

# La talalgie une épine au talon !

2

*Martin Lamontagne*

**M. Lenoir vient vous consulter pour une douleur talonnière droite qui l'incommode depuis quelques semaines lorsqu'il marche. Comme il n'a pu obtenir de rendez-vous avec vous rapidement, il est allé voir un chiropraticien qui lui a fait une radiographie et lui a parlé d'une épine au niveau du talon. Il est inquiet et vous demande de l'aider en vue de sa saison de golf qui commence bientôt. Que ferez-vous ?**

**L**ES DOULEURS À LA FACE PLANTAIRE du talon sont fréquentes. Environ 10 % des gens en souffriront au cours de leur vie<sup>4,9</sup>. Bien que la plupart soient bénignes et se résolvent spontanément, certaines se chronicisent et sont invalidantes. Les causes en sont multiples. L'approche clinique doit donc permettre de poser un diagnostic précis, de mettre en évidence les facteurs contributifs et d'instaurer un traitement ciblé. Dans le présent article, nous reverrons sommairement l'anatomie (figure 1) et la physiologie de cette région du pied. Par la suite, nous aborderons l'évaluation clinique et le diagnostic différentiel d'une talalgie. Enfin, nous discuterons des examens paracliniques à demander et du plan de traitement à instaurer en fonction du diagnostic.

## **Le talon : de quoi parle-t-on au juste ?**

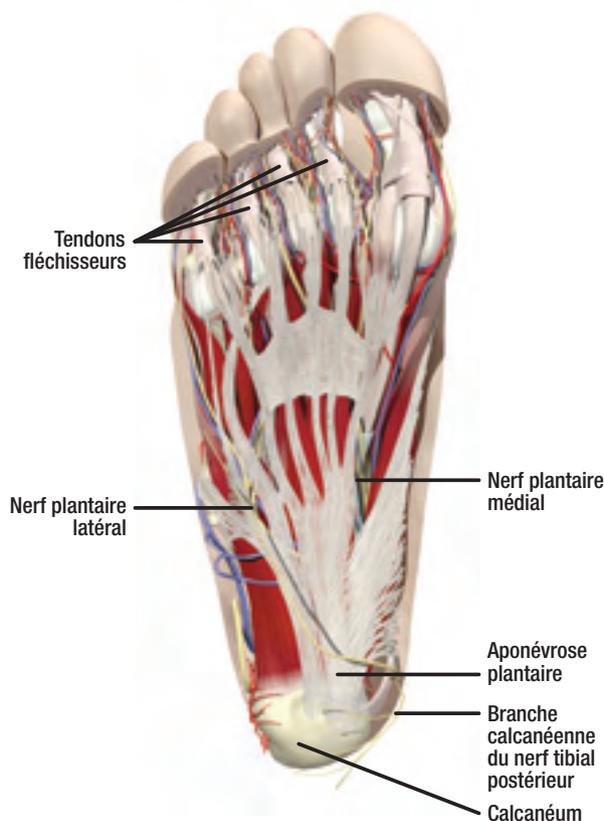
### *Physiologie*

Les tissus mous du talon servent à amortir le poids du corps<sup>6</sup>. Le talon peut ainsi absorber jusqu'à 110 % du poids à la marche et 200 % à la course<sup>4,9</sup>. L'aponévrose plantaire proximale se distend sous le poids du corps au moment de l'appui et est mise en traction à la dorsiflexion des orteils<sup>2</sup>.

*Le Dr Martin Lamontagne, physiatre, exerce au Service de physiatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-Montréal et à la Clinique de médecine du sport du CHUM et de l'Université de Montréal. Il pratique également en cabinet privé à la Clinique de physiatrie et de médecine du sport de Montréal.*

**Figure 1**

### **Anatomie du pied**



©Primal Pictures Ltd. [www.primalpictures.com](http://www.primalpictures.com). Reproduction autorisée.

