
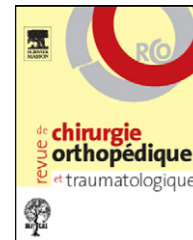




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE DE L'OUEST (SOO). RÉUNION DU HAVRE, JUIN 2008.
MISE AU POINT

Examen clinique du pied et du cou de pied. Collecte des données et construction d'enchaînements étiopathogéniques[☆]

Clinical examination of the foot and the ankle. Data collection and interpretation of the pathogenic causal sequence of disorders

N. Biga

Professeur des universités-chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU de Rouen, faculté de médecine de Rouen, 1, rue de Germont, 76831 Rouen cedex, France

MOTS CLÉS

Pied ;
Anatomie-
fonctionnelle ;
Flexion dorsale du
pied ;
Prosupination du
pied ;
Examen clinique ;
Infiltration
anesthésique test

Résumé L'examen clinique demeure l'étape irremplaçable en matière de pathologie du pied et du cou de pied. Il comporte l'inventaire complet des plaintes et des données de l'examen physique. Il doit s'attacher, ensuite, à établir une concordance entre ces symptômes parfois disparates, pour les relier dans un schéma étiopathogénique logique qui servira de base à l'élaboration du programme thérapeutique. Ces corrélations sont le plus souvent évidentes et ne demandent qu'une confirmation radiographique standard. En l'absence de concordance, et en cas de difficulté diagnostique, le recours à des explorations complémentaires plus sophistiquées (scanner, IRM ou infiltration anesthésique test) prend toute sa valeur. L'examen clinique, pour trouver son plein intérêt doit s'appuyer sur un prérequis d'anatomie fonctionnelle, certes élémentaires mais concernant l'ensemble des composantes ostéo-articulaires, ligamentaires, musculaires, cutanées et neurovasculaires. Toutes ces structures sont en effet étroitement interreliées. Cette organisation permet une remarquable autoprotection et l'aptitude à supporter des efforts cycliques considérables. Cette interdépendance peut, aussi, présider à des dégradations en chaîne, difficiles à débrouiller. C'est pourquoi, l'examen doit être méthodique et complet : (1) interrogatoire (hiérarchie des plaintes, évaluation du profil psychologique) ; (2) examen physique, debout, au podoscope, analyse de la marche, couché (trophicité, amplitudes articulaires, testing musculaire) ; (3) radiographies standard obligatoirement en charge. Cette organisation discursive qui donne tout son intérêt à la pratique quotidienne, évite la séquence « symptôme → IRM → demande chirurgicale » qui est une déviance professionnelle et intellectuelle ; elle permet l'élaboration, en termes de relation avantages/risques, du schéma thérapeutique adéquat dans les meilleures conditions.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2009.03.008](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2009.03.008).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

Adresse e-mail : norman.biga@chu-rouen.fr.

1877-0517/\$ - see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:[10.1016/j.rcot.2009.03.007](https://doi.org/10.1016/j.rcot.2009.03.007)

Introduction

Deux particularités caractérisent la pathologie du pied. L'une est d'ordre anatomique. Le pied est une structure ostéo-articulaire et musculaire complexe, recouverte par un revêtement cutané parfaitement adapté. L'autre, sémiologique. L'expression clinique est pauvre et se résume à la douleur. Cette contradiction et l'insuffisance de prérequis expliquent l'habituel désarroi du néophyte qui aborde cette pathologie. Complexité fonctionnelle et uniformité symptomatique rendent compte de la faillite des examens complémentaires quand ils sont utilisés de première intention et isolés de toute réalité clinique. L'examen clinique, sous toutes ses formes, est le socle de la prise en charge. Conduit de façon précise et méthodique, il doit aboutir à la construction d'enchaînements physiopathologiques simples et logiques reliant des données apparemment disparates à une étiologie commune, parfaitement identifiée et servant de base à l'élaboration du programme thérapeutique.

Rappel d'anatomie fonctionnelle

Le pied est à l'interface entre le membre inférieur et le sol ; il supporte des contraintes statiques et dynamiques qui génèrent des forces de compression et de cisaillement considérables. Une organisation architecturale appropriée l'en protège.

