



La talgalgie désigne anatomiquement une douleur du talon.

Les talgalgies sont aiguës ou chroniques et leur caractère invalidant et persistant amène souvent à consulter.

On recherche à l'interrogatoire le mode de début, la localisation, les circonstances d'apparition (nouvelles chaussures), le retentissement fonctionnel, l'horaire mécanique ou inflammatoire, le mode d'évolution, le contexte pathologique ainsi que les traitements essayés.

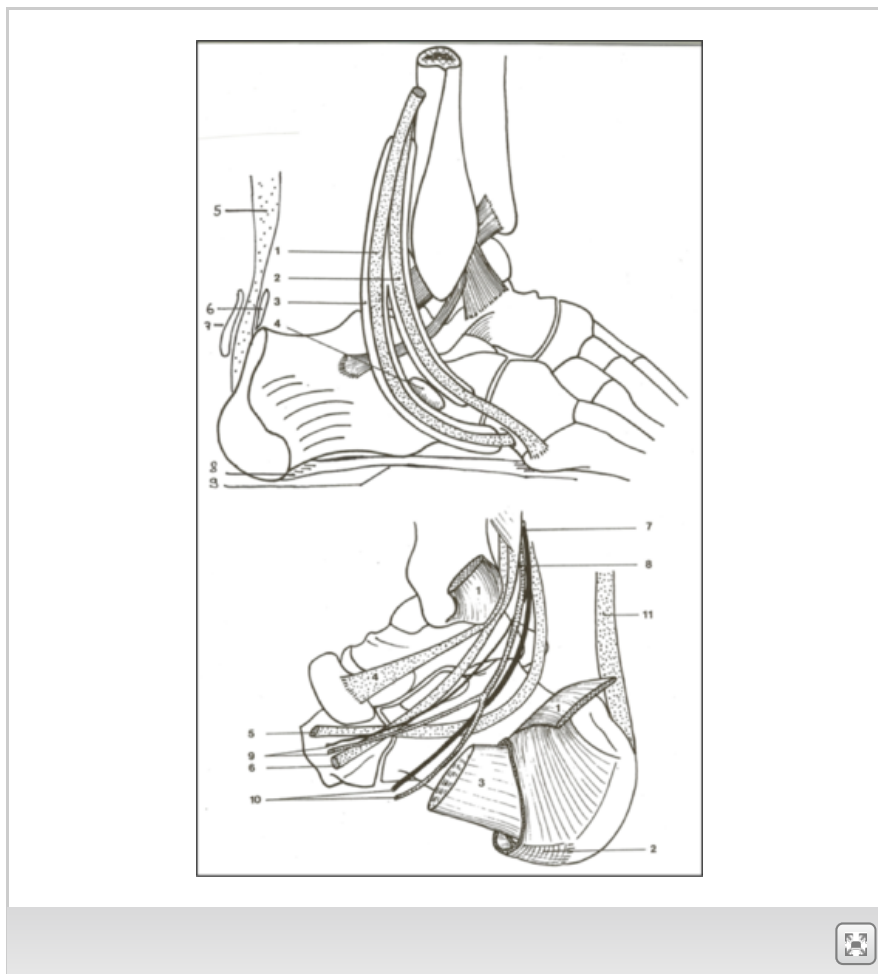
L'examen clinique comporte la recherche d'un point douloureux et l'examen locorégional classique (dont l'examen neuro-vasculaire). La localisation de la douleur est un bon élément d'orientation : elle est plantaire, postérieure ou diffuse.

Les examens complémentaires minimaux sont une radiographie standard de face, profil et oblique, bilatérale et comparative des pieds. L'échographie complète l'examen tendinomusculaire. En cas de doute, une IRM est demandée.

Rappel anatomique

Sur une vue de la région latérale du calcaneum et de l'articulation talocrurale (**schéma 1**), on visualise les tendons des muscles court (2) et long (1) fibulaires ainsi que leur gaine synoviale (3), la trochlée fibulaire (4), le tendon calcanéen (5), la bourse subtendineuse calcanéenne (6), la bourse sous-cutanée calcanéenne, ainsi que l'insertion tendineuse (8) du muscle abducteur du 5e orteil (9).