## **La talalgie : quelle structure est en cause et comment la trouver ?**

### **Quelles sont les causes les plus fréquentes de talalgie ?**

Les douleurs dans la région sous-talonnière peuvent

## Tableau I

### Diagnostic différentiel d'une talalgie<sup>4,6,9,12</sup>

#### Affections des tissus mous

- Aponévropathie plantaire proximale
- Rupture de l'aponévrose plantaire
- Atrophie du coussinet adipeux
- Tendinopathie du long fléchisseur de l'hallux
- Point gâchette dans le gastrocnémien médial

#### Affections osseuses ou articulaires

- Fracture de stress du calcaneum
- Tumeur osseuse du calcaneum
- Kyste intraosseux du calcaneum
- Ostéome ostéoïde du calcaneum
- Ostéite calcanéenne
- Arthropathie subtalaire

#### Affections rhumatismales

- Spondylarthropathies séronégatives (maladie de Reiter, spondylite ankylosante, maladie entérique, psoriasis)
- Polyarthrite rhumatoïde

#### Affections neurologiques

- Syndrome du canal tarsien
- Neuropathie de la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur : compression de la 1<sup>re</sup> branche du nerf plantaire latéral
- Radiculopathie S1

être attribuables à plusieurs structures et à différentes affections (*tableau I*). La cause mécanique est la plus fréquente, l'atteinte dégénérative<sup>6,9,10</sup> de l'aponévrose plantaire (aponévropathie plantaire) ou l'atteinte traumatique (rupture de l'aponévrose)<sup>9</sup> constituant le diagnostic à envisager en premier. Parfois, une lésion des parties molles situées sous le talon (atrophie du coussinet adipeux, hyperkératose, verrue plantaire, etc.) peut être responsable de la douleur<sup>2</sup>. Les lésions osseuses sont également possibles, notamment la fracture de stress du calcaneum<sup>2,9</sup>. Bien que rares, les lésions kystiques, tumorales ou infectieuses au niveau du calcaneum sont également bien décrites dans la littérature. Les lésions nerveuses peuvent parfois ressembler à une aponévropathie plantaire, que ce soit une radiculopathie à topographie S1 tronquée, une atteinte du nerf tibial postérieur dans son passage dans le canal tarsien ou une neuropathie de sa branche calcanéenne<sup>9</sup>.

La talalgie peut également constituer la manifestation initiale de maladies rhumatismales telles que les spondylarthropathies séronégatives avec phénomènes d'enthésopathie au niveau du calcaneum ou dans le cadre de leur évolution.

### Quels sont les éléments cliniques qui permettent d'orienter le diagnostic ?

À l'anamnèse, il faut bien définir la douleur, soit les circonstances dans lesquelles elle est apparue initialement, sa topographie et les facteurs aggravants ou atténuants. On cherchera également les symptômes associés (*tableau II*). Déjà, à cette étape, nous devrions avoir une bonne idée du diagnostic présumé.

L'examen commence par une inspection. Tout d'abord, l'alignement des membres inférieurs est analysé à la recherche de troubles de la rotation (torsion tibiale latérale, antéversion fémorale) ou d'anomalies dans le plan frontal (*genu varum* ou *valgum*). La démarche est également observée à la recherche d'une boiterie ou d'une diminution de l'appui talonnier, évoquant alors une cause mécanique. Les troubles morphologiques de l'arrière-pied sont aussi évalués à la marche. L'empreinte plantaire est examinée sur le podoscope. La présence d'un pied creux ou d'un pied plat prédispose à l'aponévropathie plantaire, tout comme une hyperpronation de l'arrière-pied (*tableau III*)<sup>2,6,7,10</sup>.

L'inspection locale permet de rechercher un gonflement de part et d'autre du calcaneum (évoquant une fracture de stress) ou une ecchymose sous-talonnaire évoquant fortement une rupture traumatique de l'aponévrose plantaire<sup>4</sup>. Une hyperkératose peut être présente, indiquant généralement un hyperappui à ce niveau. Toute lésion cutanée doit aussi être notée.

