

Douleurs des membres et des extrémités

Insérer les T1

Objectifs pédagogiques

ENC

Devant les douleurs des membres et des extrémités, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

COFER

Savoir évoquer sur des éléments cliniques une origine osseuse ou articulaire, tendineuse, musculaire, neurologique ou vasculaire (artérielle ou veineuse) d'une douleur des membres.

Savoir prescrire et justifier la démarche logique et adaptée d'examens paracliniques (biologiques, radiologiques et autres imageries).

Connaître et pouvoir argumenter les principales affections ostéo-articulaires, tendineuses, musculaires, neurologiques ou vasculaires à incriminer.

Savoir diagnostiquer et traiter une tendinopathie (tendinite simple, douleur aiguë sur calcifications).

Connaître les manifestations cliniques et l'imagerie des ostéonécroses. Connaître les étiologies.

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

L'exploration d'une douleur d'un membre doit être très stéréotypée et débiter par un interrogatoire et un examen clinique soigneux.

Caractères sémiologiques élémentaires de la douleur

Le premier temps est de connaître les caractères sémiologiques élémentaires de la douleur : son type, neurogène/neuropathique ou par excès de nociception (nociceptive), et dans ce dernier cas son rythme, inflammatoire ou mécanique.

Douleur neurogène

Il s'agit d'une [mot illisible] des voies de la douleur, sans stimulation nociceptive.

La douleur neurogène/neuropathique (parfois improprement appelée « douleur de déafférentation ») combine un fond douloureux permanent à type de brûlure à des accès paroxystiques à type de dysesthésie (fourmillement, sensation de décharge électrique, etc.). La douleur neurogène/neuropathique peut s'accompagner d'une allodynie (sensation douloureuse déclenchée par une stimulation normalement indolore), d'une anesthésie douloureuse avec hyperpathie et de troubles trophiques d'origine sympathique. La douleur neurogène/neuropathique est aggravée par le repos et diminuée par les mouvements et le frottement ; elle n'est pas améliorée par les antalgiques habituellement. La douleur neurogène peut être volontiers reproduite par la pression d'une zone gâchette très localisée. Elle a volontiers une topographie neurologique radiculaire, tronculaire ou plexique (l'examen neurologique est perturbé : aréflexie, déficit moteur, déficit sensitif dans le territoire concerné, etc.).

Douleur nociceptive

Il s'agit d'une activation des « nocicepteurs » par une stimulation nociceptive.

- Sans dysesthésie, elle correspond à une sensation d'écrasement ou de broiement. La douleur nociceptive est calmée par les antalgiques (AINS, morphiniques, antalgiques). Une douleur nociceptive évoque une atteinte musculaire, osseuse ou articulaire.
- Avec dysesthésie, à l'inverse, elle évoque l'atteinte d'une structure nerveuse (exemple : sciatique par hernie discale).
- Elle peut-être douleur inflammatoire : avec réveil nocturne et dérouillage matinal (> à 30 minutes). Elle est aggravée par le repos et calmée par la mobilisation.
- Elle peut être mécanique : elle survient essentiellement le jour, aggravée par les efforts des membres atteints et calmée par le repos.

Distribution géographique de la douleur

Le deuxième temps est la reconnaissance de la distribution géographique d'une douleur.

Elle peut être localisée à une zone du squelette, os ou articulation ou être locorégionale, c'est à dire diffusée autour de la zone initiale (type algoneurodystrophie). La douleur peut s'intégrer dans une maladie générale et toucher plusieurs sites (exemple : la polyarthrite rhumatoïde).

