



Les pieds, ces mal-aimés

par Anne Harvey

CETTE DAME ÂGÉE a finalement passé à travers une situation grave : elle a subi une fracture de la hanche, une chirurgie de stabilisation, et enfin, une complication infectieuse qui aurait pu lui coûter la vie. Elle retourne chez elle, en meilleure santé, mais elle a une douleur persistante au pied. Cette douleur est passée plus ou moins inaperçue, bien qu'elle l'incommodât beaucoup.

C'est une histoire banale, mais somme toute fréquente. Les douleurs aux pieds passent souvent inaperçues parce que ce ne sont... finalement... que les pieds ! On en parle peu au cours de la formation médicale, mais en clinique, elles causent souvent des désagréments chroniques. Quelques-uns consultent, d'autres endurent, beaucoup cherchent des « solutions » miraculeuses, mais aussi souvent très coûteuses et malheureusement infructueuses. Malgré la fréquence de ces symptômes, peu de médecins effectuent une anamnèse approfondie sur le sujet et un examen efficace des pieds. Beaucoup ont tendance à minimiser le problème, plus souvent par manque de connaissances que par incompetence. Pourtant, des solutions simples peuvent souvent être offertes aux patients.

Évaluation clinique

L'anamnèse (tableau I)

On demande d'abord au patient de montrer du doigt la zone douloureuse. Il peut souvent localiser la douleur de façon précise. Par contre, les caracté-

M^{me} Després, 76 ans, vit seule à son domicile. Elle a toujours été active et en bonne santé. Elle est malheureusement hospitalisée pour une fracture de la hanche causée par une chute sur la glace. Elle passe plusieurs semaines au lit en raison de complications infectieuses aux poumons. Elle récupère finalement une fois sa fracture stabilisée et entreprend de recommencer à marcher progressivement. Au cours de sa rééducation, une douleur à la plante du pied gauche apparaît et devient de plus en plus incommode. Elle s'en plaint à son médecin, en vain, car on continue à se concentrer sur la rééducation à la marche, sur sa capacité de se déplacer avec une marchette et sur son autonomie. Et ce, afin qu'elle puisse retourner à domicile le plus rapidement possible.

ristiques de la douleur sont souvent imprécises. Il faut demander au patient si la douleur irradie, et si un facteur en déclenche l'apparition. Depuis quand dure-t-elle ? Cette question est importante, car beaucoup diront qu'ils ont mal au pied depuis très longtemps. Il faut essayer de découvrir si la douleur présente un caractère inflammatoire ou mécanique. Apparaît-elle au repos ou seulement après les activités, lors de la mise en charge ou seulement lors de la marche ? On doit rechercher les facteurs déclenchants de la douleur, ceux qui peuvent aggraver le problème ou l'atténuer. Finalement, on note les répercussions de la douleur sur la marche et les activités.

L'examen physique

Il est facile et impératif de faire un examen précis.

Tableau I

Questions clés

- Situer la douleur (montrer du doigt la zone douloureuse)
- Caractéristique de la douleur
- Facteurs déclenchants :
 - trauma ?
 - immobilisation récente ?
 - nouvelles chaussures ?
 - apparition insidieuse ?
- Durée
- Douleur
 - continue ou intermittente
 - au repos ou nocturne
- Douleur à la mise en charge ?
- Douleur à la marche seulement ?
- Facteurs qui soulagent la douleur
- Essais thérapeutiques à ce jour
- Appareillage : chaussures, semelles, orthèses

La D^e Anne Harvey, psychiatre et professeure adjointe au service de psychiatrie du département de médecine de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, exerce au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke.

Il est facile et impératif de faire un examen précis du pied.

L'observation est importante et primordiale dans le processus d'évaluation, car elle s'avère souvent très révélatrice.

Repères

Tableau II

Examen simple et efficace

- Observation
 - Debout** : en équilibre statique et à la marche
 - Couché** : voûte plantaire diminuée ou augmentée, déformations, durillons, callosités, autres lésions cutanées ou vasculaires, etc.
- Palpation
 - Articulation tibiotarsienne
 - Scaphoïde, cuboïde
 - Têtes métatarsiennes
 - Fascia plantaire
 - Muscles, tendons
- Mobilité articulaire
- Examen neurovasculaire



Photo 1. Podoscope, projection en miroir.

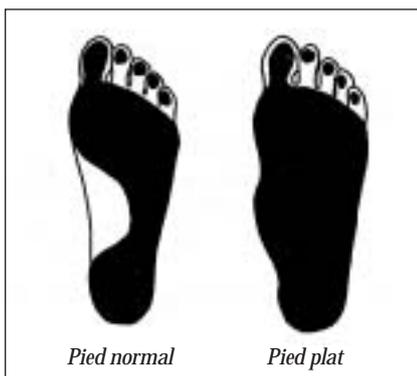


Figure 1. Empreintes podoscopiques. (Beaudoin N. Pied douloureux. Dans : Bélanger H, Charbonneau L. La Santé des femmes. Saint-Hyacinthe : Edisem-Maloine-FMOQ, 1995 : 301-6. Reproduction autorisée.)