La mobilité articulaire de la cheville est mesurée. L'amplitude normale de la dorsiflexion est de 20 degrés, celle de la plantiflexion, de 50 degrés. Une diminution de la dorsiflexion de la cheville peut être un signe de rétraction du triceps sural, facteur de risque d'aponévropathie plantaire<sup>10</sup>.

Par la suite, on cherche à reproduire une douleur à la contraction isométrique du long fléchisseur de l'hallux en effectuant une flexion contrariée de l'articulation interphalangienne du gros orteil, ce qui pourrait témoigner d'une tendinopathie ou d'une ténosynovite à ce niveau<sup>4</sup>. Une douleur à l'étirement de l'aponévrose plantaire, soit en dorsiflexion de la che-

**Tableau II**
**Causes fréquentes et caractéristiques des talalgies**

	<b>Aponévropathie plantaire</b>	<b>Rupture de l'aponévrose</b>	<b>Fracture de stress du calcaneum</b>	<b>Atteinte neurologique</b>	<b>Spondylarthropathie séronégative (enthésopathie)</b>
<b>Circonstances de la survenue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Surmenage sportif</li> <li>☉ Marche + + +</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Traumatisme en dorsiflexion de la cheville et extension des orteils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Sport avec course et impact</li> <li>☉ Ostéoporose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Cause micro-traumatique ou apparition progressive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Apparition progressive</li> </ul>
<b>Caractère de la douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Douleur mécanique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Douleur aiguë, invalidante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Douleur mécanique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Brûlures</li> <li>☉ Chocs électriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Douleur inflammatoire</li> </ul>
<b>Topographie de la douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Douleur sous-talonnaire médiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Aponévrose proximale</li> <li>☉ Irradiation possible en distal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Douleur diffuse de part et d'autre du calcaneum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Région rétromalléolaire médiale du talon aux orteils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Douleur sous-talonnaire</li> </ul>
<b>Facteurs aggravants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Premiers pas au lever</li> <li>☉ Position statique prolongée</li> <li>☉ Marche</li> <li>☉ Montée et descente d'escalier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Mise en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Marche</li> <li>☉ Montée et descente d'escalier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Activité (mais douleur persistante au repos)</li> <li>☉ Nuit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Premiers pas au lever</li> <li>☉ Position statique prolongée</li> </ul>
<b>Facteurs atténuants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Repos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Repos</li> <li>☉ Décharge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Repos</li> <li>☉ Décharge</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Activité</li> </ul>
<b>Symptômes associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Aucun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Ecchymose</li> <li>☉ Gonflement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Parfois gonflement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Atteinte S1 à rechercher</li> <li>☉ Parfois paresthésies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Infection</li> <li>☉ Troubles digestifs</li> <li>☉ Problèmes ophtalmiques et cutanés</li> </ul>

ville et en extension des orteils, évoque une affection de cette structure<sup>2,3</sup>.

Devant la possibilité d'une neuropathie compressive, on effectuera l'évaluation sensitive du dermatome du nerf tibial postérieur (*figure 2*) et motrice des muscles tributaires de ce dernier.

La percussion des zones de compression du nerf tibial se fait à l'aide d'un marteau à réflexes à la recherche d'un signe de Tinel. Le déclenchement de décharges électriques à la percussion du canal tarsien (syndrome du canal tarsien) ou de la région médiale du calcaneum (neuropathie de la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur) est grandement évocateur d'une atteinte neurologique isolée ou associée<sup>2,4</sup>.

