



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Les syndromes canaux au pied



Entrapment neuropathy of the foot

Pierre Bouche^{a,*}, Joël Damiano^b

^a Service de neurophysiologie, hôpital de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b Service de rhumatologie, hôpital Saint-Camille, 2, rue des Pères-Camilliens, 94360 Bry-sur-Marne, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 16 avril 2014

Disponible sur Internet le 3 juin 2014

Mots clés :

Nerf tibial

Nerfs plantaires médial et latéral

Tunnel tarsien

Nerf calcanéen

Nerf de Baxter

Pied de Joplin

Maladie de Morton

Pied

Syndromes canaux

Keywords:

Tibial nerve

Medial and lateral plantar nerves

Tarsal tunnel

Calcanean nerve

Baxter's nerve

Joplin's foot

Morton neuroma

Foot

Entrapment syndrome

RÉSUMÉ

Les syndromes canaux au pied sont très rares. Le plus connu est le syndrome du tunnel tarsien. Il correspond à la compression du nerf tibial, sous le ligament retinaculum des fléchisseurs à la cheville, ou de ses branches terminales. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un véritable syndrome canalaire idiopathique comme pour le syndrome du canal carpien. Il résulte le plus souvent de lésions post-traumatiques ou de déformations du pied. Les formes idiopathiques existent, mais pour certains, restent de réalité discutable. Le diagnostic en est souvent difficile. L'examen électroneuromyographique est de loin moins performant que pour le nerf médian au canal carpien. Les autres syndromes canaux sont encore plus rares. Il peut s'agir des branches terminales du nerf tibial : plantaire médial et latéral, des nerfs calcanéens, des extrémités distales des nerfs fibulaires profonds et superficiels. Le névrome de Morton peut y être rattaché.

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

ABSTRACT

The entrapment neuropathy of the foot is very rare. The most famous is the tarsal tunnel syndrome. It results of the compression of the tibial nerve or its two terminal branches, the medial and lateral plantar nerves, when it passes beneath the flexor retinaculum at the ankle. It is not truly an entrapment neuropathy as it is in the carpal tunnel syndrome. Injuries and traumas are frequently the causes. The existence of true idiopathic forms is disputed. The diagnosis is difficult. The electrophysiological examination is by far less performing than for the median nerve at the carpal tunnel. The other syndromes are even rarer. It may be the terminal branches of the tibial nerve: medial and lateral plantar nerves, the calcanean nerves, the distal extremities of the fibular nerves. The Morton neuroma may be associated to these syndromes.

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

Les syndromes canaux au pied sont rares. Le diagnostic en est souvent difficile et l'étude électrophysiologique n'est pas toujours d'un apport décisif comme dans les syndromes canaux des membres supérieurs. Le rôle de l'imagerie se développe dans ces pathologies mais l'examen électroneuromyographique (ENMG) garde toute sa place. Nous verrons cependant que son interprétation est beaucoup plus difficile que dans les syndromes canaux

des membres supérieurs et ses conclusions, devant toujours être corrélées à la clinique, devront être analysées avec prudence et esprit critique.

1. Atteinte du nerf tibial : le syndrome du tunnel tarsien

C'est la branche principale de division du nerf sciatique au sommet de la fosse poplitée. Il descend à la face postérieure de la jambe et devient superficiel à la cheville, reposant sur la face interne du tendon d'Achille, derrière la malléole interne. Il pénètre alors dans le tunnel tarsien en passant sous le retinaculum des fléchisseurs. Le

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.bouche@psl.aphp.fr (P. Bouche).

tunnel tarsien est un conduit ostéofibromusculaire à deux étages : supérieur, vertical rétromalléolaire et inférieur calcanéen oblique (Fig. 1). Le plancher est constitué du bord postérieur de la malléole interne, la face postérieure du talus et la gouttière de la face interne du calcanéus. Le toit est constitué de l'aponévrose jambière et du ligament annulaire interne ou retinaculum des fléchisseurs. Dans le tunnel passent les tendons des muscles : tibial postérieur, long fléchisseur des orteils, long fléchisseur du gros orteil, ainsi que l'artère tibiale et les veines. Dans le tunnel ou juste avant son entrée, le nerf tibial donne la branche calcanéenne qui innerve la peau de la partie médiale du talon et une partie du calcanéum. Le nerf tibial se divise ensuite en ses deux branches terminales : les nerfs plantaires médial et latéral. Le nerf plantaire médial passe distalement et latéralement à travers un tunnel fibromusculaire formé par l'adducteur du gros orteil et l'os naviculaire. Il innerve l'abducteur du gros orteil, le court fléchisseur du gros orteil, le court fléchisseur des orteils et le premier muscle lombrical. Le nerf plantaire latéral passe obliquement et latéralement à travers un tunnel fibromusculaire dans les troisièmes et quatrièmes couches musculaires du pied. Il innerve l'abducteur du 5^e orteil, les interosseux, l'abducteur du gros orteil et les lombricaux (2^e à 5^e). Les territoires sensitifs de ces deux nerfs sont représentés dans les Fig. 2–4. Les branches distales de ces deux

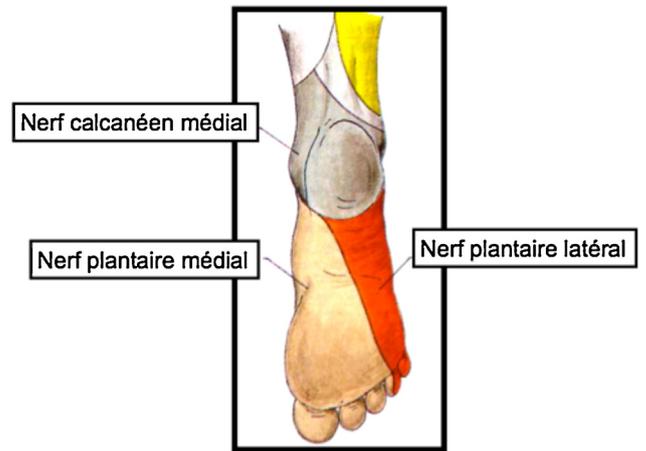


Fig. 3. Territoires sensitifs plantaires.

nerfs plantaires forment les nerfs interdigitaux. La branche terminale et la plus médiale du nerf plantaire médial est appelée le nerf digital plantaire propre médial de l'hallux qui innerve la peau de la partie médiale du gros orteil.