Sur une vue médiale du calcaneum, on visualise le rétinaculum des fléchisseurs (1), l'aponévrose plantaire (2), le muscle abducteur du gros orteil (3), le tendon du tibial postérieur (4), le tendon du long fléchisseur propre du gros orteil (5) et le fléchisseur commun (6), le paquet vasculonerveux (9 et 10), et enfin le tendon calcanéen (11).



Les causes à identifier d'emblée

Avant d'aborder les étiologies tendino-aponévrotiques, il faut éliminer les autres causes de talalgies :

- les causes traumatiques en général, et en particulier chez le sportif : la rupture aiguë de l'aponévrose plantaire au cours d'un effort intense. Elle oblige à l'arrêt immédiat. Elle est différente des ruptures partielles sur lésions préexistantes de l'aponévrose (mode chronique ou subaigu).

- la fracture de contrainte du calcaneum : douleur augmentée à la marche, douleur à la pression et gonflement diffus de la région. L'IRM fait le diagnostic, les radiographies étant souvent normales.

- une algodystrophie localisée.

16 causes tumorales bénignes (ostéome ostéoïde) ou maligne.

- une cause infectieuse (ostéite).

- une maladie de Ledderhose ou fibromatose plantaire.

- une cause neurologique : compression nerveuse du nerf calcanéen médial (innervation sensitive du talon) qui peut être comprimé dans le tunnel tarsien lorsque sa division est basse et provoquer des paresthésies douloureuses du talon.

Enfin, le nerf plantaire latéral peut être soumis à des microtraumatismes répétés (il contourne la tubérosité calcanéenne) et provoquer des talalgies orthostatiques et des brûlures (à rechercher en cas d'échec du traitement médical d'une talalgie, le traitement étant chirurgical).

Les talalgies mécaniques

Les talalgies dites mécaniques sont liées à des microtraumatismes répétés et favorisées par des troubles statiques entraînant un surmenage par traction, frottement ou compression. D'autres facteurs peuvent se surajouter : obésité, insuffisance veineuse, tendon calcanéen court, station debout ou marche prolongée, port de chaussures mal adaptées, et toutes causes entraînant un surmenage calcanéop-plantaire.

1. Talalgies postérieures

La tendinopathie d'Achille

Sur le plan anatomopathologique, la tendinopathie d'Achille regroupe deux entités distinctes bien que souvent coexistantes : la tendinose et la péri-tendinite.

Dans la phase aiguë de la tendinopathie d'Achille, le tendon est oedématié, augmenté de volume de façon diffuse, en association à la douleur, la raideur avec limitation des activités quotidiennes.

Dans la phase chronique dégénérative, la douleur est plus modérée et typiquement provoquée par l'exercice, surtout la course. Un épaissement nodulaire ou diffus des tissus mous peut être palpé autour du tendon. Dans les cas les plus sévères, la douleur peut persister même au repos.

Le traitement est conservateur associant repos, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et talonnettes ou orthèses sur mesure. En cas d'échec, la chirurgie peut être proposée.

L'échographie permet de préciser l'atteinte lésionnelle.

Dans le cas d'une péri-tendinite, la structure du tendon est normale. Un épanchement péri-tendineux, des irrégularités des bords ou de l'insertion du tendon, un aspect hétérogène de la graisse prétendineuse sont les éléments les plus fréquents.

En cas de tendinose, l'épaississement du corps du tendon, d'échostructure hétérogène avec des zones hypoéchogènes focales, est la principale anomalie (souvent bilatérale), traduisant un processus alternant dégénérescence et cicatrisation, sans phénomène inflammatoire.

Chez les patients ayant une tendinopathie d'Achille symptomatique chronique, des anomalies bilatérales sont observées dans 62% des cas.

Le tendon d'Achille peut aussi être le siège de calcifications, en particulier à l'insertion, survenant surtout chez les coureurs, et parfois siège de douleur. Les calcifications intratendineuses sont de signification moins univoque (dégénérescence, traumatismes sévères répétés). Enfin la goutte, les maladies de surcharge, peuvent favoriser des dépôts de matériel intratendineux.

Les atteintes dégénératives du tendon d'Achille peuvent aboutir à des lésions fissuraires, conduisant parfois à des ruptures partielles ou complètes. Une activité physique intense occasionnelle, l'âge, la sédentarisation sont des facteurs prédisposants. Le traitement est médical (immobilisation plâtrée en équin) ou chirurgical.