Les os

Les arches antéropostérieures. L'assise talonnière, la barre d'appui métatarsienne (BAM) et les arches antéropostérieures de connexion sont les principaux supports de la charge. Les arches réalisent des poutres composites faites de pièces osseuses quadrilatères, assemblées par des articulations congruentes et de solides ligaments particulièrement développés à la plante. L'un d'entre eux, le ligament calcanéonaviculaire plantaire (*spring ligament*) a un rôle considérable. Recouvert de cartilage, il soutient passivement la tête du talus entre le sustentaculum tali et le naviculaire (Fig. 1). Ce ligament est protégé par le muscle tibial postérieur (TP). En chaîne fermée, la contraction

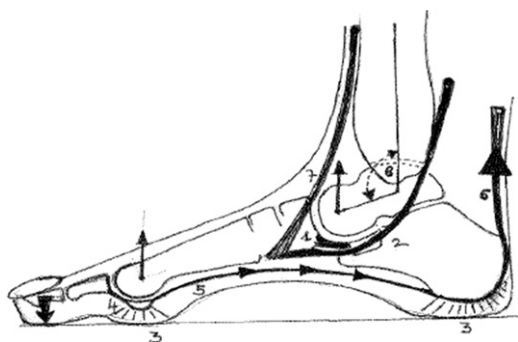


Figure 1 Mécanismes activopassifs de protection architecturale du pied. 1–2 : *spring ligament* et tendon du tibial postérieur (TP) ; 3–4–5 : coussinet capitométatarsien, sangle sésamoïdienne et court fléchisseur de l'hallux (CFH) ; 4–5–6 : complexe suro-calcanéo-pédieux ; 7 : tibia antérieur (TA) ; 8 : angle tibio-talien sagittal.

du TP s'oppose, par appui naviculaire, à sa bascule vers la plante. Le TP assure, à la façon d'un hamac actif, la protection dynamique du *spring ligament* (Fig. 1). Ce mécanisme de protection activopassive est sous la dépendance de la sensibilité profonde et la voie réflexe proprioceptive. L'entrait fibro-musculaire qui sous-tend les arches relève d'un processus identique par action conjuguée des formations fibro-aponévrotiques et des muscles intrinsèques plantaires (complexe suro-calcanéo-pédieux) (Fig. 1).

La barre d'appui métatarsienne (BAM). Elle permet l'appui simultané des cinq têtes métatarsiennes. De profil, elles sont dans le même plan horizontal. Dans le plan dorsoplantaire, la présence de l'arche anatomique transversale impose, pour préserver l'homogénéité de l'appui, un alignement de type parabolique. Sur le canon idéal (Maestro) premier et second métatarsiens sont d'égale longueur alors que les métatarsiens latéraux décroissent régulièrement de dedans en dehors avec un différentiel de longueur qui augmente selon une progression géométrique de raison deux.

Les tissus mous

Les zones d'appui talonnières et capitométatarsiennes sont protégées par la fonction viscoélastique de coussinets plantaires, constitués de cloisons fibreuses et de loges cellulogriseuses (Fig. 1). Plusieurs éléments optimisent ce dispositif :

- l'épaisseur de l'épiderme et de la couche cornée dont la souplesse et la réactivité sont entretenues par les glandes sudoripares qui en assurent l'hydratation et la lubrification ;
- la richesse vasculaire et l'organisation neurovasculaire. La sensibilité superficielle, par des terminaisons intrépidermiques libres et des corpuscules à adaptation rapide, est le dispositif d'alerte des agressions aiguës. La sensibilité profonde, par les mécanorécepteurs terminaux des grosses fibres myéliniques, assure la protection contre les microtraumatismes chroniques, à la jonction dermoépidermique. Elle maintient la cohésion des différentes couches cutanées, sollicitées par les contraintes en cisaillement ;
- l'ancrage sur les structures osseuses qui s'oppose aux contraintes de friction, sans possibilité de savonnage au talon ;
- la dépendance des coussinets capitométatarsiens à la position de la phalange proximale (P1) en raison de leur ancrage sur la sangle sésamoïdienne (hallux) ou les fibrocartilages glénoïdiens (rayons latéraux). L'extension de P1 provoque leur translation en avant. Cela assure la protection de l'extrémité de la tête mise en charge lors de l'appui sur la pointe (Fig. 2A). Mais, lorsque P1 est pathologiquement fixé en flexion dorsale (FD) (déformation en griffe) la tête, déshabillée, n'est plus protégée en appui plantaire (Fig. 2B).

Les articulations

Définitions. Dans le plan sagittal, se situent la flexion dorsale et la flexion plantaire (FP) contrairement à la FP, la FD du pied ne siège que dans la talocrurale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4092185>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4092185>

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