Dans 90 % de la population, la division en nerfs plantaires médial et latéral est située dans le tunnel tarsien. Dans 7 % des cas, la division a lieu juste au-dessus du tunnel. Le syndrome du tunnel tarsien résulte de la compression des nerfs plantaires médial et latéral ou seulement de l'un d'entre eux, et de la branche calcanéenne [1]. Les causes en sont variées et leur fréquence peut dépendre des caractéristiques des populations étudiées. Dans la plupart des séries rapportées, les causes idiopathiques et traumatiques sont les plus fréquentes. Les causes idiopathiques comptent pour 20 à 46 % des cas. Les traumatismes ont une incidence légèrement plus faible, sauf dans certaines séries où les deux causes sont équivalentes. Dans la série de Oh et Meyer [2], 43 % des cas étaient d'origine post-traumatiques (26 % par traumatisme direct, 13 % en rapport avec des activités sportives). Dans d'autres séries, la cause la plus fréquente est la présence de kystes ou de varicosités. Parmi les autres causes, il faut citer les déformations du pied, l'arthrite rhumatoïde, la synovite, l'hypothyroïdie et l'acromégalie. Parmi les étiologies plus rares, des tumeurs peuvent également être en cause, telles que des neurinomes ou lipomes, voire certaines anomalies musculaires (Tableau 1).

1.1. Aspects cliniques

La première description complète du syndrome est faite de Keck en 1962 [7]. Le syndrome est considéré comme très rare

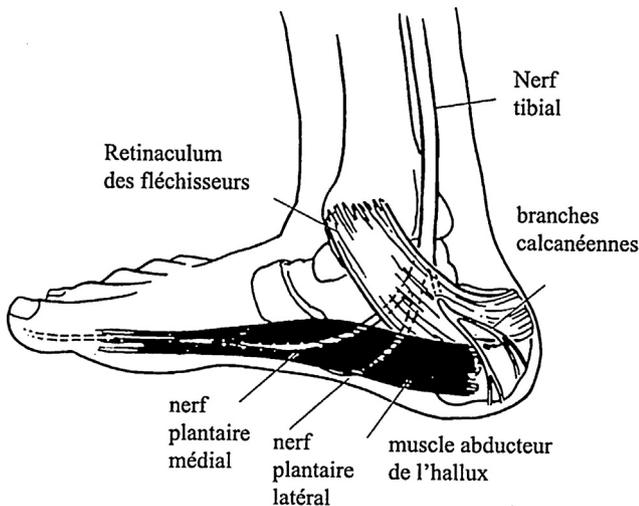


Fig. 1. Aspect anatomique du tunnel tarsien.

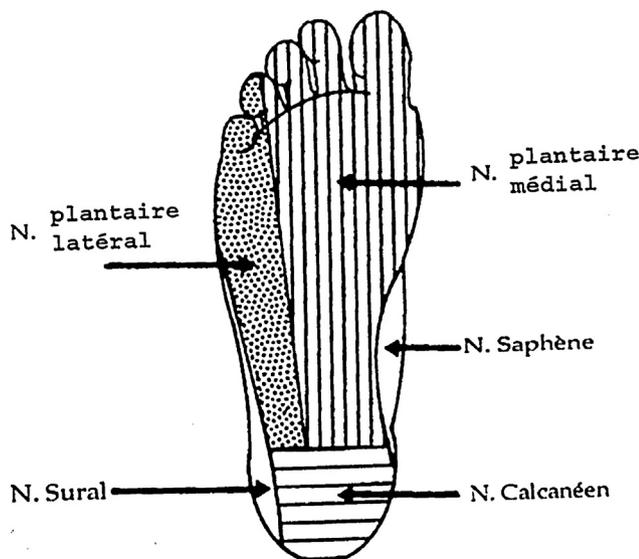


Fig. 2. Territoires sensitifs plantaires.

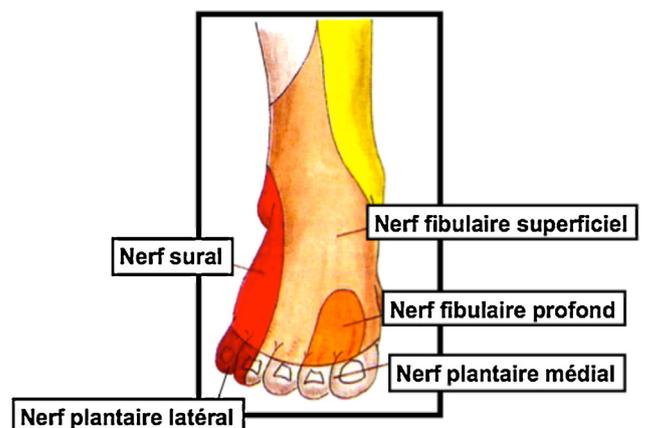


Fig. 4. Territoires sensitifs sur le dos du pied.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389879>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389879>

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