Un pied de nez à la fasciite plantaire

François Vézina, résident IV, et Éric Anctil, MD, FRCSC
Présenté par l'Université de Sherbrooke dans le cadre de la réunion de l'Association d'orthopédie du Québec, février 2004

Comment s'y prendre?

Les maux de pieds de vos patients peuvent vous causer bien des maux de tête, surtout s'il s'agit de la redoutable fasciite plantaire!

La fasciite plantaire, la cause la plus commune de talalgie, est une inflammation de l'aponévrose plantaire du pied. Elle atteint 10 % de la population et sa cause demeure malheureusement inconnue dans 85 % des cas. Elle atteint principalement les hommes de 40 à 70 ans ainsi que les athlètes, en particulier les joggers.

La fasciite plantaire atteint 10 % de la population.

D'abord, qu'est-ce que le fascia plantaire? Cette structure fibreuse a comme origine la tubérosité médiale du calcanéum et s'insère au niveau des plaques plantaires des phalanges proximales des orteils ainsi qu'aux sésamoïdes. Ce fascia contribue au soutien statique de l'arche plantaire et à son maintien lors de l'extension passive des orteils pendant la marche. Son origine est sujette à un stress en tension lors de la mise en charge.

Le pied de monsieur Plante

Monsieur Plante est un jeune retraité de 55 ans. Patient modèle, il décide de suivre vos recommandations et débute le jogging dans le but de regagner son poids idéal. Son programme se déroulait bien jusqu'à l'apparition insidieuse d'une douleur plantaire droite qui le limite maintenant à ne faire que la moitié de son parcours habituel. Curieusement, il ressent cette même douleur lors des premiers pas au lever le matin. Heureusement, il est soulagé très rapidement lorsqu'il s'assoit.

À l'examen physique, vous mettez en évidence une douleur bien localisée à la palpation de la plante du pied, principalement près du calcanéum en médial. Les symptômes s'accentuent lors de l'extension des orteils et de la dorsiflexion du pied, qui est d'ailleurs limitée à 0°.

« Docteur, pouvez-vous régler mon problème? »

Le tableau clinique de la fasciite plantaire est suffisamment classique pour nous permettre d'exclure les autres sources de talalgie.

Comment procéder à l'anamnèse?

La fasciite plantaire atteint principalement les hommes et les athlètes.

Le patient se plaint d'une douleur qui apparaît graduellement sous le talon et qui s'irradie le long de la plante du pied lors des premiers pas le matin ou après une période de repos. Elle diminue par la suite pour réapparaître après une mise en charge prolongée. L'inconfort peut également ne survenir que le lendemain d'une activité physique plus intense. La douleur est soulagée dès l'arrêt de la mise en charge.

Et l'examen physique?

La zone douloureuse, facilement localisable à la palpation, se situe directement sous le tubercule médial du calcanéum (portion antérieure et médiale, en plantaire) (figure 1). L'intensité de la douleur augmente avec l'extension passive des orteils et la dorsiflexion de la cheville et reproduit les symptômes du patient.

La documentation indique plusieurs facteurs de risque (tableau 1).

Figure 1. Zone douloureuse. Les symptômes sont amplifiés par la dorsiflexion de la cheville et l'extension des orteils.

Le **Dr Vézina** est résident IV, chirurgie orthopédique, Université de Sherbrooke.

Le **Dr Anctil** est chef de service d'orthopédie, programme de chirurgie orthopédique, Université de Sherbrooke.

Et cette fameuse épine, qu'en est-il? L'épine de Lenoir, trouvaille radiologique, se situe à l'origine de l'insertion des courts fléchisseurs des orteils. Elle est observable chez 50 % des cas de fasciite plantaire et chez 15 % de la population asymptomatique. Elle n'entraîne pas de douleur en soi et il n'y a pas de lien précis entre l'épine et la fasciite.

