

La fracture de fatigue du deuxième rayon dans les sports multidirectionnels

Fabien SUYKERBUYCK
Podologue du Sport

U.D.E.P
Unité de Développement En Podologie
39 rue de Bellefond
75009 paris
Tél: 01 42 80 31 35

Site web : <http://www.udep-bellefond.com>
Email : udep@wanadoo.fr

INTRODUCTION

Les sports multidirectionnels, de part les courses, les sauts, les déplacements, les changements de rythmes, les réceptions, malmènent l'avant pied et engendrent notamment une pathologie d'adaptation de l'os à l'effort où l'os sain ne peut subir les contraintes répétitives et intenses : c'est la Fracture de Fatigue.

ETIOLOGIE ET SIEGE

Cette fragilisation osseuse locale résulte donc d'une intensité d'effort physique, d'une activité sur sol dur exagérée, d'un surmenage fonctionnel, conditionnant des microtraumatismes répétitifs ne pouvant être tolérés par l'os sain engendrant de ce fait des microfissures histologiques provoquant cette fracture de fatigue.

La localisation la plus fréquente est le deuxième métatarsien et plus précisément sa diaphyse.

Les causes de cette localisation sont notamment directement liées au :

- * manque de mobilité du deuxième métatarsien pris en tenon entre les cunéiformes
- * l'insuffisance d'appui du premier métatarsien,

toutes les causes d'insuffisance d'appui du premier rayon sont des causes de reports de charges sur le deuxième,

- la brièveté géométrique ou le premier métatarsien ne respecte plus l'alignement harmonieux des autres têtes, par exemple dans le métatarsus varus...
- la brièveté anatomique
- le pied valgus global
- l'hypermobilité du premier rayon
- le pied creux ou la verticalisation métatarsienne augmentant l'angle meta-sol
- la griffe du deuxième orteil qu'elle soit acquise ou congénitale (col de cygne).

* Mais aussi avec une certaine prédominance chez les sportifs de race noire (où en dehors de la carence vitaminée (B1)), leur pied plat ethnique explique cette localisation puisque la poutre élastique ostéo-musculaire ne joue plus son rôle.

ASPECT CLINIQUE

C'est une douleur mécanique qui augmente à l'effort, cède au repos, pour devenir invalidante et créer une impotence fonctionnelle entraînant l'arrêt sportif.

La douleur est présente lors de la pression loco-dolenti. Un léger œdème peut apparaître au dos du pied plus tardivement. La douleur peut également être déclenchée à la percussion.

EXAMENS

- Radio : précocement aucun signe, plus tardivement montre des signes d'appositions périostées
- Scintigraphie : montre une hyperfixation au niveau de la zone douloureuse
- RMN montre une image en T1 précocement

DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL

- Métatarsalgie Mécanique
- Capsulite
- Névrome plantaire
- Bursite Inter-Métatarsienne
- Séquelle d'Epiphysite (Freiberg)
- Algoneurodistrophie

CONDUITE THERAPEUTIQUE

- Repos : deux semaines avec marche sans appui ou appui partiel (talon) aidé de cannes anglaises.
- Mise sous assistance fonctionnelle par orthèse plantaire moulée, en matériaux composites de forte densité, de manière à porter le pied et mieux répartir les pesées, tout en déchargeant la zone lésée.
- Ce pied appareillé doit subir l'orthèse sans contrainte (et non pas l'inverse) en augmentant sa surface d'appui au sol.

Cette orthèse tiendra bien entendu compte des troubles stato-dynamiques préalablement étudiés cliniquement, mesurés et quantifiés à l'aide de la podométrie électronique.