Origine anatomique de la douleur

Le troisième temps est la recherche de la structure anatomique en cause :

Douleur articulaire

Il faut savoir distinguer :

- une synovite ou « gonflement » synovial, un épanchement (exemple : la polyarthrite rhumatoïde) ;
- une douleur ostéo-articulaire (ou cartilagineuse) réveillée à la pression de l'interligne articulaire (exemples : l'ostéochondrite, l'arthrose débutante) ;
- une douleur abarticulaire : il peut s'agir d'une douleur ligamentaire, capsulaire, d'une enthèse ou d'une bourse périarticulaire ; habituellement, la douleur est précise, réveillée par la palpation et par la mise en tension de la structure anatomique (exemple : la bursite prérotulienne).

Douleur osseuse

Elle est nociceptive, sourde, profonde à la pression ou à la percussion osseuse (exemple : la fracture vertébrale).

Douleur neurologique

Elle s'exprime soit par une douleur nociceptive avec des dysesthésies (brûlure, fourmillement, coup de poignard, décharge électrique ; exemple : la sciatique par hernie discale) soit elle est neuropathique avec hypersensibilité à l'examen clinique (hyperpathie, allodynie ; exemples : douleurs du zona ou séquelles douloureuses d'une sciatique).

Douleur tendineuse ou d'une enthèse

Elle est nociceptive, brutale ou progressive, mécanique ou mixte, à la palpation du tendon ou lors de l'étirement passif et de la contraction musculaire contre résistance (exemples : la tendinite achilléenne, les enthésites de la spondylarthrite ankylosante).

Douleur vasculaire

CLAUDICATION ARTERIELLE

La douleur est nociceptive, profonde, survenant à la marche, pouvant être accompagnée d'une crampe musculaire, imposant l'arrêt de la marche, disparaissant en quelques secondes après l'arrêt de l'effort et réapparaissant après le même temps de marche (en fonction des différents stades d'artérite, les symptômes peuvent apparaître après un périmètre de marche limité puis au repos, lors de l'artérite sévère). L'examen systématique recherche la diminution ou la disparition des pouls périphériques.

DOULEUR D'ORIGINE VEINEUSE

C'est une douleur nociceptive des membres inférieurs (plus souvent atteints) à type de « lourdeur », survenant surtout en fin de journée, souvent accompagnée d'un oedème et d'une dilatation veineuse.

Douleur musculaire

Elle est nociceptive, déclenchée à la palpation musculaire ou à la mise en tension de la masse musculaire.

Parfois, il est difficile de préciser les caractères de la douleur et la structure anatomique en cause. Il s'agit alors d'une algie ou de polyalgies atypiques. On peut alors s'interroger, après un examen très soigneux, sur l'organicité des douleurs.

La douleur organique est très précisément décrite et correspond à un territoire anatomique défini, par opposition au territoire vague d'une douleur psychogène.

La douleur psychogène est caractérisée soit par son « flou » et l'absence d'explication claire, soit, à l'inverse, par la richesse et l'atypie de la symptomatologie. Dans tous les cas, l'examen clinique note une discordance entre les plaintes et les constatations objectives.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La demande d'explorations complémentaires est guidée par les conclusions de l'examen clinique :

- les radiographies standard de la région douloureuse seront réalisées si une pathologie osseuse ou articulaire est suspectée ;
- l'échographie est souvent utile : recherche d'un épanchement articulaire ou dans une bourse, de signes inflammatoires autour d'une enthèse, d'un hématome musculaire, etc. ;
- l'échographie doppler artérielle ou veineuse sera guidée par l'examen clinique et la palpation des pouls, la recherche de signes d'insuffisance veineuse ;

- la recherche d'une anomalie du bilan inflammatoire biologique ou d'une anomalie du bilan phosphocalcique sera discutée en cas de suspicion d'atteinte osseuse ou d'une atteinte articulaire diffuse ;
- les explorations neurophysiologiques en cas d'atteinte neurologique.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TENDINOPATHIES

Les tendons et leurs gaines, ainsi que les bourses séreuses, peuvent être le siège de pathologies traumatiques et microtraumatiques, mais également inflammatoires, microcristallines, infectieuses, métaboliques, tumorales et iatrogènes. La multiplicité de ces étiologies doit faire préférer le terme de tendinopathie à celui de tendinite.

