

Talalgies en consultation de rhumatologie. A propos de 60 cas

Talalgies en consultation de rhumatologie. A propos de 60 cas

N. AKASBI, L. TAHIRI, T. HARZY

Service de rhumatologie, CHU Hassan II, FES

RESUME

Introduction :

Les talalgies sont un motif fréquent en consultation de rhumatologie. Il y a peu d'études dont le but est de déterminer la fréquence de sa survenue et ses facteurs favorisants.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 1060 consultants en rhumatologie, dont 60 souffraient de talalgies. L'analyse clinique a porté sur les paramètres socio-démographiques de nos patients, les caractéristiques cliniques et radiographiques chez les patients ayant des talalgies.

Résultats :

La fréquence de survenue de la talalgie est de 5,66%, elle est liée au surpoids avec un IMC dépassant 25kg/m², à certaines fonctions nécessitant une position prolongée plus de 10 heures/jour et l'absence de contrefort dans le chaussage.

Conclusion :

En agissant sur ces facteurs de risque retrouvés dans notre série, on peut prévenir les talalgies par contraintes mécaniques. La prise en charge des talalgies inflammatoires rejoint celle de la pathologie en cause

Mots clés : Talalgies, Facteurs de risque, Etiologies

Auteur correspondant :

Nom : Nissrine AKASBI

A
R
T
I
C
L
E

O
R
I
G
I
N
A
L

Talalgies en consultation de rhumatologie. A propos de 60 cas**INTRODUCTION**

Les talalgies sont le deuxième motif de consultation en podologie après les métatarsalgies, elles sont l'expression de pathologies diverses. Elles se définissent par une douleur ressentie au talon et dont l'origine se situe à ce niveau.

Leur diagnostic, guidé avant tout par la clinique, permet d'opposer les talalgies mécaniques, de loin les plus fréquentes, aux talalgies d'origine inflammatoire qu'il faut savoir évoquer.

Nous avons réalisé une étude rétrospective dont le but est de déterminer la fréquence de survenue de la talalgie en consultation de rhumatologie, ses facteurs favorisants et sa distribution étiologique.

PATIENTS ET METHODES

Mille soixante consultants ont été vus au CHU Hassan II, pendant trois ans allant de janvier 2006 au décembre 2008, soixante d'entre eux souffraient de talalgie.

Tous nos patients ont eu un examen clinique des pieds et somatique complet, et une radiographie des talons de profil. L'analyse clinique a porté sur les paramètres suivants : l'âge, le sexe, le poids, la taille, l'indice de masse corporelle (IMC), l'horaire de survenue de la talalgie et son siège, la statique du pied et le type de chaussage.

RESULTATS

La talalgie survient avec une fréquence de 5,66% de l'ensemble des consultations de rhumatologie à Fès. L'âge moyen de nos patients est de 44,58 ans [17, 70 ans]. On note une nette prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,46 (19 hommes / 41 femmes).

La talalgie est de siège inférieur chez 41 patients, postérolatérale chez 8 patients, postérieure chez 8 patients et postéroinférieure chez 3 patients. L'atteinte bilatérale a été notée chez 43 patients, soit 73,3%. La talalgie était d'horaire inflammatoire dans 16 cas et strictement mécanique dans 43 cas. L'analyse de la statique du pied montre que celui-ci était creux 19 fois, et plat 9 fois.

Comme facteurs favorisants : le surpoids avec un indice de masse corporelle dépassant 25 kg/m^2 , qui est retrouvé chez 71,7% des patients majoritairement de sexe féminin (31 patientes), une position debout prolongée de plus de 10 heures par jours retrouvée chez 61,7% des patients, et l'absence de contrefort dans les chaussures dans 41,7%, notamment le port de babouches dans notre contexte.

La radiographie des arrières pieds montre une image normale chez 21 patients, une épine calcanéenne mécanique dans 43,3% des cas, une épine inflammatoire chez 2 patients, une érosion calcanéenne chez 2 patients, un blindage calcanéen chez 5 patients, une calcanéite complexe chez un patient, un cas d'enthésopathie métabolique et un autre cas de tendinopathie d'insertion au tendon d'achille.

Chez 12 patients, la talalgie accompagnait une spondylarthropathie, 8 cas de spondylarthrite ankylosante et 4 cas de spondylarthropathie secondaire aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Chez un patient la talalgie était en rapport avec un syndrome du tunnel tarsien, et révélait une tendinopathie achilléenne goutteuse dans un cas.

