



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Le pied de la polyarthrite rhumatoïde



Rheumatoid foot

Maurice Bouysset^a, Jacques-Guy Tebib^{a,b}, Catherine Cyteval^c, Fabienne Coury^{a,b,*}

^a Department of Rheumatology, centre hospitalier Lyon Sud, 69495 Pierre-Bénite, France

^b University of Lyon I, 69007 Lyon, France

^c Department of Radiology, CHRU Lapeyronie, 34295 Montpellier, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 21 février 2014

Disponible sur Internet le 2 avril 2014

Mots clés :

Pied

Polyarthrite rhumatoïde

Métatarsalgies

Pied plat valgus

Orthèses plantaires

Keywords:

Foot

Rheumatoid arthritis

Metatarsalgia

Valgus flat foot

Plantar orthoses

RÉSUMÉ

Le pied, en particulier l'avant-pied, est fréquemment atteint dès le début de la polyarthrite rhumatoïde. La synovite est responsable de la destruction articulaire mais des contraintes mécaniques spécifiques participent également aux déformations du pied. Un diagnostic et une prise en charge précoces influencent le devenir fonctionnel du patient. L'examen clinique recherche notamment la douleur au serrement des palettes métatarsiennes (« squeeze test »), une douleur rétro-malléolaire médiale et évalue la déformation éventuelle de l'arrière-pied. L'échographie articulaire et la radiographie standard évaluent la survenue des érosions. La thérapeutique repose sur les traitements de fond médicamenteux, complétés par des conseils de chaussage et souvent des orthèses plantaires adaptées, qu'il faut savoir utiliser précocement et même préventivement. La chirurgie est indiquée au moment opportun et non comme une solution « de sauvetage ». Ces notions soulignent l'importance d'une vision globale de l'évolutivité de l'affection et d'une prise en charge multidisciplinaire.

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

ABSTRACT

The foot and the forefoot in particular are often one of the first areas to be affected by rheumatoid arthritis. The joint destruction develops not only as a result of synovitis but also as a result of specific biomechanical stresses leading to deformity. Early diagnosis and management of rheumatoid arthritis influence the functional outcome of the patient. Physical examination aims to find out medial retromalleolar pain, tenderness in response to metatarsal squeeze test, and to assess the deformity of the hindfoot while ultrasonography and radiographs detect and monitor bone erosions. Treatment includes DMARDs and biologics in association with advices about footwear as well as with prescription for foot orthoses that should be used early or preventively. Surgical intervention should be considered at an appropriate time and not be used as a rescue solution. These data highlight the need for a global approach for the outcome of the disease and a multidisciplinary management.

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

1. Introduction

Bien que non considéré par le DAS 28 (Disease Activity Score : score d'activité de la maladie portant sur 28 articulations), le pied est, après la main, la région articulaire la plus souvent symptomatique au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Localisation

inaugurale isolée de la maladie dans 10 à 25 % des cas, il est, pendant l'évolution, atteint dans 80 % des cas. Le pied ou la cheville gênent la marche dans trois quarts des cas, soit 4 fois plus souvent que la hanche ou le genou [1].

La synovite, conjuguée à la position debout surtout lors des poussées, affaiblit les éléments anatomiques de soutien du pied, entraînant déséquilibres musculaires puis déformations. Certains facteurs anatomiques prédisposent aux déformations (morphotype de l'avant-pied, valgus de l'arrière-pied...).

* Auteur correspondant. Service de rhumatologie, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Bénite, France.

Adresse e-mail : fabienne.coury-lucas@chu-lyon.fr (F. Coury).

2. Aspects cliniques

2.1. Histoire clinique initiale

Le début de la maladie concerne l'avant-pied dans 45% des cas [1]. Les premiers signes sont une atteinte inflammatoire et classiquement symétrique des articulations métatarso-phalangiennes (MTP) plus ou moins associées à des bursites intermétatarsiennes et des ténosynovites. L'arrière-pied et la cheville sont concernés au début dans 17% des cas [1]. Une lésion de l'articulation sous-talienne provoque des douleurs à la marche en terrain inégal. En cas d'arthrite médio-tarsienne, talo-naviculaire le plus souvent, les patients parlent souvent de « douleur de cheville ».