- La tendinopathie correspond à l'atteinte du tendon souvent en regard d'une poulie ou au contact d'une irrégularité.
- Une ténosynovite est une atteinte primitive de la gaine synoviale entourant certains tendons.
- Une ténopériostite ou une enthésiopathie correspond à la pathologie d'insertion du tendon ou du ligament dans l'os.

Diagnostic

L'interrogatoire précise le geste ayant déclenché le symptôme : geste répétitif sportif ou professionnel, ou geste traumatique. La douleur est de rythme mécanique le plus souvent, avec, parfois, la transformation progressive en un rythme mixte (douleur incomplètement soulagée au repos ou douleur nocturne lors de l'appui). L'examen clinique va rechercher une douleur à l'insertion ou sur le trajet tendineux, une douleur à la palpation du tendon, à l'étirement passif du tendon puis une douleur à la contraction musculaire contre résistance. À l'inverse, les mobilités passives de l'articulation qui ne mobilise pas le tendon sont strictement indolores.

Parfois, il existe des signes inflammatoires devant faire évoquer dans un premier temps une infection, puis une atteinte rhumatismale ou microcristalline.

De même, on cherchera une cause iatrogène liée à l'infiltration de corticoïdes, à la prise de corticoïdes ou à la prise de quinolone qui peuvent déclencher des tendinopathies, tout particulièrement achilléennes.

Explorations complémentaires

- Un bilan biologique est demandé à la recherche d'un syndrome inflammatoire ainsi que des radiographies standard de la région douloureuse, comparatives, qui permettent de vérifier l'intégrité de l'interligne articulaire, de rechercher l'existence d'une éventuelle tendinopathie calcifiante et, parfois, de visualiser l'épaississement du tendon ou de sa gaine.

- L'échographie peut être utile pour confirmer l'absence de rupture tendineuse, pour chercher un éventuel épanchement dans la gaine du tendon et pour guider l'injection péri-tendineuse de corticoïdes.
- L'IRM est surtout utile pour confirmer l'origine inflammatoire d'une enthésiopathie chronique.

Traitement

- Tendinopathie aiguë : repos articulaire, antalgique, AINS, traitement physique et rééducation (cryothérapie et physiothérapie sédatives, puis étirements passifs et reprise progressive de l'activité ; suppression du facteur déclenchant).
- Tendinopathie chronique : repos articulaire, antalgique, AINS, injection péri-tendineuse de corticoïdes (1 à 3 injections, éviter les dérivés retard), traitement physique, rééducation, immobilisation par orthèse ou attelles peuvent être utiles. La rééducation fonctionnelle et l'ergothérapie sont tout à fait utiles dans les formes chroniques pour permettre une réhabilitation du geste.

On ne discutera une intervention chirurgicale qu'en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit et si la gêne fonctionnelle est très importante.

Formes topographiques

En dehors de la pathologie sportive, les tendinopathies siègent essentiellement au niveau de l'épaule : tendinopathie de la coiffe des rotateurs ou du long biceps radial. On distingue plusieurs formes cliniques.

Tendinopathie simple

Elle est responsable d'une douleur de l'épaule déclenchée par des gestes particuliers (en abduction surtout). L'examen clinique déclenche la douleur liée au conflit sous-acromial par la mobilisation active (« accrochage douloureux » en abduction) ou passive (manœuvres de Neer, Yocum et Hawkins) de l'épaule. Il permet également de provoquer la douleur par la mobilisation contrariée sollicitant le tendon atteint. Le traitement repose essentiellement sur la rééducation fonctionnelle visant à l'apprentissage du recentrage dynamique de l'épaule par le renforcement des muscles abaisseurs et stabilisateurs de l'épaule afin d'éviter le conflit sous-acromial en abduction.