DISCUSSION

Les talalgies sont une cause fréquente d'inconfort, elles représentent un problème fréquent en podologie. Sa fréquence est encore imprécise, elle est de 5,66% dans notre série comparée à la fréquence retrouvée selon la série de l'hôpital El ayachi qui est de 1,3% [1]. Les talalgies sont un point commun des rhumatismes du groupe des spondylarthropathies [2]. Deux systèmes de critères de classification ont été développés prenant en compte les talalgies inflammatoires comme critère diagnostique

(AMOR) [3] et (ESSEG) [4]. Quand elles sont bilatérales et accompagnées d'une raideur matinale, peuvent orienter ou être inaugurales d'un rhumatisme inflammatoire chronique, notamment une spondylarthropathie qui serait en cause dans 42% des cas [5]. La radiographie des talons profil peut être normale au début d'évolution, ou montrer une image caractéristique évoluant selon 3 stades : érosion locale (stade I), épine calcanéenne inflammatoire (stade II), aspect cicatriciel (stade III) (fig1) [6]. L'épine peut être associée à d'autres images comme la périostite sous calcanéenne en spicules ou en bandes, l'ulcération rétrocalcanéenne, l'épaississement irrégulier de la grosse tubérosité ou « blindage » postérieur du calcanéum, et à des remaniements de la trame osseuse avec souvent un aspect hérissé du calcanéum. L'association de plusieurs de ces signes constitue une calcanéite complexe hautement évocatrice d'une spondylarthropathie. [7]

Dans notre série, douze patients avaient des talalgies dans le cadre d'une spondylarthropathie.

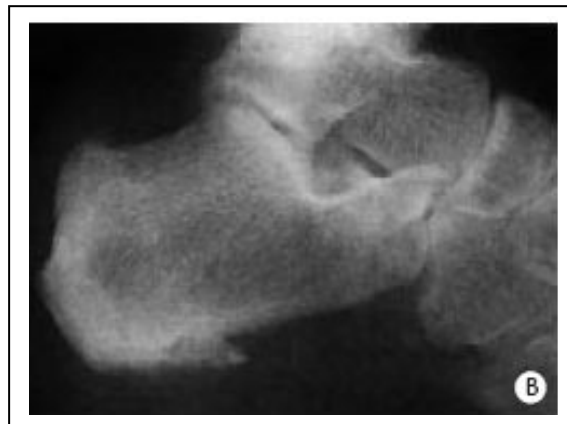


Figure 1 : Calcanéite complexe au cours des spondylarthropathies.

Au cours de la polyarthrite rhumatoïde, les talalgies sont beaucoup plus rares, elles peuvent être en rapport avec une bursite, plus souvent rétrocalcanéenne, ou projetées au talon à partir d'une arthrite de la cheville.

Les talalgies peuvent se rencontrer au cours des maladies métaboliques; une crise aiguë de goutte peut survenir à l'insertion du tendon calcanéen et provoquer tardivement des dépôts microcristallins sur les enthèses calcanéennes postérieures ou plantaires (un cas dans notre série), de même que la chondrocalcinose et le rhumatisme à hydroxyapatite. Chez l'hémodialysé, les calcifications des enthèses s'accompagnent volontiers d'images érosives et de ruptures tendineuses. [6]



Figure 2 : Calcification de l'aponévrose plantaire et enthésopathie métabolique au cours d'une chondrocalcinose.

Talalgies en consultation de rhumatologie. A propos de 60 cas

Une compression nerveuse peut, dans certains cas, être seule responsable de talalgies [8]. Il peut s'agir de la compression du nerf calcanéen médial dans le tunnel tarsien, que nous avons noté dans un cas dans notre série. L'examen recherche une hypoesthésie au niveau de la région antérieure du talon.

Par ailleurs, devant toute talalgie sévère et rebelle aux différentes thérapeutiques, on doit rechercher systématiquement une pathologie osseuse, notamment une fracture par insuffisance osseuse, des lésions tumorales au calcaneus ou une ostéite infectieuse à germes banals ou tuberculeuse. Le diagnostic est orienté par l'imagerie par résonance magnétique. [5]

Dans la majorité des cas, 43 fois sur 60 dans notre série, la talalgie est mécanique dominée par la myoaponévrosite plantaire commune dans 66,7% des cas, elle résulte d'un surmenage fonctionnel favorisé par des défauts architecturaux du pied, que nous avons noté chez 46,4% de nos patients, des sollicitations mécaniques anormalement répétées, des terrains trop durs, des chaussures mal adaptées, et une surcharge pondérale.

