nombre de complications est très significativement augmenté par une intoxication tabagique (trouble de cicatrisation, infection, problème de consolidation osseuse) : l'arrêt du tabac est donc INDISPENSABLE au moins 3 mois AVANT tout geste chirurgical programmé.**

Il existe des risques communs à toutes les opérations (voir fiche de consentement éclairé) :

- **infection** dont le taux dans la littérature reste < 3% ;

- **syndrome douloureux régional ou algodystrophie** < 3% (il s'agit d'une réaction réflexe de l'organisme à une agression et chez certaines personnes en particulier : cela se traduit par essentiellement par des douleurs et un enraidissement des articulations au voisinage de la zone opérée et parfois plus à distance). Afin de prévenir spécifiquement ce risque et d'en diminuer l'incidence de 50%, un traitement de vitamine C à la dose d'un gramme par jour durant 3 semaines en commençant la veille de l'intervention peut vous être prescrit.

La chirurgie de l'avant pied n'est pas reconnue comme favorisant les **phlébites** (caillot de sang bouchant une veine de la jambe) : leur prévention par une piqûre quotidienne d'héparine n'est donc pas nécessaire à moins que l'équipe médicale ne relève un ou plusieurs facteurs de risque reconnu(s) qui conduiraient à mettre en place un tel traitement pour une courte période.

De plus, en fonction de votre état de santé, vous êtes plus ou moins exposés à d'autres risques : l'anesthésiste évaluera au mieux ces derniers lors de la consultation.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont plus spécifiques de ce type d'intervention. Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes chirurgicaux complémentaires ou une nouvelle opération.

### > PENDANT L'INTERVENTION

Des difficultés peuvent se poser chez les personnes possédant des os particulièrement fragiles qui risquent de se casser.

### > APRÈS L'INTERVENTION

**La raideur** : les ostéotomies de ce type peuvent entraîner une perte de mobilité. Les orteils sont moins flexibles. La qualité tissulaire du patient est déterminante et non prévisible ; une mobilisation sous anesthésie voire une arthrolyse (libération articulaire) percutanée peuvent être indiquées dans certains cas.

**L'hématome** : il peut s'accompagner de douleurs lancinantes et est un facteur favorisant les infections. On le prévient en suivant les consignes post-opératoires de prudence à la reprise de la marche dans les premiers jours. Une fois avéré, il nécessite un glaçage régulier jusqu'à sa disparition en trois semaines environ.

# DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PATIENT SUR LES PATHOLOGIES DU 5<sup>e</sup> ORTEIL

Dr O. LAFFENETRE, Dr J. LUCAS, Pr D. CHAUVEAUX

**Le gonflement (œdème) :** n'est pas à proprement parler une complication, mais un élément normal des suites opératoires. Il dépend bien sûr du nombre de fractures nécessaires à traiter votre cas, mais également de particularités qui vous sont propres, en particulier, la qualité de votre réseau veineux. Selon son importance, il sera pris spécifiquement en charge par des cataplasmes d'argile verte qu'il est fortement conseillé de démarrer dès la fin du premier mois (la cicatrisation cutanée doit être parfaite), voire, des drainages lymphatiques fait par le kinésithérapeute.

**Les complications neurologiques :** l'anesthésie (perte de sensibilité) d'un côté de l'orteil est exceptionnelle (plusieurs rameaux nerveux donnent la sensibilité d'un orteil) ; l'un de ces nerfs peut être abîmé, étiré au cours de l'intervention entraînant une diminution de la sensibilité (hypoesthésie), ou plus rarement des fourmis (paresthésies). Ces signes en général sont régressifs.

**Les troubles de la cicatrisation** (simple retard ou désunion) sont plutôt associés à la technique classique où la cicatrice est plus importante. Ils sont favorisés par une reprise précoce des activités ou un hématome post-opératoire et augmentent le risque infectieux. En cas de chirurgie percutanée, on peut voir apparaître des cicatrices nodulaires qui seront prises en charge par des techniques de désensibilisation particulières à base de massages.

La correction de la déformation est stable dans le temps, cependant **une insuffisance de correction**, souvent bien tolérée, peut survenir pour différentes raisons : déformation très sévère, tissus capsulo-ligamentaires de mauvaise qualité, notamment lorsque des épisodes de « cors inflammatoires » ont précédé l'intervention, voire insuffisance dans le geste qui a été réalisé. Il existe enfin de véritables récurrences alors que le résultat était parfait.

**Les complications osseuses :** en raison des coupes réalisées sur les os (ostéotomies) et de l'immobilisation partielle qui suit l'intervention, vos os sont moins solides et risquent de se déplacer et de consolider en mauvaise position (**cal vicieux**). Il faut donc être très prudent quand vous recommencez appuyer sur l'avant de votre pied. Il faut éviter tout choc dessus ainsi que les marches prolongées pendant 2 à 4 mois. Les **retards de consolidation** sont parfois observés jusqu'à 1 an, rarement plus et peuvent s'accompagner de douleurs. Les **pseudarthroses** (absence de consolidation) sont exceptionnelles et ne seront réopérées que si elles sont douloureuses. Les **nécroses osseuses** (mort de l'os autour de la zone d'ostéotomie) sont elles aussi très rares (elles se voient essentiellement après chimiothérapie) et plutôt l'apanage des chirurgies agressives. Enfin, l'**arthrose** postopératoire (métatarso phalangienne ou inter phalangienne) reste possible nécessitant parfois la réalisation secondaire d'une arthrodèse (blocage articulaire) ou la mise en place d'une prothèse.

*Rassurez-vous, votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.*