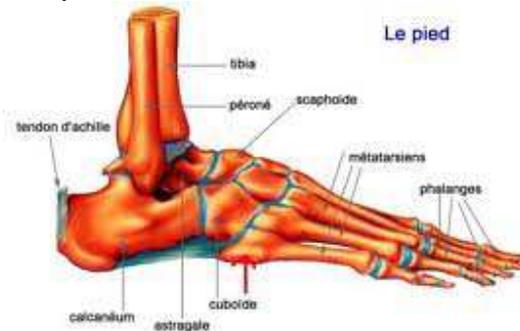


Les douleurs chroniques au pied ayant une origine neuromusculosquelettique

Par **Dr Guy Hains**, chiropraticien et **Dre Anne-Marie Lamy**, chiropraticienne



Voilà un domaine extrêmement intéressant pour le chiropraticien. La prévalence de la douleur au pied dans une étude de 3,206 personnes prises au hasard, et âgées de plus de 18 ans, a été de 17.4 %.¹ Il est facile d'imaginer la grande quantité de nos patients souffrant de tels maux. On pourrait dire laissons ces problèmes à d'autres spécialistes, mais malgré les orthèses et les injections de cortisones, plusieurs de nos patients souffrent de douleurs au pied. D'autant plus que selon Pack² pratiquement tous les pieds ont des imperfections biomécaniques mais ce n'est pas tous les pieds qui font mal. Aussi pour ce qui est des oignons, une méta-analyse Cochrane³, a trouvé qu'il n'y avait pas d'évidence démontrant l'utilité des orthèses en ce qui a trait à la diminution de la déformation ou de la douleur. L'auteur du présent article est l'investigateur principal dans une recherche randomisée sur les douleurs au pied traité par pressions ischémiques et par mobilisations, elle se terminera en 2012.

Hallus valgus, hallus rigidus, oignons

La prévalence des oignons est de 23% chez les adultes de 18 à 65ans et de 35.7% chez les gens au-dessus de 65 ans⁴.

Le premier métatarse (gros orteil) supporte une charge verticale deux fois plus grande que chacun des 4 autres⁵. Il n'est donc pas surprenant que des maux à ce site soient si fréquents.

Il est possible d'éliminer toute douleur en combinant de la façon suivante mobilisations et pressions ischémiques. Premièrement, le patient en supination, le praticien force la flexion et après l'extension du gros orteil impliqué. La plupart du temps c'est la flexion (flexion plantaire) qui est très douloureuse. Une bonne façon de mobiliser l'articulation métatarso-phalangienne, c'est qu'une fois que le patient est en supination, sa jambe est pliée dans un angle de 90 degrés et la face extérieure du pied est appuyée sur la table. Un contact avec les 2 pouces (un sur l'autre) est pris sur la partie postérieure de l'articulation métatarso-phalangienne et le praticien force la flexion plantaire du gros orteil. Ce traitement d'une durée de 8 secondes doit être ferme statique et douloureux tout en étant endurable. Comme il peut être très douloureux, le praticien doit être très délicat

au début des traitements. Chaque mobilisation élimine une partie de l'irritation, normalement le patient ressent une amélioration évidente en-deçà de 6 traitements. Le travail est complété lorsque l'articulation métatarso-phalangienne peut être mobilisé dans toute les directions sans provoquer de mal. La flexion plantaire est habituellement la direction la plus douloureuse mais parfois il y a aussi une hyper sensibilité lorsque l'on force l'extension ou la flexion latérale extérieure. S'il y a lieu, le traitement de 8 secondes sera appliqué dans chacune des directions où une douleur est provoquée. Il existe une autre façon de traiter l'oignon, c'est d'appliquer une pression ischémique sur la partie postérieure de l'articulation. Dans ce cas, le patient est debout avec la partie antérieure du pied à plat sur la table et le praticien applique verticalement la pression sur le métatarse du gros orteil. Les deux méthodes peuvent être utilisées concurremment. De 10 à 15 traitements peuvent être nécessaire pour éliminer l'irritation.

La fasciite plantaire

La cause de la fasciite plantaire est un ensemble de micro-traumatismes et le surménage. Ce malaise est localisé au point d'attachement du fascia plantaire au niveau intérieur-inférieur du calcaneus pour une fasciite plantaire proximale. Une pression ferme à ce point précis mettra en évidence une hypersensibilité. Le symptôme le plus commun est une douleur au point précité lorsque le patient entame le premier pas et le mal s'amointri après quelques pas. Une douleur au centre du fascia suggère une fasciite plantaire distale de beaucoup moins fréquente^{6,7}.

En français on parle souvent du syndrome de l'épine de Lenoir. Je n'ai jamais vu cette terminologie dans la littérature scientifique anglaise, Les dépôts de calcium au haut du fascia sont présents dans environ 20% de la population en général et de 50% chez ceux qui sont symptomatiques. Ce dépôt n'a donc aucune valeur diagnostique⁷.