Épaule hyperalgique

Il s'agit le plus souvent d'une bursite hyperalgique compliquant une tendinopathie calcifiante. Les calcifications peuvent être longtemps latentes (asymptomatiques) ou à l'origine de douleurs chroniques (épaule douloureuse simple), mais elles peuvent s'exprimer de façon brutale par une douleur très intense empêchant tout mouvement, et insomniante.

L'examen clinique est quasiment impossible, toute mobilisation active ou passive de l'épaule est très douloureuse. Une fièvre modérée (inférieure à 38 °C) est possible, de même que l'existence d'un syndrome biologique inflammatoire avec polynucléose.

L'examen radiographique des épaules retrouve les calcifications sur une ou plusieurs incidences (rotation neutre, latérale et médiale et profil). Les calcifications sous-acromiales sont souvent bilatérales, même si une seule épaule est douloureuse.

Lors d'une crise hyperalgique, la calcification devient souvent hétérogène, mal limitée et elle peut migrer plus ou moins complètement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne. Elle peut parfois disparaître.

Le traitement comporte la prescription d'antalgiques (morphiniques si nécessaire), d'AINS ; l'injection péri-tendineuse de corticoïde est en général très efficace.

Épaule pseudo-paralytique ou rupture de la coiffe des rotateurs

La rupture traumatique de la coiffe des rotateurs peut survenir chez le sujet jeune mais elle est exceptionnelle. Il s'agit habituellement de rupture survenant chez des patients âgés, présentant des lésions tendineuses dégénératives. Chez le sujet jeune, il s'agit d'une urgence chirurgicale. À l'inverse, chez le sujet âgé, le tableau pseudoparalytique est caractérisé par une perte de la mobilité active sans déficit neurologique avec des mobilités passives conservées.

Il peut s'agir d'une rupture partielle, le plus souvent du supra-épineux. Le patient ne peut alors résister à la pression exercée lors de la manœuvre de Job. Il peut s'agir également d'une rupture complète qui, parfois, aboutit à une impotence fonctionnelle totale.

Les radiographies ne montrent que des signes indirects de rupture de coiffe : diminution de la hauteur acromio-humérale avec ascension de la tête humérale, rupture du cintre gléno-huméral, condensation et ostéophytose à la partie inférieure de l'acromion puis une excentration de la tête humérale avec le développement d'une arthrose scapulo-humérale excentrée.

La première phase du traitement de cette rupture de la coiffe des rotateurs est la rééducation, passive dans un premier temps, puis active, avec travail en isométrique et dynamique, de manière à renforcer les muscles abaisseurs et stabilisateurs de l'épaule.

Une indication de réparation chirurgicale de la coiffe (« à ciel ouvert » ou sous arthroscopie) ne se discutera qu'en cas d'échec du traitement médical et rééducatif d'une coiffe ayant une trophicité musculaire satisfaisante et si l'état physiologique du patient permet l'intervention.

Les imageries complémentaires (arthroscanner ou **IRM**) ne seront demandées qu'en cas d'échec du traitement médical, lorsqu'une réparation chirurgicale de la coiffe est discutée.

Épaule enraidie ou « épaule gelée »

Il s'agit d'une rétraction capsulaire de l'épaule. Elle peut être secondaire à une tendinopathie aiguë ou chronique ou être primitive et relève alors des étiologies des algoneurodystrophies (cf. **chapitre 33**).

Le jeu articulaire de l'épaule est limité en actif comme en passif. Son traitement repose essentiellement sur la rééducation.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'OSTÉONÉCROSE

L'ostéonécrose correspond à la mort de l'ensemble des composantes cellulaires de l'os (cellules hématopoïétiques et ostéoblastes) en conséquence de l'interruption de la vascularisation intraosseuse, d'où la dénomination fréquente de « nécrose avasculaire ».