Bursite et maladie de Haglund

Une pathologie de la bourse pré-achilléenne est parfois la cause isolée d'une talalgie postérieure, mais est plus souvent secondaire à une pathologie inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde ou spondylo-arthropathie. Elle est parfois associée à une tendinopathie d'Achille sur traumatisme répété (coureurs). Cliniquement, la douleur postérieure est provoquée par la dorsiflexion du pied.

L'échographie montre une bourse pré-achilléenne distendue, hypoéchogène. Le traitement comporte AINS, repos et parfois injection locale de corticoïdes (en l'absence de tendinopathie d'Achille associée). La bursite rétro-achilléenne survient plutôt chez la femme, liée à une irritation locale de la chaussure, immédiatement en sous-cutané. Une tubérosité postérosupérieure convexe, proéminente du calcanéum, associée à un épaissement du tendon d'Achille à son insertion et à une bursite pré ou rétro-calcanéenne, caractérisent la « maladie » de Haglund. Le traitement est conservateur en première intention, parfois chirurgical en cas d'échec.

2. Talalgies plantaires

La fasciite plantaire ou aponévrosite

La fasciite ou aponévrosite plantaire d'insertion est due, dans sa forme mécanique, à une surcharge mécanique, une tension excessive, entraînant des remaniements inflammatoires de bas grade des tissus autour du fascia. Le contexte de survenue est varié : activités sportives (course, saut), troubles statiques du pied, surcharge pondérale. Dans les pathologies inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathies, goutte), une fasciite est aussi parfois observée.

La clinique est typique avec une douleur mécanique, à la marche, à type de « clou », d'intensité progressivement croissante, pouvant entraîner une boiterie et une impossibilité de monter des escaliers. La pression directe de la partie interne de la face plantaire du calcanéum reproduit la douleur.

Les radiographies peuvent montrer un enthésophyte, ossification triangulaire à base postérieure au niveau de l'insertion de l'aponévrose, qui est inconstant, ne traduit qu'une conséquence du processus pathologique et n'est jamais la cause de la douleur.

L'échographie montre un épaissement du fascia à son insertion sur le tubercule médial du calcanéum, un aspect hypoéchogène et flou des bords du fascia.

Le traitement est médical : orthèses sur mesure ou talonnettes, injection locale de corticoïdes.

La rupture de l'aponévrose plantaire

La rupture de l'aponévrose se produit à la partie postérieure de son insertion. Cette situation est surtout rencontrée chez les sportifs exerçant une flexion plantaire forte et soutenue. L'échographie trouve des signes identiques à ceux de la fasciite, avec parfois épaissement nodulaire et aspect hypoéchogène du fascia. L'évolution se fait vers la fibrose.

3. Talalgies diffuses

Les talalgies diffuses sont un motif de consultation fréquent et nécessitent un examen clinique complet, prenant en compte notamment tous les facteurs favorisants associés et le contexte pathologique global du patient (surmenage professionnel, obésité, artériopathie...)

La douleur est reproduite à l'empaument interne et externe du talon et réalise un syndrome douloureux en couronne.

Après des examens radiographiques et échographiques de référence, un traitement médical (orthèses avec surélévation du talon) est proposé.

Les diagnostics différentiels doivent être systématiquement évoqués (fracture de fatigue du calcanéum, causes métaboliques, inflammatoires).

Les talalgies inflammatoires

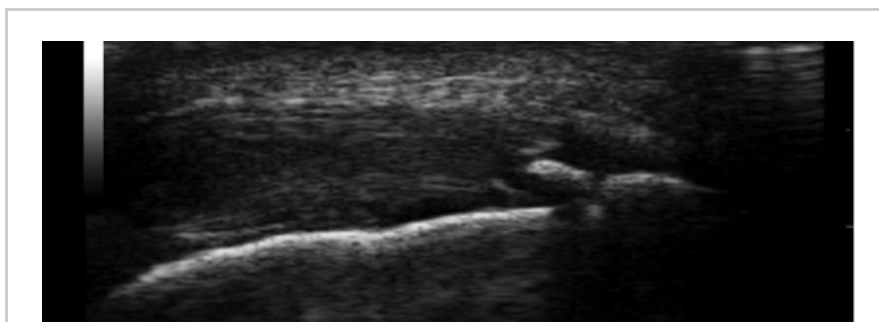
Au cours des rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite, rhumatisme psoriasique), des talalgies peuvent être observées, avec des caractéristiques cliniques variables, une atteinte pluri-enthésitique, une association à une atteinte articulaire. L'échographie et le Doppler détectent les enthésites infracliniques. Le traitement est local et général.