La palpation complète l'examen. En cas d'aponévropathie plantaire, la douleur principale se situe au niveau du tubercule médian du calcaneum<sup>6,10,12</sup>, bien que l'aponévrose plus distale puisse également être sen-

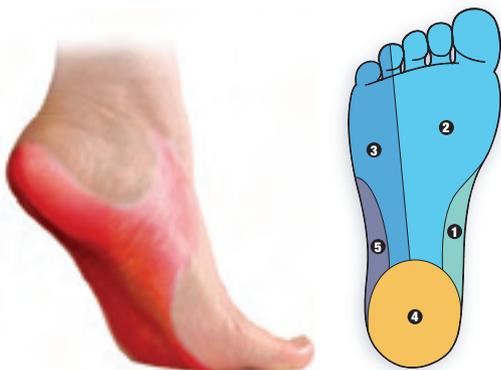
**Tableau III**
**Facteurs de risque d'aponévropathie plantaire<sup>2,6,9</sup>**

- ☉ Rétraction du triceps sural
- ☉ Pied creux ou pied plat
- ☉ Pronation excessive
- ☉ Inégalité de la longueur des membres inférieurs
- ☉ Troubles de la rotation du membre inférieur
  - ☉ Torsion tibiale latérale excessive
  - ☉ Antéversion fémorale excessive
- ☉ Obésité
- ☉ Augmentation de la distance de course ou de marche
- ☉ Changement de la surface de marche ou de course

sible. La douleur se situe plutôt sur les bords latéraux du calcaneum dans le cas d'une fracture de stress. Une façon de l'évaluer est de comprimer latéralement le calcaneum en l'empaumant (*photo 1*)<sup>4,7,9</sup>. L'aponévrose

**Figure 2**

**Territoire d'innervation  
sensitive du nerf tibial postérieur : 2, 3 et 4**



1 : nerf saphène ; 2 : nerf plantaire médial ; 3 : nerf plantaire latéral ; 4 : branche calcanéenne du nerf tibial ; 5 : nerf sural



**Photo 1.** Manœuvre de compression latérale du calcanéum à la recherche d'une fracture de stress

plantaire est également palpée en position d'étirement à la recherche d'une dépression dans le cadre d'un traumatisme<sup>2</sup>.

Tout comme la percussion, la palpation des zones de compression neurologique potentielle peut éveiller une douleur locale ou dans la zone d'innervation du nerf<sup>2</sup>. La palpation du gastrocnémien, surtout médial, provoque souvent une douleur dans le cas d'un syndrome myofascial, le plus souvent secondaire, parfois primaire.

Si l'examen local est plutôt silencieux, on devra alors compléter l'évaluation par un examen des sacroiliaques à la recherche d'une spondylarthropathie<sup>2</sup> ou par un examen de la colonne lombaire et un examen neurologique complet des membres inférieurs à la recherche d'une radiculopathie S1<sup>9</sup>.

### *Quels examens envisager en présence d'une talalgie ?*

Un bilan sanguin est rarement nécessaire, sauf si une atteinte rhumatismale est soupçonnée<sup>2,4,9</sup>.

La radiographie simple demeure l'examen de première intention pour trouver une enthésopathie calcanéenne (épine de Lenoir), une fracture de stress du

calcaneum (la radiographie est normale au début des symptômes) ou une lésion osseuse tumorale ou infectieuse<sup>2,10</sup>. Il importe de mentionner qu'une enthésopathie calcanéenne est présente chez moins de la moitié des patients atteints d'aponévropathie plantaire<sup>9,12</sup> et chez de 15 % à 30 % des gens sans symptômes<sup>6,7</sup>. Cette découverte n'est certes pas la cause des symptômes des patients, mais plutôt le reflet d'une traction importante à ce niveau avec une réaction métaplasique à l'attache de l'aponévrose sur le calcaneum<sup>2</sup>.