Elle se localise dans les régions épiphysaire et métaphysaire. Par ordre de fréquence, sont atteints : la tête fémorale (habituellement entre 20 et 50 ans, le plus souvent chez l'homme), puis le condyle interne du fémur (après 60 ans, le plus souvent), puis la tête humérale.

Diagnostic

Le diagnostic doit être évoqué devant des douleurs non spécifiques, mécaniques le plus souvent, mais parfois mixtes, siégeant au niveau d'une grosse articulation. Parfois, le diagnostic est tout à fait fortuit, formes latentes asymptomatiques, ou révélé par une arthrose secondaire. L'examen clinique est souvent peu contributif ; seuls la topographie de la douleur, son caractère mécanique et l'existence de facteurs de risque orientent vers le diagnostic.

Cas particulier de l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale : étiologies et facteurs de risques

- Traumatismes : fracture du col fémoral ; fracture ou luxation de la tête fémorale, luxation de la tête humérale, fracture du col huméral, fracture du scaphoïde, etc ;

- Étiologies non traumatiques :
 - alcoolisme +++ ;
 - iatrogène : corticothérapie +++ ;
 - décompression trop rapide avec embolie gazeuse lors des accidents de plongée ou chez les ouvriers travaillant en caisson à air comprimé (maladie des caissons) ;
 - lupus érythémateux systémique, drépanocytose, etc. ;
 - diabète sucré, dyslipidémie (hypertriglycémie surtout, hypercholestérolémie), pancréatite ;
 - grossesse ;
 - vasculopathie : séquelles de radiothérapie, artériosclérose, etc. ;
 - expansion d'une constituante de la moelle osseuse dans la coque osseuse inextensible (ayant pour conséquence la compression vasculaire : maladie de Gaucher, corticothérapie, etc.).

Explorations complémentaires

L'ostéonécrose de la tête fémorale est prise en exemple pour décrire les résultats des explorations complémentaires.

Radiographies standard

Sur la radiographie de la hanche de face et de profil :

- au stade précoce, on ne note aucune anomalie (stade 1) ;
- apparaît ensuite une zone nécrotique déminéralisée, hétérogène, bordée secondairement par une zone de condensation dont les contours sont irréguliers (stade 2) ;
- puis apparaît une image en coquille d'œuf, très caractéristique de l'ostéonécrose : un liseré clair sous-chondral réalisant un double contour dans les zones nécrosées (la tête reste cependant sphérique) (stade 3) ;
- ensuite, la zone nécrotique s'effondre et l'épiphyse perd sa sphéricité (stade irréversible de l'ostéonécrose, stade 4) (figure 42.1) ;
- puis apparaît une arthrose secondaire (stade 5, avec pincement articulaire), suivie d'une destruction complète de la tête (stade 6).

Fig. 42.1. Ostéonécrose de la tête fémorale gauche. Condensation hétérogène et aplatissement de la tête fémorale gauche ; stade 4 (radiographie du bassin).

Insérer nouvelle figure 42.1 (sortie papier dans le dossier icono)

À un stade précoce de l'atteinte, la radiographie standard n'est donc pas contributive car strictement normale (douleur de hanche à radiographie normale).

IRM

C'est l'examen le plus sensible et le plus spécifique pour identifier une ostéonécrose, tout particulièrement à la phase de début, car elle visualise la nécrose dont le signal varie en fonction du stade évolutif. À l'interface os nécrosé/os sain, un liseré de démarcation très net est visible quel que soit le stade évolutif. La cavité articulaire peut être le siège d'un épanchement visible sous la forme d'un hypersignal T2. L'IRM permet d'éliminer les autres diagnostics de « douleur de hanches à radiographies normales » : algoneurodystrophie, fissure ou fracture sous-chondrale, synovite ou épanchement articulaire, pathologie du bourrelet, etc. L'IRM est utile également pour confirmer l'absence d'une ostéonécrose controlatérale asymptomatique.