Le traitement peut être donné de deux façons : Premièrement le patient en pronation, une pression forte, statique, douloureuse mais endurable de 8 secondes est appliquée au haut du fascia (fasciite proximale) ou au milieu du fascia (fasciite distale). En second lieu, des pressions identiques peuvent en plus être appliquées sur les mêmes sites, mais cette fois, le patient est en supination, son genou est plié avec l'extérieur du pied à plat sur la table. Ces deux méthodes peuvent être appliquées concurremment.

Ce traitement est très efficace, normalement une amélioration évidente est ressentie en deçà de 6 traitements et habituellement l'irritation est éliminée en-deçà de 10 à 15 traitements et on parle de problèmes chroniques. Il peut être utile d'éliminer les points gâchettes localisés au mollet, au tendon d'Achille et au muscle tibialis. Le patient peut s'aider en utilisant une balle de golf. Plaçant la balle exactement au site douloureux, tout en étant debout, il appuie de tout son poids sur cette balle pendant une minute. La pression doit être douloureuse quoiqu'endurable et répétée une fois par jour.

Les points gâchettes au tendon d'Achille

Ces PGs peuvent se localiser le long du tendon d'Achille ou aux points d'attachements de ce tendon au haut du calcaneus (médial et latéral). La meilleure façon pour trouver la source du mal c'est d'examiner attentivement la région pointée par le patient comme étant la source de son mal. Le patient en pronation, une pression ferme sur chaque centimètre carré du tendon d'Achille mettra en évidence les points gâchettes. Ceux-ci étant hypersensibles, le patient tentera de s'éloigner de la pression, c'est le « jump sign ». Ce signe confirme, avec la tension inhabituelle palpable par le thérapeute, que celui-ci est sur un point gâchette.

L'examen et le traitement de 8 secondes doivent être très délicats au début du traitement tout en augmentant la pression graduellement et en restant dans des limites endurables.

Pour les malaises chroniques, de 10 à 15 traitements peuvent être nécessaires pour éliminer toutes irritabilités.

Les points gâchettes au coussin de gras (fat pad) situés sous le talon

Parfois c'est complètement sous le talon qu'est situés le PG. Pour rejoindre ce point du bout des pouces, la pression doit être très forte, le patient étant soit en pronation ou debout perpendiculaire à la table avec le devant du pied à plat sur la table.

Les métatarsalgies

Elles sont le motif le plus fréquent de consultation en podologie d'adulte⁵.

Le symptôme principal est une sensation de brûlure au coussin situé à la base inférieure des orteils au niveau des 5 têtes métatarsiennes. Cette région est limitée par les articulations tarso-métatarsiennes (proximal) et métatarso-phalangiennes (distal). Lorsque l'on parle de métatarsalgies, habituellement cela exclue l'articulation à la base du gros orteil et les conditions telles que hallus valgus et hallus rigidus⁸.

Pour le traitement, le patient en supination, le thérapeute agrippe les 4 derniers orteils d'une main, l'autre main par-dessus la première, et force l'extension de ces orteils. Ce traitement par mobilisation peut être très douloureux au début c'est pourquoi il faut être très délicat et attentif au patient. Une fois les 4 orteils extensionnés au maximum et si ce mouvement produit de la douleur, ce contact statique sera maintenu au maximum endurable pendant 8 secondes

Pour une 2^{ième} approche, le patient est debout avec le dessus du pied à plat sur la table. Des pressions ischémiques de 8 secondes sont appliquées verticalement sur chacun des points gâchettes trouvés sur les métatarses y compris celui du gros orteil. Normalement il n'y a pas plus que 2 ou 3 points gâchettes au total. Parfois, une pression verticale (avec le pied en supination), sur la partie distale des métatarses à la base des orteils mettra en évidence une hypersensitivité, une pression verticale éliminera graduellement ces irritations. Le mal peut être situé à

la base d'une au de deux orteils, le fait de forcer l'extension de celles-ci peut provoquer une douleur intense, dans ce cas le traitement consistera à forcer l'extension de ces orteils pour une période de huit secondes répété à chacune des visites jusqu'à l'élimination de l'hypersensibilité. Normalement une amélioration évidente est ressentie en-deçà de 6 traitements et de 8 à 15 peuvent s'avérer nécessaire pour éliminer toute sensibilité.

Malaise au cou du pied

Le symptôme principal associé à ce malaise est une restriction dans le mouvement normal de l'articulation tibio-astragaliennne (talo-tibial). Cette restriction se fait surtout sentir en marchant. Lors de l'examen le patient est en supination, le thérapeute applique une pression ferme des deux pouces (un sur l'autre) tout le long de l'articulation. Ces pressions mettront en évidence un ou 2 points gâchettes. Une pression ferme et statique de 8 secondes sur chacun, éliminera la plupart du temps en 7 ou 8 traitements toutes irritations et restrictions.