Si le tableau clinique est équivoque ou la réponse thérapeutique initiale non favorable, une échographie peut s'avérer un examen fort utile<sup>3,10,12</sup>. Elle permet de bien visualiser l'aponévrose plantaire et de confirmer le diagnostic d'aponévropathie plantaire (aponévrose épaissie et hypoéchogène) ou de rupture. Elle permet aussi d'évaluer le coussinet adipeux, les tendons (notamment le long fléchisseur de l'hallux) et le canal tarsien à la recherche d'une compression extrinsèque ou d'une anomalie intrinsèque du nerf. De plus, elle permet d'effectuer une infiltration échoguidée au pourtour de l'aponévrose plantaire ou au niveau du canal tarsien, le cas échéant. Son utilité est toutefois limitée dans l'évaluation d'une atteinte osseuse, car

**Il importe de mentionner qu'une enthésopathie calcanéenne est présente chez moins de la moitié des patients atteints d'aponévropathie plantaire et chez de 15 % à 30 % des gens sans symptômes.**

*Repère*

Photo : Emmanuèle Garnier



**Photo 2.** Étirement de la chaîne musculotendineuse suraachiléo-canéoplantaire

elle ne permet de voir que le cortex osseux.

La résonance magnétique est également très performante dans l'évaluation de l'ensemble des structures sous-talonniers<sup>9,10</sup>. Quant à la scintigraphie osseuse, elle peut s'avérer utile devant l'hypothèse clinique d'une fracture de stress ou d'une lésion osseuse ou rhumatismale<sup>2,10</sup>.

### **Et maintenant, comment traite-t-on la talalgie?**

Nous allons aborder le traitement des affections les plus fréquentes du talon, en insistant sur l'aponévropathie plantaire.

#### **a) Aponévropathie plantaire<sup>3</sup>**

La première mesure consiste à réduire la sollicitation au niveau de l'aponévrose plantaire<sup>4</sup>. Il s'agit d'un repos relatif où les activités avec mise en charge doivent être réduites<sup>2,6</sup>. La durée de ce repos sera fonction de l'évolution du problème. On peut conseiller au patient l'utilisation d'une talonnette en gel<sup>7</sup>, à porter dans la chaussure, qui permet de réduire les forces en compression sur l'aponévrose et de relâcher quelque peu cette dernière<sup>4</sup>.

L'utilisation d'une orthèse plantaire moulée<sup>2,10</sup>, avec



Photo : Nicolas Creighton

**Photo 3.** Orthèse tibiale de dorsiflexion de la cheville à port nocturne

composante d'absorption, dans le cas d'un pied creux, d'un pied plat ou d'un *valgus* calcanéen permet de diminuer la mise sous tension de l'aponévrose plantaire<sup>6</sup>. L'utilisation de glace, d'analgésiques ou d'anti-inflammatoires comme moyens antalgiques peut s'avérer efficace pour atténuer la douleur<sup>2,6,9</sup>. La physiothérapie peut également soulager les symptômes à l'aide de modalités physiques (Ex. : ultrasons, iontophorèse)<sup>6,12</sup>, de thérapies manuelles (Ex. : mobilisation de l'articulation subtalaire, massages transverses profonds de l'aponévrose), d'exercices (étirement de l'aponévrose plantaire et du triceps sural<sup>9,12</sup>, *photo 2*, et renforcement des muscles intrinsèques du pied)<sup>6</sup>. Le patient se verra enseigner un programme d'exercices qu'il pourra poursuivre à la maison.

Une orthèse tibiale de nuit<sup>6,10,11</sup> (*photo 3*), qui assure le maintien de la cheville en dorsiflexion, entraîne un étirement statique prolongé du triceps sural et de l'aponévrose plantaire. Cette orthèse est particulièrement utile lorsque les patients ressentent des douleurs et des raideurs dès les premiers pas au lever.

Dans les cas réfractaires, l'infiltration de cortisone autour de l'aponévrose peut amener un soulagement considérable<sup>5,6,10-12</sup>. Elle peut être faite sous repère anatomique et, encore mieux, sous échographie, ce qui



**Photo 4.** Orthèse de décharge

permet une plus grande précision du geste et évite toute injection de corticostéroïde dans l'aponévrose. À noter que quelques cas de rupture de l'aponévrose plantaire ont été décrits après ce type d'injection<sup>9,10,12</sup>. Il s'agit d'un bon traitement adjuvant pour maîtriser la douleur, mais qui ne doit pas faire oublier de corriger les facteurs étiologiques biomécaniques, sans quoi le patient s'expose à une récurrence de la douleur dans les semaines ou les mois suivant l'infiltration.