2.2. Données de l'examen physique

L'examen comprend :

- la marche : le valgus de l'arrière-pied observé à la fin de la phase d'appui prédispose à l'effondrement du médio-pied et doit être si possible corrigé ;
- avant-pied : la douleur au serrement des palettes métatarsiennes (« squeeze test ») témoigne de l'atteinte inflammatoire qui sera suivie dans environ 50% des cas d'arthrite tarsienne ;
- arrière- et médio-pied : la palpation d'une tuméfaction douloureuse sous- et rétro-malléolaire médiale témoigne d'une lésion du tendon du muscle tibial postérieur. La présence d'une douleur à la mobilisation des articulations sous-taliennes et médio-tarsiennes signe l'atteinte inflammatoire du couple de torsion. La non-correction du valgus de l'arrière-pied, le patient montant sur la pointe des pieds, témoigne de l'insuffisance du tendon du muscle tibial postérieur (si l'articulation sous-talienne est mobile) ;
- la flexion dorsale de cheville est évaluée arrière-pied en position neutre : sa diminution prédispose à l'aggravation du valgus calcanéen et provoque à la marche une augmentation du temps de charge des têtes métatarsiennes ;
- le chaussage : c'est un temps clé de l'examen. Les chaussures trop serrées accentuent la tendance à la déformation de l'avant-pied. Une semelle trop souple surmène l'avant-pied en ne limitant pas la flexion dorsale des orteils. Un talon trop haut crée un sur-appui des articulations MTP. Un talon trop bas a le même effet à la marche s'il y a diminution de la flexion dorsale de cheville. Un contrefort souple ne maintient pas l'arrière-pied.

3. Imagerie

3.1. Radiographies standard

Les radiographies de face et trois quarts des pieds, au format 1/1, recherchent les érosions osseuses métatarsiennes (Fig. 1). Dix à 46% des érosions sont méconnues en l'absence de cliché des pieds [2]. Les articulations interphalangiennes sont peu affectées, sauf celle de l'hallux qui peut être précocement lésée. La radiographie de profil en charge permet de préciser la statique du pied mais son interprétation doit être confrontée aux données cliniques [3–5].

3.2. Autres modalités

L'échographie et l'IRM (Fig. 2a, b, c) dépistent la synovite et les érosions à un stade pré-radiographique [6,7]. Elles permettent aussi de préciser le siège et l'importance de synovites et sont une aide précieuse pour suivre l'activité du rhumatisme. L'échographie sera également très utile pour guider une infiltration de corticoïdes.



Fig. 1. Radiographie de l'avant-pied montrant des érosions de la 3^e tête métatarsienne.

4. Évolution

4.1. Avant-pied rhumatoïde

À l'avant-pied, les métatarsalgies persistent avec une tuméfaction à la face dorsale de la région métatarsienne. L'hallux valgus s'accroît et l'avant-pied s'étale avec dépression plantaire des têtes métatarsiennes. Les griffes d'orteils évoluent vers des subluxations voire des luxations des articulations MTP. La synovite métatarsienne devient plus diffuse avec rigidité des déformations. L'épaisseur du capiton plantaire diminue, des lésions cutanées ou sous-cutanées apparaissent : cors, durillons, bursites. Typiquement, se constitue une déformation en avant-pied triangulaire avec « coup de vent fibulaire » des 4 premiers orteils et 5^e orteil plus ou moins en varus (Fig. 3) [8]. La gêne fonctionnelle s'aggrave : le déroulement du pas diminue et la démarche est plus traînante [9].

Sur les radiographies, les érosions progressent avec un pincement diffus des interlignes articulaires [10]. Au maximum on observe l'amputation totale de têtes métatarsiennes (Fig. 4 et Fig. S1 ; voir le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article). La 5^e est la plus fréquemment lésée alors que la 1^{re} tête métatarsienne reste la plus épargnée [11]. Les sésamoïdes peuvent également être atteints.

4.2. Médio-pied rhumatoïde

L'atteinte du médio-arrière-pied, en général plus tardive et insidieuse, asymétrique, doit être systématiquement recherchée. On note des tuméfactions dorsales du tarse et rétro-malléolaires, soit médiale témoignant d'une tendinopathie tibiale postérieure en cas d'arrière-pied valgus même minime, soit latérale témoignant d'une ténosynovite fibulaire en cas d'arrière-pied varus. Un comblement des gouttières rétro-malléolaires postérieures

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389777>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389777>

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