Scintigraphie osseuse

Elle peut être utilisée, montrant une hyperfixation intense, précoce, mais non spécifique de l'épiphyse ou une hyperfixation épiphysaire dessinant une cupule délimitant la zone d'hypofixation (image très évocatrice mais rare). La scintigraphie peut cependant être normale. De plus, elle peut permettre une cartographie d'ensemble des épiphyses.

Pronostic et surveillance

Pronostic local

Il dépend de l'étendue de la surface ostéonécrotique et du maintien de la sphéricité de l'épiphyse. Lorsque la tête perd sa sphéricité, elle évolue inéluctablement vers l'arthrose secondaire.

Dans les stades précoces, si la sphéricité est conservée, l'objectif du traitement est de lutter contre la douleur et d'éviter l'effondrement de la zone nécrotique : traitement antalgique avec mise en décharge de 4 à 8 semaines de l'articulation touchée. Pour certaines équipes, un forage biopsique peut être proposé de manière à modifier la pression intraosseuse et favoriser la reconstruction en stimulant l'ostéogénèse osseuse. Son efficacité à long terme reste cependant controversée.

Dans les formes évoluées, l'arthroplastie totale est bien souvent la seule solution thérapeutique. Certaines équipes ont proposé des ostéotomies visant à modifier les contraintes.

Pronostic général

Il faut absolument réaliser un bilan étiologique exhaustif et traiter tous les facteurs favorisants devant une ostéonécrose afin de prévenir toute autre localisation. Il ne faut

pas méconnaître un éthylysme, un diabète, une corticothérapie mais également les dyslipidémies.

DIAGNOSTIC D'UNE DOULEUR DU PIED

La démarche diagnostique reposera ici, avant tout, sur l'interrogatoire précisant le siège exact de la douleur, ses modalités de début (brusque ou progressif, après des efforts physiques ou un traumatisme), ses caractéristiques (allure clinique inflammatoire ou mécanique). Il est important de noter ici que, contrairement à ce qui est habituellement observé en pathologie articulaire, les atteintes rhumatismales inflammatoires podologiques n'adoptent pas d'horaire nocturne et ne sont pas responsables de réveil la nuit. Par contre, les douleurs sont présentes dès les premiers pas et persistent pendant une durée équivalente à l'habituel dérouillage matinal. En cas de pathologie mécanique, la douleur n'apparaît souvent qu'après l'effort, classiquement en fin de journée. Les douleurs nocturnes orientent plutôt vers un ostéome ostéoïde ou une ostéite bactérienne. L'examen clinique est également fondamental avec examen du pied en décharge à la recherche d'un point douloureux précis, d'une atteinte articulaire, d'une tuméfaction (molle, fluctuante ou dure) ou d'une atteinte tendineuse. On examinera ensuite le pied en charge avec étude du retentissement de la douleur sur la marche et examen des chaussures (recherche de signes d'usure anormale). Les examens paracliniques ne viendront ici que confirmer un diagnostic déjà fortement suspecté par la clinique. La radiographie simple est le principal examen. L'échographie rend aujourd'hui des services de plus en plus importants en podologie. Sur le plan biologique, la recherche d'un syndrome biologique inflammatoire est l'examen de base.

Étiologies pouvant être responsables de douleurs sans topographie exclusive

Arthrite septique

C'est l'étiologie la plus grave de douleur du pied, heureusement rare. Déjà évoquée par ailleurs, l'arthrite septique ne sera pas détaillée ici. Nous rappellerons simplement la nécessité absolue d'effectuer une ponction articulaire en cas d'épanchement articulaire avec signes évocateurs d'arthrite (douleur articulaire, raideur, rougeur et chaleur cutanée). Cet épanchement est parfois difficile à affirmer cliniquement. Une ponction exploratrice peut être effectuée, en l'absence d'infection cutanée en regard. L'échographie précise facilement, en cas de doute, s'il existe un épanchement articulaire à ponctionner. Tout liquide ponctionné devra être analysé rapidement avec examen cytologique, recherche de microcristaux et analyse bactériologique (examen direct et culture).