Un traitement plus récent par ondes de choc extracorporelles, qui consiste à percuter l'aponévrose plantaire à l'aide d'un

appareil produisant une énergie piézoélectrique, électromagnétique ou pneumatique, a fait l'objet de nombreux articles au cours des dernières années. Bien que sa réelle efficacité soit controversée, ce traitement peut être envisagé dans les cas réfractaires devant l'échec des modalités thérapeutiques traditionnelles<sup>10,11</sup>.

Exceptionnellement, l'intervention chirurgicale peut constituer une option à considérer et consiste le plus souvent en une aponévrectomie partielle<sup>2,6,9,10</sup>.

L'évolution de cette affection est grandement favorable puisque de 90 % à 95 % des patients ne présentent plus de symptômes environ un an et demi plus tard<sup>3,4,6,7,9</sup>.

#### **b) Fracture de stress du calcaneum<sup>14</sup>**

Le traitement initial d'une fracture de stress du calcaneum est essentiellement la mise en décharge à l'aide de béquilles<sup>4</sup>. L'utilisation d'une orthèse de décharge (photo 4) avec appui au niveau du tendon patellaire peut réduire de façon importante la mise en charge sur le talon et permettre d'éviter le recours aux béquilles. En cours d'évolution, l'orthèse peut être

remplacée par une botte de marche. Enfin, l'emploi d'une talonnette absorbante dans la chaussure est préconisé par la suite.

L'évolution de la fracture de stress du calcaneum est généralement favorable, ce type de fracture étant peu susceptible de se compliquer.

#### **c) Syndrome du canal tarsien<sup>13</sup>**

Un repos relatif est également suggéré dans les cas de syndrome du canal tarsien, puisque la mise en traction répétée sur le nerf au moment de l'appui est un facteur favorisant. L'utilisation d'une orthèse plantaire assurant un soutien de l'arche longitudinale permet d'éviter l'étirement du nerf. Les médicaments contre les douleurs neurogènes peuvent aussi être tentés (amitriptyline, gabapentine, prégabaline). L'infiltration de cortisone dans le canal tarsien peut s'avérer efficace, bien qu'elle doive parfois être répétée. Enfin, dans les rares cas ne répondant pas aux traitements habituels, une neurolyse chirurgicale peut être réalisée<sup>2,4</sup>.

#### **d) Spondylarthropathies séronégatives**

Le traitement des spondylarthropathies est essentiellement celui de la maladie de base, notamment à l'aide d'anti-inflammatoires. Des orthèses plantaires d'absorption et de soutien peuvent également être prescrites.

**C**OMME POUR BIEN d'autres affections de l'appareil locomoteur, une approche clinique adéquate et systématique de la talgalgie permet, dans la majorité des cas, de poser le bon diagnostic et d'instaurer le traitement approprié. L'évolution est favorable la plupart du temps. Parfois, un bilan d'imagerie est nécessaire pour préciser la cause de la douleur talonnière et ainsi réorienter le traitement.

*Vous rassurez M. Lenoir sur son épine talonnière en lui mentionnant qu'elle constituait plutôt une conséquence qu'une cause de ses douleurs. Vous lui prescrivez des orthèses plantaires pour ses pieds plats et le dirigez vers un physiothérapeute. Vous lui suggérez également*

**L'évolution de l'aponévropathie plantaire est grandement favorable puisque de 90 % à 95 % des patients ne présentent plus de symptômes environ un an et demi plus tard.**

Repère

*d'utiliser une voiturette au début de sa saison de golf pour réduire le plus possible les distances de marche, puis vous lui souhaitez un bon été sur le terrain!* 🏌️