Les crampes aux mollets et aux pieds ayant une origine myofasciale

La cause habituelle de ces crampes c'est la présence de points gâchettes principalement localisés le long des corps du gastrocnemius et le long du solus. Ces irritations myofasciales ont pour origine, la plupart du temps, le surmenage. Comme cet individu qui décide d'installer un plancher de bois franc et qui pendant trois jours travaille accroupi. Ces irritations s'ils ne sont pas corrigées peuvent, pendant des années, provoquer des crampes quotidiennes aux mollets, aux pieds et même des brûlements chroniques aux pieds. Le traitement consistera en des pressions du bout des pouces de 2 à 3 secondes tout le long des muscles impliqués (à tous les 2 à 3 centimètres); du fait qu'il y a beaucoup de points à traiter la durée de chacune des pressions est moindre (deux à trois secondes) car il y a une limite au mal que peut endurer le patient. Il est préférable d'augmenter le nombre de traitements que de faire trop mal au patient. Celui-ci est près à endurer un mal raisonnable, d'autant plus qu'il peut facilement comprendre la relation en l'hypersensibilité des points gâchettes et son problème. Ce traitement est très efficace, la plupart du temps une diminution des symptômes est ressentie en-deçà de 5 ou 6 traitements. De 10 à 15 traitements peuvent être nécessaire pour éliminer toute irritation. Nous avons tous de ces PGs aux mollets, c'est passé un certain seuil d'irritation que les symptômes apparaissent.

Pourquoi les crampes sont-elles plus fréquentes la nuit? Dans les muscles squelettiques, la circulation est extrêmement variable et est liée au niveau d'activité. Au repos, seulement 25% des capillaires sont ouvertes⁹. Avec de l'exercice, la circulation peut être multipliée par 10, à ce moment toutes les

capillaires sont ouvertes⁹. Il est reconnu que les points gâchettes provoquent une contraction partielle et continue des fibres musculaires impliquées¹⁰. Dans le cas présent, les muscles du mollet ont besoin d'un surplus de sucre et d'oxygène. Toutefois, durant la nuit, ces muscles étant au repos la circulation est alors beaucoup moindre. Il y a manque de sucre et d'oxygène résultant en la production d'acide lactique qui augmente la contraction musculaire jusqu'à faire cramper entièrement les muscles du mollet. Au moment où la crampe survient, l'individu se lève précipitamment activant la circulation, ce qui élimine l'acide lactique et permet au muscle de relaxer partiellement. Ce phénomène peut se répéter nuit après nuit.

Cette explication à ma connaissance, est originale, elle s'applique aussi aux malaises au bas du dos qui souvent sont accentués le matin et au syndrome du tunnel carpien¹¹.

Chez certains patients il y a plus qu'un problème au pied, dans ce cas, tous les malaises sont traités à chacune des visites. Contre les douleurs au pied, les mobilisations et les pressions ischémiques peuvent être les seuls traitements utilisés. Normalement les irritations sont éliminées rapidement et des traitements au besoin garderont la région asymptomatique.

Références :

- 1- Hill CL, Gill TK, Menz BM. Prevalence of foot pain in a population-based study: the North West Adelaide health study. *J Foot Ankle Res* 2008; 1:2.
- 2- Pack LG, Julien PH. Differential Diagnosis of Lesser Metatarsalgia. *Clin Podiatr Med and Surg* 1990. Vol 7, No 4.
- 3- Ferrari J, Higgins JPT, Prior TD. Interventions for treating hallus valgus and bunion. *The Cochrane Library* 2007, Issue 4.
- 4- Nix S, Smith M, Vincenzino B. Prevalence of hallus valgus in the general population: a systematic review and meta-analysis. *J Foot Ankle Res*. 2010; 3: 21.
- 5- Eulry Fr. Métatarsalgie statique, *La Revue du Praticien (Paris)* 1997 : 47.
- 6- Gill LH. Plantar Fasciitis : Diagnosis and Conservative Management. *J Am Ac Orthop Surgeons* 1997. Vol 5, No2 March-April.
- 7- Shapiro SL. Heel pain management starts with correct differential diagnosis. *Biomechanics*, 8-Quirk Ronald. Metatarsalgia. *Aust Fam Physicians* 1996. Vol 25, No6.
- 9- Marieb EN. *Essentials of human anatomy and physiology*. 2nd ed. 1988, Menlo Park, Calif; Don Mills, Ont: Benjamin/Comings Pub. Co. xii, 417.
- 10- Simons DG. Review of enigmatic MTrPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction. *J Electromyography Kinesiol*. 2004; 14: 95-107.
- 11- Hains G, Descarreaux M, Lamy AM, Hains F. A randomized controlled (intervention) trial of ischemic compression therapy for carpal tunnel syndrome. *J Can chiropr Assoc* 2010;

Guy Hains DC
Anne-Marie Lamy DC