

La périostite tibiale et la podologie

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

DEFINITION

Cette affection de surmenage fonctionnel myo-téno-ostéo-périosté touche avec prédilection le sportif, notamment dans les sports de courses à pied où elle représente environ 10% des blessures. Ce syndrome douloureux inflammatoire est ressenti au tiers moyen-tiers inférieur du tibia, de façon bilatérale dans 50% des cas.

ETIOLOGIE

Bien que la physiopathologie soit encore discutée par certains, il n'en reste pas moins vrai que l'hypersollicitation des muscles de la loge postérieure de la jambe notamment le jambier postérieur (tibial postérieur) et/ou le soléaire avec leurs insertions péronéo-tibiales et membranaires sont des facteurs favorisant voir déclenchant.

Cette sollicitation répétée lors des foulées, des sauts, des réceptions avec un travail musculaire maximum en contraction concentrique lors de la phase de propulsion, et un travail musculaire maximum en contraction excentrique lors de la phase de réception par absorption de l'énergie cinétique crée des phénomènes inflammatoires avec micro fractures périostées.

La périostite rugueuse par friction et micro traumatisme n'est pas abordée dans ce sujet.

Il existe des causes plurifactorielles qui ne doivent pas être occultées.

Causes intrinsèques :

- Pied plat valgus
- Pied valgus,
- Pied creux valgus,
- Genu valgum,
- Genu varum,
- Troubles rotationnels des membres inférieurs,
- Inégalité de longueur des membres inférieurs,
- Hypoextensibilité tricipitale,
- Facteurs biologiques : hypercholestérolémie, hyperuricémie...

- Facteurs alimentaires : déshydratation

Causes extrinsèques :

- Chaussures inadaptées à la morphologie du pied, trop usées...
- Changement du type d'entraînement, en reprise ou en fin de saison, par une modification d'intensité ou de fréquence,
- Type de surfaces utilisées (dures, bombées...)

LES SIGNES

Sur un plan fonctionnel

La douleur vécue par le sportif est de genèse progressive, mécanique, diminuant avec le repos et réapparaissant à l'effort.

Devenant plus qu'une gêne, elle limite la progression et la performance sportive engendrant l'arrêt sportif et motivant la consultation.

Cette douleur est ressentie au tiers moyen ou inférieur du bord interne du tibia.
Sans traitement cette affection devient chronique.

Rappelons que lors d'un marathon on peut avoir 3 foulées par seconde, environ 22 000 foulées, que l'on pèse à chaque foulée environ 3 fois son poids.
(Ex : un homme de 60 kg * 3 = 180 kg 180kg * 22 000 = 3 963 000kg)

Sur un plan clinique

La douleur est retrouvée à la palpation loco dolenti avec quelques signes inflammatoires, sans tuméfaction.

On cherchera à la déclencher en effectuant une contraction résistée des muscles de la loge postérieure de la jambe ainsi que lors du sautiller sur place en unipodal.

Ne passons pas à côté des pathologies de proximité.

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

La fracture de fatigue

Elle peut être présente dans le même type de contexte, mais est plutôt d'apparition brutale et unilatérale, vécue au tiers supérieur ou tiers moyen du tibia.

Une douleur nocturne peut être présente, la radiographie précoce reste muette mais plus tardivement montre une apposition périotée fusiforme.

La scintigraphie osseuse montre une hyperfixation au temps angiographique et tissulaire correspondant à l'hyperhémie.

Le syndrome de loge

La douleur est ressentie à l'effort, d'apparition progressive à type de striction, cédant au repos, plutôt bilatérale.

La clinique seule doit permettre d'en faire le diagnostic.

L'examen complémentaire de choix n'est pas la radiographie ou la scintigraphie mais la prise de pression de la loge musculaire à l'aide d'une aiguille intra musculaire reliée à un enregistreur de pression électronique miniaturisé. On mesure cette pression au repos, puis après l'effort, ainsi que le temps nécessaire au retour d'une pression normale.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La radiographie

Elle élimine d'autres pathologies osseuses mais montre que rarement une apposition périostée. Elle est bien souvent normale. Les clichés à demander sont des clichés de face, de profil, de 3/4.

La scintigraphie osseuse

Elle peut être normale ou montrer tardivement une hyperfixation linéaire.

RADIOGRAPHIE SCINTIGRAPHIE

Périostite Apposition périostée rare Hyper fixation linéaire (tardive)

Fracture de fatigue Apposition périostée (tardive) Hyper fixation (précoce)

TRAITEMENTS

- Repos sportif,
- Physiothérapie (ultrasons)
- Application locale de froid de façon biquotidienne,
- Anti-inflammatoires,
- Modification de certaines causes extrinsèques (entraînement, mode de chaussage...)
- L'orthèse plantaire : réside en la réalisation d'une orthèse thermomoulée où sont intégrées les corrections des différents paramètres causatifs.

Cette orthèse sera confectionnée dans des matériaux où les dysfonctionnements dynamiques notamment d'excès d'éversion seront corrigés. L'orthèse l'emportera sur les forces internes développées lors de la pratique du sport. Tout en sachant que les éléments sous capitaux ont un rôle primordial aux vues du temps passé pendant la dynamique de course.