



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Examen clinique du pied et de la cheville chez l'adulte



Clinical examination of the foot and ankle in adults

Emmanuel Zing^{a,*}, Alain Goldcher^b

^a Service de médecine interne et rhumatologie, hôpital d'Instruction des Armées Percy, HIA Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart, France

^b Service de rhumatologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 15 janvier 2014

Disponible sur Internet le 18 février 2014

Mots clés :

Pied
Cheville
Podoscope
Assise plantaire
Examen podologique

Keywords:

Foot
Ankle
Podoscope
Footbed
Podiatric examination

RÉSUMÉ

Le pied est un ensemble anatomique et biomécanique complexe. La pathologie locale est riche et de nombreuses maladies, qu'elles soient rhumatologiques voire systémiques, métaboliques, neurologiques ou vasculaires trouvent un mode d'expression, dans une symptomatologie podologique. L'examen clinique du pied n'est de fait jamais restreint à la seule extrémité distale des membres inférieurs car non seulement il amène souvent à suspecter une pathologie plus générale, mais il impose toujours une étude stato-dynamique de l'ensemble du squelette. L'examen clinique, toujours guidé par un interrogatoire préalable obligatoire, se divise en quatre phases : l'examen pieds nus en décharge, pieds nus à la mise en charge, debout en position statique et à la marche ainsi que l'examen pieds chaussés. L'examen des chaussures ainsi que d'éventuelles orthèses plantaires déjà prescrites ne sera pas oublié.

© 2014 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The foot is an anatomical and biomechanical complex set. Local pathology is rich and many neurological, vascular, systemic or metabolic diseases find a mode of expression, with podiatric symptoms. The clinical examination of the foot is actually not restricted to the distal end of the lower limbs not only because it often leads to suspect a more general condition but also it requires a stato-dynamic study of the entire skeleton. Clinical examination, always guided by a compulsory interrogation is divided into four phases: review barefoot landfill barefoot at loading, standing in a static position and walking as well as review shod feet. Examination of footwear as well as any previously prescribed orthotics will not be forgotten.

© 2014 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'examen clinique du pied et de la cheville est difficile car il fait appel à des connaissances anatomiques complexes. C'est un temps incontournable pour le diagnostic et il doit être méthodique et rigoureux, pour choisir et orienter au mieux toute demande d'examen complémentaire.

2. Interrogatoire

Le « motif de consultation » [1] le plus fréquent est une douleur. Il est quelquefois d'ordre esthétique, par le biais de troubles trophiques cutanés ou unguéaux, de déformations ou désaxations, induisant des difficultés de chaussage.

On détaille l'ancienneté des troubles et les circonstances de survenue.

On cherche des contraintes imposées par le port de chaussures de sécurité ou de pièces d'uniforme. Chez le sportif [2], on précise le sport pratiqué, le statut amateur ou professionnel, le nombre d'heures hebdomadaires d'entraînement, les chaussures utilisées, le(s) geste(s) technique(s) déclenchant les symptômes et la diététique.

Le patient a souvent identifié une « modification des symptômes, en fonction du chaussage » (chaussures ouvertes, fermées, professionnelles, de sport) ou de la marche chaussée ou pieds nus et sur terrain dur ou meuble et irrégulier.

On reconstitue l'historique des « traitements déjà entrepris » et leurs résultats.

L'analyse du « terrain et des antécédents » est incontournable. On note l'âge, la profession, le caractère sédentaire ou sportif du patient. On calcule l'indice de masse corporelle [3]. On recherche l'existence d'un diabète sucré, des facteurs de risque

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : e.zing@orange.fr (E. Zing).

Tableau 1
Amplitudes articulaires normales du pied [4].

| | |
|---|--------|
| <i>Tibio-tarsienne</i> | |
| Flexion plantaire | 40–50° |
| Flexion dorsale | 20–30° |
| <i>Tarse</i> | |
| Abduction | 15° |
| Adduction | 10° |
| Supination | 30° |
| Pronation | 20° |
| <i>Première métatarso-phalangienne</i> | |
| Flexion plantaire | 30° |
| Flexion dorsale | 60–90° |
| <i>Deuxième à cinquième métatarso-phalangiennes</i> | |
| Flexion plantaire | 30° |
| Flexion dorsale | 75° |
| <i>Interphalangiennes proximales</i> | |
| Flexion plantaire principalement | 90° |
| <i>Interphalangiennes distales</i> | |
| Flexion dorsale principalement | 45–75° |

cardio-vasculaires, d'un artériopathie ou d'une maladie veineuse des membres inférieurs. On cherche une atteinte nerveuse centrale ou périphérique.

On recherche les antécédents (personnels mais aussi familiaux) de goutte, de chondrocalcinose, rhumatismaux (spondylarthropathie, polyarthrite) et traumatiques et/ou chirurgicaux.

On évalue l'environnement médico-social du patient et les éventuels conflits médico-administratifs.

3. Examen pieds nus, couché

Le patient en décubitus dorsal puis ventral, c'est l'examen « pied en main ».

3.1. Inspection et examen cutané et des phanères

On observe l'aspect global des pieds, pour mettre en évidence un œdème, un hématome, une zone inflammatoire localisée ou diffuse.