Dr Stéphanie Durieux, rhumatologue, Le Havre

Aspect échographique d'un tendon calcanééen : coupe longitudinale, aspect fibrillaire, à bord régulier.



Coupe longitudinale du tendon calcanééen à son insertion : mise en évidence d'une calcification à l'insertion.



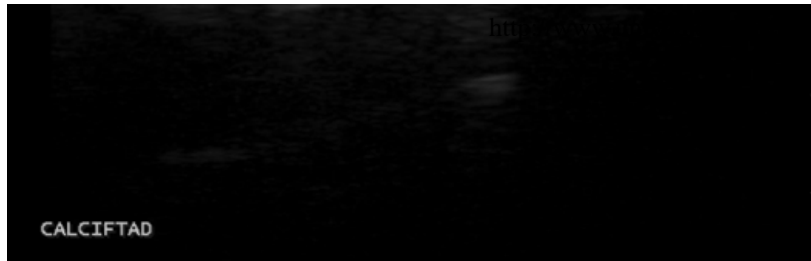
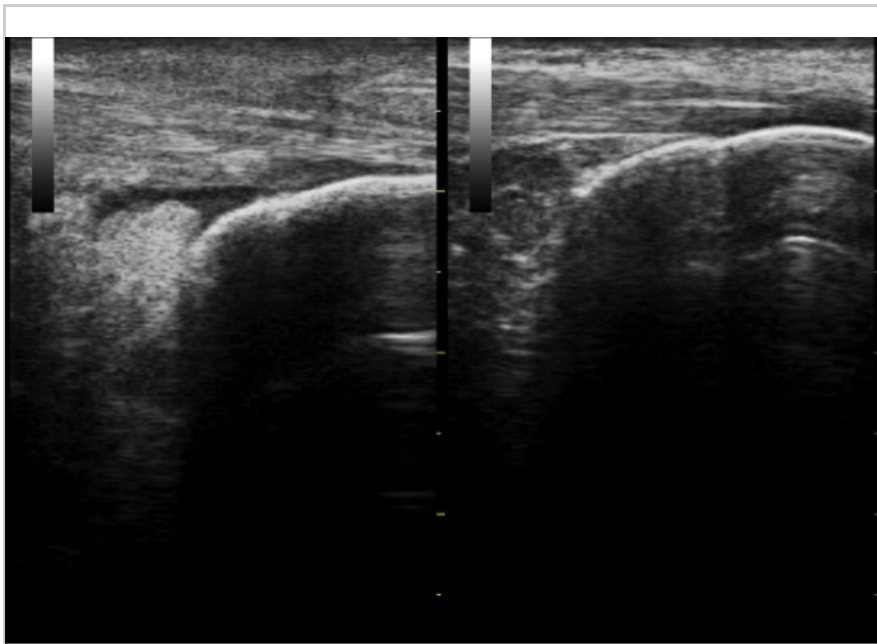


Image comparative : aspect de bursite pré-achilléenne (à gauche) chez une patiente suivie pour une polyarthrite rhumatoïde, avec zone hypoéchogène rétrocalcanéenne, associée à une zone hyperéchogène postérieure (liée à l'hypertrophie synoviale).



2 COMMENTAIRES

Exprimez-vous, Benoit Clouet Dorval

Comuniti



Références

- Buchbinder R. Clinical practice. Plantar fasciitis. N Engl J Med. 2004;350:2159–66.
- Thomas JL et coll. The Diagnosis and treatment of heel pain : a clinical practice guideline- revision 2010. J Foot Ankle Surg 2010 ; 49 : S1-S19.
- Irving DB et coll. Factors associated with chronic plantar heel pain : a systematic review. J Sci Med Sport, 2006 ; 9 : 11-22.

Disclaimer

Copyright © 2014 JIM