Fractures de fatigue

À suspecter dans un contexte d'efforts intenses, inhabituels et répétés. C'est une pathologie localisée d'adaptation de l'os à l'effort. La douleur est mécanique, augmentée par la palpation et la mise en charge. Le diagnostic précoce repose sur la scintigraphie osseuse ou l'IRM, voire l'échographie. Les signes radiographiques (radiographies standard) sont retardés et différent selon le stade évolutif et la localisation.

Algodystrophie

Fréquemment observée en podologie, souvent post-traumatique. La douleur est régionale, associée à des troubles trophiques cutanés (érythrocyanose, hypersudation, troubles de la température cutanée). La radiographie montre classiquement une déminéralisation régionale diffuse, d'allure mouchetée, avec respect des interlignes articulaires (figure 42.2). La scintigraphie osseuse et surtout l'IRM peuvent aider à porter le diagnostic avant l'apparition des signes radiographiques.

Fig. 42.2. Algodystrophie du pied gauche (radiographies des pieds en incidence oblique déroulée).

Insérer nouvelle figure 42.2 (sortie papier dans le dossier icono)

Tumeurs

Rares au niveau du pied, plus souvent bénignes que malignes.

Douleurs de l'arrière-pied

Talalgies

TALAGIES INFLAMMATOIRES, INFÉRIEURES OU POSTÉRIEURES

La douleur est ressentie au talon, survenant dès les premiers pas puis s'améliorant au fil de la journée. Elles doivent faire évoquer une spondylarthropathie. La radiographie de talon de profil peut parfois montrer une érosion calcanéenne ou une épine à contours flous, évocatrice d'une origine inflammatoire mais absente les premiers mois.

TALALGIES MÉCANIQUES ET PATHOLOGIES DE L'APONEVROSE PLANTAIRE

La talalgie est alors inférieure, sous le talon, et de caractère mécanique. C'est ici que peut s'observer la classique épine calcanéenne à contours bien limités.

TALALGIES DU PIED CREUX

Les talalgies sont alors mécaniques, siégeant à la partie postérieure, mais également médiale et latérale du talon à l'origine d'une talalgie dite en couronne.

Bursites

Elles peuvent entraîner des talalgies, le plus souvent postérieures, pré ou rétro-achilléennes. L'échographie permet facilement de les confirmer.

Maladie de Haglund

Saillie exagérée du coin postérosupérieur du calcanéus, elle favorise à ce niveau les conflits avec la chaussure avec possible survenue de bursite.

Tendinopathies

- Tendinopathie achilléenne : atteinte du corps du tendon ou pathologie de son insertion, responsable d'une douleur postérieure et médiane.
- Tendinopathie du tibia postérieur : responsable d'une douleur médiale, rétro et sous-malléolaire interne.
- Pathologie des fibulaires : responsable de douleurs externes, rétro et sous-malléolaires externes.

Séquelles d'entorse de cheville

- Conflit antérolatéral : douleurs antérolatérales par mauvaise cicatrisation ligamentaire.
- Lésions ostéochondrales du dôme talien : à évoquer systématiquement en cas de douleurs chroniques de cheville après entorse.
- Syndrome du sinus du tarse : se manifeste par des douleurs sous taliennes et pré-malléolaires externes à la marche, particulièrement en terrain irrégulier.

Séquelles de fracture

À type d'arthrose secondaire mise en évidence par les radiographies.

Douleurs de l'avant-pied

Métatarsalgies

Ce sont les douleurs situées dans la région des têtes métatarsiennes.

