



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Les tendinopathies de la cheville et du pied



Tendon disorders of the ankle and foot

Véronique Vesperini^{a,*,b}

^a Service de rhumatologie, centre hospitalier de Narbonne, boulevard du Docteur-Lacroix, 11108 Narbonne, France

^b CHU Lapeyronie, 191, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34000 Montpellier, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 28 avril 2014

Disponible sur Internet le 6 juin 2014

Mots clés :

Cheville

Tendinopathie

Enthésite

Examens complémentaires

Traitement

Keywords:

Ankle

Tendinopathy

Enthesitis

Imaging

Treatment

RÉSUMÉ

Les tendinopathies de la cheville sont fréquentes. Elles surviennent dans un contexte sportif, ou de surmenage, soit de pathologies plus générales. Les quatre compartiments de la cheville (postérieur, médial, latéral et antérieur) peuvent être concernés. Les atteintes du tendon d'Achille (TA) sont les plus fréquentes et les mieux connues.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de rhumatologie.

ABSTRACT

Tendinopathies of the ankle are common. They occur in the context of overuse or systemic disease. The four compartments of the ankle joint (posterior, medial, lateral, and anterior) may be involved. Damages to the Achilles tendon are the most common and best known.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société française de rhumatologie.

Les tendinopathies de la cheville sont fréquentes. Elles surviennent dans un contexte sportif, ou de surmenage, soit de pathologies plus générales. Les quatre compartiments de la cheville (postérieur, médial, latéral et antérieur) peuvent être concernés. Les atteintes du tendon d'Achille (TA) sont les plus fréquentes et les mieux connues.

1. Le compartiment postérieur de la cheville

L'incidence des tendinopathies d'Achille est de 1,85 pour 1000 dans la population générale et de 2,35 pour 1000 dans la population adulte (21–60 ans) [1].

Cette pathologie est souvent retrouvée chez les coureurs de moyenne et longue distance [2,3] avec une prévalence de 7 à 9% pour les athlètes de haut niveau de cette catégorie.

Bien que le diagnostic reste clinique, l'IRM ou l'échographie permettent de distinguer les tendinopathies corporelles nodulaires, fusiformes et fissuraires, les péri-tendinopathies, les bursopathies et les enthésopathies.

Les tendinopathies sont fréquemment le résultat d'interaction entre des facteurs mécaniques micro-traumatiques et des facteurs dégénératifs liés au sujet (Tableau 1).

L'interrogatoire et l'examen clinique devront préciser le mode de survenue, la localisation de la douleur, les irradiations, l'horaire et le rythme de la douleur, le retentissement sur les activités physiques et quotidiennes, l'évolution de la symptomatologie et les effets des traitements antérieurs, les antécédents (spondyloarthrite personnelle ou familiale, traitement par fluoroquinolones, statines ou corticoïdes, goutte, hypercholestérolémie...). Le recueil des données sportives est souvent fondamental.

Effectué en orthostatisme, en décubitus ventral et dorsal, l'examen recherche un réveil des douleurs tendineuses à l'étirement (plutôt lors d'un accroupissement en charge, talon au sol), aux tests isométriques (au cours d'une montée sur demi-pointe bipodale puis monopodale, sautillerment), à la palpation depuis la

* Correspondance.

Adresse e-mail : veronique-vesperini@ch-narbonne.fr

Tableau 1
Les principaux facteurs favorisant les tendinopathies calcanéennes [3].

Les facteurs intrinsèques	Les facteurs extrinsèques
L'âge (modifications biochimiques et vasculaires)	L'entraînement
Le (sur)poids	La qualité du geste sportif
Des anomalies morphologiques des membres inférieurs, en particulier une inégalité de longueur	Le chaussage
Des troubles de la statique du pied	La nature du terrain
Un manque d'extensibilité des tendons	d'entraînement (course sur terrain dur)
Un manque de force des tendons	Des facteurs iatrogènes : prise d'androgènes, de corticoïdes, les fluoroquinolones, les statines, les médicaments inducteurs d'hyperuricémie (diurétiques, ciclosporine)...
Une hyperlaxité articulaire	
Une limitation de mobilité de la sous-talienne et/ou de l'articulation talo-crurale	
Des facteurs métaboliques tels que la déshydratation, l'hyperuricémie, l'hypercholestérolémie...	
Les pathologies vasculaires responsables d'une ischémie ou d'une hypoxie	

jonction myotendineuse jusqu'à l'insertion calcanéenne pouvant mettre en évidence un nodule, un épaissement fusiforme, une douleur exquise, une crépitation (Tableau 2). On recherche des signes en faveur d'une rupture tendineuse. L'étude de la statique et de la dynamique podologique recherche en particulier une hyperpronation, un pied creux, ou un varus de l'arrière-pied.