On regarde l'attitude spontanée des pieds au repos, l'existence de mouvements anormaux, de fasciculations, de tremblements.

On compare la température du tégument sur les jambes, les chevilles et les pieds. Une asymétrie oriente vers une atteinte artérielle, veineuse ou une algodystrophie. On relève d'éventuelles asymétries de la sudation et de la pilosité des pieds.

On recherche des plaques d'hyperkératose autour des talons, à la face plantaire de l'avant-pied (durillon, callosité), à la face dorsale des orteils (cors) : la peau y est épaissie, craquelée et difficile à plisser. Une hyperkératose traduit toujours une zone de conflit entre les structures du pied, normales ou pathologiques, et la chaussure.

On recherche une atrophie du capiton plantaire, donnant l'impression de palper les têtes métatarsiennes directement sous la peau.

On inspecte les ongles, à la recherche d'un ongle incarné ou d'onchodystrophies : modification de forme, épaississement ou aspect feuilleté et/ou changement de couleur de l'ongle.

On recherche un intertrigo, une fissure, dans les espaces interdigitaux, portes d'entrées infectieuses potentielles.

3.2. Examen articulaire

On cherche des points douloureux exquis osseux et ligamentaires, orienté par l'interrogatoire.

Chaque articulation est testée en amplitude passive et active (Tableau 1) et à la recherche d'une laxité ou d'une enraidissement. On cherche des synovites, des épanchements articulaires qui donnent un gonflement et/ou un signe du flot.

On palpe l'orifice latéral du sinus du tarse, situé 1 centimètre en-dessous et en avant de la malléole latérale. Une douleur exquise peut témoigner d'une entorse du ligament talo-calcanéen interosseux ou d'une arthrose de la subtalienne.

On cherche une laxité ou une ankylose de la subtalienne (vidéo S1).

L'examen du médio-pied est délicat, néanmoins l'articulation transverse du tarse de Chopart peut être testée de manière globale. L'interligne tarso-métatarsien de Lisfranc est testé par un mouvement de prono-supination (vidéo S2) ou en mobilisant la base de chaque métatarsien.

On s'assure de la souplesse de l'avant-pied, par le creusement passif de l'arche antérieure : avec ses deux pouces, l'examineur exerce une pression par voie plantaire afin d'apprécier la déformation de l'avant-pied.

Dans les métatarsalgies inflammatoires, le *squeeze test* de Gaenslen [5] permet de déclencher les douleurs lors de la pression transversale de l'avant-pied à hauteur de têtes métatarsiennes. Ce test est peu spécifique et peut aussi se révéler positif dans les atteintes mécaniques. Mulder [6] propose ce test dans la métatarsalgie de Morton : exerçant un appui transversal de l'avant-pied d'une main, le pouce de l'autre main exerce un contre appui dans chaque espace inter métatarsien, successivement : on cherche à reproduire « la » douleur et aussi à percevoir un click, en mobilisant le névrome.

On palpe les espaces intermétatarsiens, à la recherche de tuméfaction rénitente, évoquant une bursite [7].

3.3. Examen tendineux et aponévrotique

On vérifie la course du tendon calcanéen. Normalement la flexion dorsale de la cheville est d'environ 30°, genou fléchi mais aussi genou tendu. En cas « d'Achille court », la flexion dorsale de la cheville, genou en extension, est nulle [7]. Testé debout, cela revient à une impossibilité de s'accroupir, les talons étant collés au sol.

Le tendon calcanéen est aisément palpable, à la recherche de nodules douloureux, dans le cadre d'une tendinite. Les tendons longs sont aisément accessibles : tendon tibial antérieur (vidéo S3), tibial postérieur (vidéo S4), court et long fibulaires (vidéo S5), longs extenseurs de l'hallux et des orteils. Il convient de palper leur trajet, à la recherche de nodosités, de tuméfaction douloureuse. En cas de tendinite, on reproduit la douleur à la palpation directe du corps du tendon, mais aussi à l'étirement passif du tendon et à la contraction résistée de son muscle.

Une ténosynovite est évoquée par la perception d'une crépitation neigeuse, d'un épaississement, le long du tendon, celui-ci étant mobilisé passivement.

Dans les talalgies (douleur du talon), les points douloureux sont cherchés sur la face postérieure, inférieure surtout, à l'insertion de l'aponévrose plantaire. Une douleur médiale, latérale ou en couronne sera également recherchée. En cas de douleur globale, l'augmentation de la douleur lors de la compression latérale du calcanéen orientera vers une origine osseuse telle qu'une fracture de contrainte.

Les talalgies postérieures incitent à palper la face postérieure du calcaneus, à l'insertion du tendon calcanéen. On trouve une tuméfaction rénitente et douloureuse, en cas de bursite de la zone d'insertion ou une douleur reproduite à la pression de l'enthèse.

Les talalgies plantaires font palper l'insertion sur le calcaneus de l'aponévrose plantaire. On cherche à reproduire la douleur ponctuelle, par la pression directe de la plante sur le tubercule antéro-médial, à la face plantaire du calcaneus. En cas de suspicion d'aponévrosite, on teste globalement l'aponévrose plantaire par sa mise en tension, en portant les métatarso-phalangiennes en flexion dorsale passive maximum, la cheville en position neutre (à

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389772>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389772>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)