METATARSALGIES MECANIKUES

- **Métatarsalgies statiques** ou syndrome capitométatarsien : douleur métatarsienne due à une surcharge par excès de pression responsable d'une souffrance du capiton plantaire sous les têtes métatarsiennes. Atteinte fréquente en cas de pied creux.
- **Syndrome du deuxième rayon** : réalise en cas de surcharge de la deuxième articulation métatarsophalangienne (MTP) une instabilité douloureuse de cette articulation avec évolution vers une sub-luxation. Il complique volontiers un hallux valgus. Il peut favoriser la nécrose de la deuxième tête métatarsienne (maladie de Freiberg).
- **Syndrome de Morton** : syndrome canalaire par compression d'un nerf interdigital dans le canal métatarsien. Responsable typiquement d'une métatarsalgie dans l'espace intermétatarsien où siège le conflit avec irradiation vers les orteils en regard. La marche favorise la survenue de la douleur, imposant l'arrêt de celle-ci et le déchaussage immédiat.

METATARSALGIES INFLAMMATOIRES

Elles peuvent être dues à :

- une atteinte des 5^e têtes métatarsiennes avec douleurs à la palpations et érosions latérales à la radiographie. Cette atteinte est typique de la polyarthrite rhumatoïde (figure 42.3) ;
- une arthrite des articulations métatarsophalangiennes ;
- des bursites inter-capitométatarsiennes : localisées entre les têtes métatarsiennes, leur diagnostic clinique sera conforté par l'échographie.

Fig. 42.3. Érosions latérales de la 5^e tête métatarsienne au cours d'une polyarthrite rhumatoïde (radiographie de l'avant-pied en incidence oblique déroulée).

Insérer nouvelle figure 42.3 (sortie papier dans le dossier icono)

Pathologies du premier rayon :

Aiguës : crise de goutte, siège typiquement au niveau de la première MTP.

Chroniques :

- hallux valgus : défini par une déviation anormale du gros orteil en dehors. La douleur peut être en rapport avec une bursite à la partie médiale de la

première MTP, soit à une distension capsulaire, soit à une arthrose secondaire ;

- hallux rigidus : arthrose localisée à la première MTP sans déviation latérale ni médiale. La MTP s'ankylose et l'orteil se déforme avec hyperextension de l'articulation interphalangienne donnant à l'orteil un aspect en barquette ;
- sésamoïdopathies : les deux os sésamoïdes situés sous la première tête métatarsienne peuvent être le siège de luxation, fracture, ostéonécrose aseptique ou encore d'une algodystrophie. Des aspects radiographiques spécifiques permettent de confirmer ces diagnostics.

Pathologies des orteils :

Les orteils peuvent être douloureux en cas de conflits avec la chaussure lorsqu'ils sont déformés en griffe.

Lors des spondylarthropathies, ils peuvent être le siège d'arthrites et/ou d'enthésopathies et prendre un aspect boudiné dit d'orteil en saucisse.

Points clés

- L'exploration d'une douleur d'un membre doit être très stéréotypée et débiter par un interrogatoire et un examen clinique tout à fait soigneux.
- Le premier temps est de connaître les caractères sémiologiques élémentaires de la douleur : son type et son rythme.
- Le deuxième temps est la reconnaissance de la distribution géographique de la douleur.
- Le troisième temps est la recherche de la structure anatomique en cause : arthralgie, myalgie, douleur osseuse, tendineuse, etc.
- Les tendinopathies de l'épaule sont très fréquentes ; leur traitement est avant tout médical (rééducation fonctionnelle).
- Le diagnostic d'ostéonécrose impose la réalisation d'un bilan étiologique et la correction des facteurs de risque (corticothérapie, alcoolisme, etc.).
- Les atteintes rhumatismales inflammatoires podologiques n'adoptent pas d'horaire nocturne et ne sont pas responsables de réveil la nuit ; les douleurs sont présentes dès les premiers pas et persistent pendant une durée équivalente à l'habituel dérouillage matinal ; en cas de pathologie mécanique, la douleur n'apparaît souvent qu'après l'effort, classiquement en fin de journée.