

Le podologue et l'arthrose de la talo crurale

Auteurs : A. NABERES (EFOM Boris Dolto Paris)

Le podologue et l'arthrose de la talo crurale

L'arthrose de la talo crurale est essentiellement secondaire à des traumatismes : fractures bi malléolaires, fractures de l'extrémité inférieure du tibia, fracture du talus. Les lésions de l'articulation sous talaire et leurs arthroses secondaires peuvent venir majorer le processus pathologique. Le podologue va pouvoir intervenir essentiellement de façon préventive dans les arthroses secondaires. Les orthèses pourront jouer un rôle adjuvant dans les lésions débutantes. La prévention des arthroses primitives relève des conseils d'hygiène de vie de l'articulation.

Nous envisagerons donc les trois volets

1. hygiène articulaire
2. prévention des séquelles de traumatismes
3. appareillage des lésions débutantes

La mobilité de la talo crurale

Il est très fréquent de constater des limitations précoces des amplitudes talo crurales. Cela entraîne un débattement articulaire limité et une surutilisation de la même zone d'appui de l'arc articulaire de la trochlée du talus.

L'hypoextensibilité du triceps (Achille court) est souvent en cause.

On connaît ses répercussions les plus courantes :

- valgus compensateur et insuffisance de la colonne interne déséquilibrent l'avant pied
- tendonopathies achilléenne
- talalgie plantaire commune

La tendance orthétique est souvent de se contenter d'un traitement palliatif : compenser l'hypoextensibilité par une talonnette ou le port d'un talon, rééquilibrer l'avant pied par un sous-capital de la MTP1.

Il nous semble plus efficace à long terme de tenter de conserver la mobilité :

- par des auto-mobilisations articulaires
- par des étirements réguliers de l'Achille court
- chez les femmes, par la variation de la hauteur de talon de 0 à X (X répond au choix de la patiente)

Les séquelles de traumatismes

Les traumatismes sont souvent considérés comme résolus lorsque la reprise de la marche et des activités habituelles sont acquises.

On se soucie rarement de manière précoce des éventuelles répercussions d'un mauvais centrage articulaire si elles n'ont pas d'expression clinique immédiate qui ne puisse être imputée à l'évolution normale de la récupération. Or ces défauts de centrage sont très fréquents.

Il serait donc utile de rechercher les éventuelles désaxations, de tenter de minorer leur caractère péjoratif et de retarder l'apparition des lésions arthrosiques en tentant de réduire les contraintes par le port d'orthèses plantaires.

Ces orthèses sont susceptibles d'agir dans les trois plans : sagittal, frontal, horizontal. Elles peuvent réduire la labilité transversale, limiter les rotations associées, antérioriser ou postérioriser la ligne de charge.

L'arthrose débutante

Les lésions arthrosiques débutantes sont moins accessibles au traitement orthétique qui aura surtout un rôle adjuvant :

amortissement de l'impact du talon,

stabilisation transversale des désaxations en valgus ou en varus

modification dans le plan sagittal de l'appui du pilon tibial, particulièrement chez les sujets soumis à un orthostatisme professionnel important.

En conclusion, il nous semble nécessaire d'envisager de manière systématique l'éventuelle nécessité du port d'une orthèse plantaire après un traumatisme du tarse postérieur ou de l'extrémité inférieure de la jambe.