Pour les principaux diagnostics différentiels, se référer à l'Annexe S1 (voir le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article).

1.1. Tendinopathies du corps du tendon calcanéen

1.1.1. Tendinopathies corporales ou tendinoses

Leur localisation préférentielle est la partie la plus étroite du tendon, soumise à des contraintes maximales, et dont la torsion

Tableau 2
Sémiologie clinique évocatrice des différentes formes de tendinopathies calcanéennes [4].

	Tendinose	Paratendinopathie	Rupture partielle	Rupture totale	Enthésopathie	Anomalie du soléaire
<i>Interrogatoire</i>						
Douleur à l'effort	X	X	X	X	X	X
Douleur seulement à l'insertion tendineuse					X	
Douleur du mollet						X
Apparition progressive des symptômes	X	X			X	X
Apparition brutale des symptômes			X	X		
Raideur et douleur le matin	X	X	X		X	X
<i>Examen clinique</i>						
Douleur à la palpation du tiers moyen du tendon	X	X	X	X		X
Douleur à la palpation de l'insertion du tendon					X	
Épaississement	X	X	X*	X*	X	X
Nodule palpable mobile à la dorsiflexion de cheville	X		X			
Nodule palpable immobile à la dorsiflexion de cheville		X				
Épaississement ou masse proéminente en partie médiale ou latérale du tendon						X
Crépitations		X				
Écart palpable			X	X		
Test de Thompson positif				X		

X* : variable en fonction du stade de cicatrisation de la rupture.

des fibres les plus mal vascularisées expose aux phénomènes de vieillissement et de surmenage.

La majorité survient dans la quatrième décennie. Au-delà des facteurs de vieillissement du tendon, le sport et l'hyperactivité représentent les causes directes de la tendinopathie car ils sont responsables à la fois de surmenage et de microtraumatismes répétés entraînant une microrupture du tissu tendineux. Il s'ensuit des phénomènes de cicatrisation le plus souvent sous forme d'un épaissement nodulaire ou fusiforme ou plus rarement, d'un pseudokyste.

La *tendinopathie nodulaire* est la forme la plus fréquente de la tendinopathie achilléenne. La palpation retrouve le nodule douloureux au pincement. En échographie, le nodule est hypoéchogène (Fig. 1 et 2), prédominant à la face postéro-médiale, arrondi ou ovalaire, de taille variable ; la présence de spots vasculaires intra- ou péri-tendineux en mode doppler puissance témoigne du caractère actif des lésions et d'une néoangiogenèse.

La *tendinopathie fusiforme* liée à une dégénérescence mucinoïde graisseuse avec désorganisation de la structure du collagène se manifeste par un épaissement allongé et étendu du corps tendineux, globalement douloureux à la palpation. Les examens échographiques (Fig. 3 et 4) et IRM confirment la déformation fusiforme, essentiellement au tiers moyen du tendon et à son bord médial, parfois associée à des fissurations longitudinales ou à des zones de rupture partielle.

La *rupture* survient volontiers au sein d'une tendinopathie chronique mais doit être également systématiquement évoquée lorsque la douleur du compartiment postérieur survient de façon aiguë. La manœuvre de Thompson (Fig. 5) est la manœuvre clinique la plus spécifique pour confirmer une rupture complète.

1.1.2. Péri-tendinopathies

Elle est souvent le mode d'expression inaugural d'une authentique souffrance corporale du tendon. La course de fond et de demi-fond sont les sports les plus souvent en cause. Les patients sont généralement jeunes (< 50 ans). Elle se caractérise par l'organisation de dépôts de fibrine entre les feuillets du peritenon et par le développement d'adhérences entre le tendon et les structures avoisinantes. Les signes fonctionnels sont dominés par la douleur, surtout au dérouillage, avec, notamment, une grande

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389877>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389877>

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