L'évaluation

Lorsque les antécédents et l'examen physique orientent clairement vers le diagnostic de fasciite plantaire, aucun bilan radiologique ni sérologique n'est nécessaire. Ceux-ci peuvent par contre être utiles lorsqu'un autre diagnostic est possible.

Le diagnostic différentiel

Il est de rigueur d'ouvrir l'œil vers une autre cause de talalgie lorsqu'une fasciite est bilatérale, réfractaire au traitement ou récidivante. Une douleur chronique dans le territoire typique de fasciite plantaire qui ne s'estompe pas après l'arrêt de la mise en charge peut être associée à la compression d'une branche distale du nerf tibial. Le tableau 2 présente la liste des diagnostics différentiels possibles.

Les traitements en combinaison permettent la résolution des symptômes chez 90 % des patients.

Tableau 1

Les facteurs de risque

- Âge moyen
- Limitation de la dorsiflexion de la cheville < 0° (figure 2) (RR 23,3)
- IMC > 30 kg/m^2 (RR 5,6)
- Travail debout (RR 3,6)
- Mise en charge prolongée
- Stress répétitif (chez les athlètes)
- Pieds creux, pieds plats

Figure 2. Technique optimale pour mesurer la dorsiflexion : porter l'avant-pied en inversion, puis pousser en dorsiflexion.

Tableau 2

Le diagnostic différentiel

- Arthrite inflammatoire, spondylarthropathie
- Neuropathie périphérique
- Bursite rétro-calcanéenne
- Tendinose achilléenne
- Fracture de stress du calcanéum
- Syndrome tarsien
- Apophysite de traction calcanéenne (maladie de Sever)
- Rupture complète du fascia plantaire (très rare)

Figure 3. Étirement du fascia plantaire en dorsiflexion maximale de la cheville par une extension passive des orteils et un massage de la zone douloureuse.

Figure 4. Étirement du tendon d'Achille en surélevant le côté médial du pied par une serviette pliée.

Tableau 3

Les traitements

Le traitement conservateur

Diminuer le stress sur l'insertion du fascia

- Repos
- Chaussures de sport de qualité
- Talonnette en gel

Étirer

- **Fascia plantaire :** Masser la zone douloureuse avec la cheville maintenue en dorsiflexion et les orteils en extension, 10 reprises de 10 secondes, 3 fois par jour et augmenter progressivement la durée et les reprises (figure 3).
- **Tendon d'Achille :** Talon au sol, serviette sous le côté médial du pied, inclinaison de la jambe vers l'avant, faire 10 reprises de 10 secondes, 3 fois par jour et augmenter progressivement (figure 4).

Soulager la douleur

- **Anti-inflammatoire non stéroïdien :** doses régulières.
- **Infiltration de cortisone :** 40 mg de méthylprednisolone avec 5 cc de xylocaïne 2 % sans épinéphrine à l'insertion du fascia plantaire sur la tubérosité médiale du calcanéum. Attendre quelques mois avant d'entreprendre les infiltrations. Répéter aux trois mois seulement.

Essayer tous les traitements simultanément avec persévérance et patience. De 6 à 10 mois peuvent être nécessaires pour obtenir une résolution des symptômes.

La chirurgie

Le traitement chirurgical de la fasciite plantaire ne donne pas un résultat très satisfaisant.

À retenir...

- Lorsque le tableau clinique est classique, aucun examen paraclinique n'est nécessaire.
- Il faut d'abord se rappeler qu'une seule modalité du traitement conservateur est peu efficace. Il faut plutôt combiner le repos, les étirements et le contrôle de la douleur.
- Une infiltration peut alors être utile. La disparition immédiate de la douleur avec la xylocaïne est également un test diagnostic.

Quels sont les traitements?

Utilisés de manière isolée, les traitements ont un faible taux de succès, mais en combinaison, ils permettent la résolution des symptômes chez 90 % des patients en 6 à 10 mois. Plusieurs traitements sont décrits dans le tableau 3.

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**

Cet article est en ligne!
Procurez-vous cet article en format PDF à l'adresse suivante :
www.stacommunications.com

Clin