**Date de réception :** 15 octobre 2008  
**Date d'acceptation :** 15 décembre 2008

Le Dr Martin Lamontagne n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Williams SK, Brage M. Heel pain – Plantar fasciitis and achilles enthesopathy. *Clin Sports Med* 2004; 23; 1 : 123-44.
2. Bouysset M. *Le pied en rhumatologie*. 1<sup>re</sup> éd. Paris : Springer Verlag ; 1998.
3. Pelletier M, Rodineau J, Berry G et coll. Cheville et pied. Dans : Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R, rédacteurs. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2<sup>e</sup> éd. Acton Vale, Paris : Edisem Maloine ; 2008.
4. Panchbhavi V. Plantar Heel Pain. Site Internet : [www.emedicine.com/orthoped/ TOPIC142.HTM](http://www.emedicine.com/orthoped/ TOPIC142.HTM) (Date de consultation : le 17 juin 2008).
5. Singh D, Silverberg MA. Plantar fasciitis. Site Internet : [www.emedicine.com/emerg/topic429.htm](http://www.emedicine.com/emerg/topic429.htm) (Date de consultation : le 14 octobre 2008).
6. Young CC, Rutherford DS, Niedfeldt MW. Treatment of plantar fasciitis. *Am Fam Phys* 2001 ; 63 (3) : 467-74.
7. Gill LH. Plantar Fasciitis: Diagnostic and Conservative management. *J Am Acad Orthop Surg* 1997 ; 5 : 109-17.
8. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. Plantar Fasciitis. *JAMA* 2003 ; 290 (11) : 1542.
9. Neufeld SK, Cerrato R. Plantar fasciitis: evaluation and treatment. *J Am Acad Orthop Surg* 2008 ; 16 : 338-46.
10. Buchbinder R. Plantar Fasciitis. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 2159-66.
11. Crawford F, Thomson C. Intervention for treating plantar heel pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003 ; Issue 3 (CD000416). DOI: 10.1002/14651858.CD000416.
12. Cole C, Seto C, Gazewood J. Plantar fasciitis. Evidence-based review of diagnostic and review. *Am Fam Physician* 2005 ; 72 (11) : 2237-42.
13. Alshami AM, Souvlis T. A review of plantar heel pain of neural origin. Differential diagnosis and management. *Man Ther* 2008 ; 13 (2) : 103- 11.
14. Weber JM, Vidt LG, Gehl RS et coll. Calcaneal stress fractures. *Clin Podiatr Med Surg* 2005 ; 22 (1) : 45-54.
15. Singh D, Angel J, Bentley G et coll. Fortnightly review. Plantar Fasciitis. *BMJ* 1997 ; 315 : 172-5.

## Summary

**Talalgia: getting back on your feet!** Heel pain is a common reason for consultation, particularly among active patients. Differential diagnosis for this kind of pain may include many possibilities. A targeted anamnesis and a structured physical examination will help find the cause. In certain cases, a medical imaging will be necessary to help pinpoint diagnosis and lesion type. Therapeutic approach will obviously depend on etiology. Treatment is, evidently, symptomatic but should mostly aim towards the correction of bio-mechanical factors responsible for the occurrence of this affection. In most cases, treatment is medical but for refractory and chronic cases, surgery is required.

La FMOQ sous d'autres cieux • Du 22 janvier au 7 février 2010

# Việt Nam



Programme scientifique, hyperlien vers l'itinéraire du voyage et formulaire d'inscription disponibles sur le site Internet de la FMOQ – [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org)

**Inscription dès maintenant.**

**Date limite : le 1<sup>er</sup> mai 2009**



Congrès organisé par le consortium FMOQ – La Jacombe et EMC<sup>2</sup> International  
 En collaboration avec Carlson Wagonlit Travel, Voyages Gaby Inc. Pour informations : [cgrenier@fmoq.org](mailto:cgrenier@fmoq.org)