Le plus souvent il s'agit d'un pied creux (20 de nos patients) qui s'accompagne d'un raccourcissement du système sur-achilléo-plantaire, d'une hyperpronation du pied à la marche, augmentant les forces de tension sur l'aponévrotique plantaire. [5] Le pied plat peut aussi en être la cause, associé à l'affaissement de la voûte interne du pied augmentant de la même façon l'étreinte des structures plantaires au niveau de leur insertion calcanéenne. [9]

La surcharge pondérale est un facteur favorisant ou aggravant la survenue de la talalgie, d'autant plus qu'il existe un trouble de la statique du pied. 71,7% de nos patients majoritairement des femmes (31 patientes) avaient un surpoids avec un IMC dépassant 25 kg/m². Certaines fonctions nécessitant une position debout prolongée avec un nombre d'heures par jour dépassant 10 heures, comparé au résultat retrouvé dans la série de l'hôpital El Ayachi (plus de 8 heures/j), étaient aussi incriminées. La radiographie standard peut être normale, ou mettre en évidence une enthésopathie sous calcanéenne d'allure mécanique, homogène, bien limitée, sans érosion osseuse associée, elle n'est pas la cause de la maladie, mais la conséquence des lésions tissulaires.

(Fig : 3)

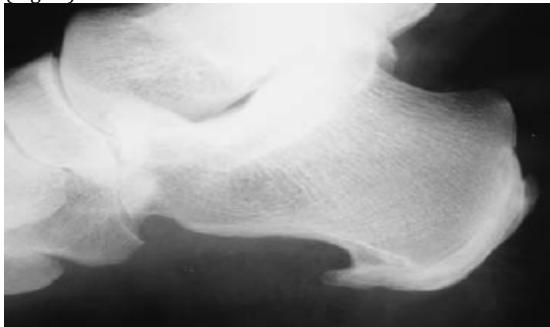


Figure 3 : Epine calcanéenne mécanique

CONCLUSION

Les talalgies sont une cause fréquente d'inconfort. Elles peuvent être dues à une enthésopathie mécanique ou inflammatoire, à une bursite, à une compression nerveuse, à une atteinte osseuse ou des tissus mous. C'est un outil diagnostique à l'origine de plusieurs pathologies nécessitant une conduite à tenir rigoureuse.

Un bilan radiologique permet de reconnaître facilement les lésions osseuses à l'origine des talalgies et permet d'éliminer l'origine traumatique.

Si la talalgie plantaire commune par myoaponévrosite plantaire est l'éventualité la plus fréquente, elle ne doit être affirmée qu'après élimination des autres étiologies possibles.

REFERENCES

- 1- Selma El Hassani, Sawsan Mahfoud Filali, Radouane Niamane, Najia Hajjaj-Hassouni Talalgies en consultation rhumatologique. À propos de 100 cas
Revue de Rhumatisme 2002 ; 69 : 334-5
- 2- Olivieri I, Barozzi L, Padula A. Enthesiopathy: clinical manifestations, imaging and treatment. *Baillieres Clin Rheumatol* 1998;12:665-81.
- 3- Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Critères diagnostiques des spondylarthropathies.
Rev Rhum Mal Osteoartic 1990; 57:85-9.
- 4- Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al.
The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy.
Arthritis Rheum 1991;34:1218-27.
- 5- J. Damiano Talalgies
Emc 2007, 14-116-A-10
- 6- F Eulry Pied des spondylarthropathies
Emc 1999, 27-080-A-15
- 7- D'Agostino MA, Breban M. Besoin d'imagerie dans le diagnostic et le suivi des spondylarthropathies. In: Bard H, Cotten A, Rodineau J, Saillant G, Railhac JJ, editors. *Tendons et enthuses*. Montpellier: Sauramps Médical; 2003. p. 123-7.
- 8- Guaydier-Souquières G. Syndromes canaux. In: Bouysset M, editor.
Pathologie ostéoarticulaire de la cheville et du pied.
Paris: Springer-Verlag; 2004. p. 347-57.
- 9- Guaydier Souquières G. Talalgies plantaires d'origine mécanique.
In : Bouysset M, Ed. Le pied en rhumatologie. Paris : Springer ; 1998. p. 275-83.