L'observation (*tableau II*) est importante et primordiale dans le processus d'évaluation, car elle s'avère souvent très révélatrice. On commence par l'inspection avec mise en charge, puis au repos. On regarde, pendant que le patient est debout, l'alignement complet des membres inférieurs.

S'il y a lieu, on notera une perturbation biomécanique du pied, soit un pied plat, creux ou valgus. Il faut relever les déformations osseuses secondaires ou primaires, les déformations articulaires et les anomalies des tissus mous. Il est essentiel de faire marcher le patient pour observer le déroulement du pied, la symétrie de la mise en charge, l'harmonie des mouvements, et noter la présence de boiterie, le cas échéant.

La palpation (*tableau II*) consiste à palper systématiquement les surfaces douloureuses en recherchant les points les plus susceptibles d'être problématiques. Il faut vérifier la mobilité des articulations afin de détecter la présence de limitations importantes des mouvements articulaires. Les manœuvres spécifiques sont quant à elles moins utiles, car les tendinites franches sont rares en gériatrie. Enfin, on procédera à un examen neurovasculaire sommaire.

L'inspection des chaussures, particulièrement de la semelle, peut fournir des informations sur certaines affections musculosquelettiques. Beaucoup de ces affections sont dues à des chaussures mal ajustées. D'ailleurs, plusieurs reconnaissent que les personnes âgées « se chaussent » généralement mal. Elles ont tendance à penser « qu'il ne vaut pas la peine de se payer de bonnes chaussures à leur âge ». Vivant souvent au seuil de la pauvreté, les personnes âgées n'investissent plus dans des chaussures confortables qui répondent à leurs

besoins. Elles ont également tendance à garder longtemps leurs vieilles chaussures usées (n'offrant plus un bon support ni une bonne stabilité). Enfin, elles portent souvent de vieilles pantoufles à la maison.

Podoscope

Les cliniques de pied spécialisées offrent un appareil qui peut être utilisé pour l'examen du pied : il est composé d'un miroir horizontal placé en dessous d'une vitre solide, également horizontale, sur laquelle le patient se tient pieds nus (*photo 1*). Un éclairage électrique permet de voir, dans le miroir, la plante des pieds et ses zones d'appui dans différentes positions, ainsi que les pressions anormales (*figure 1*). Cet appareil est très utile, mais il faut une certaine expérience pour s'en servir et interpréter les résultats.

Affections du pied

Généralités

Les douleurs arthritiques aux pieds sont associées à des gonflements. L'intensité de ces douleurs de type rhumatismal varie selon la maladie et la « température ». La sensation de brûlure est la plus fréquente, particuliè-

Tableau III

Traitement des douleurs aux pieds

- Soins : bains de pieds, massages, émondage (amincir l'hyperkératose)
- Physiothérapie
- Anti-inflammatoires
- Infiltrations
- Chirurgie (rare)
- Appareillage : chaussures, semelles spécialisées, adaptations, orthèses

rement dans les cas de métatarsalgies. Les élancements caractérisent plutôt les fasciites et l'ostéoarthrose. La sensation de fatigue aux pieds est un symptôme vague, plus ou moins significatif, mais courant. Les douleurs sont habituellement progressives, et il y a peu ou pas de facteurs déclenchants brusques ou traumatiques. Elles apparaissent souvent sur un pied accusant une perturbation mécanique. Avec la vieillesse, les formes congénitales de pieds plats peuvent décompenser et provoquer des symptômes douloureux. Toutefois, les personnes âgées répondent habituellement bien à un traitement conservateur (*tableau III*).

Hallux rigidus et hallux valgus

Les formes acquises d'arthrose, d'arthrite et (ou) autres arthropathies entraînent une diminution de la mobilité et une destruction articulaire amenant un affaissement secondaire pouvant créer des douleurs. La forme la plus fréquente (de toutes les arthroses du pied) est l'arthrose du gros orteil, appelée hallux rigidus ; elle est souvent primitive, mais parfois secondaire de l'hallux valgus. La première articulation métatarsophalangienne se fixe littéralement, rendant ainsi impossible la flexion et l'extension de cette articulation (si nécessaire au déroulement du pied pour la marche). On dit souvent que l'hallux rigidus est peu douloureux.

Quant à l'hallux valgus, la douleur est principalement due à une bursite au niveau de la première articulation métatarsophalangienne et à l'hyperpression sous la plante du pied. La douleur est inconstante et parfois même absente.

Traitement. Pour traiter l'ostéoarthrose, les anti-inflammatoires, les infiltrations, les exercices d'assouplis-



Photo 2. Soins des pieds.

sement, les bains (*photo 2*), les massages et les orthèses peuvent être utiles.

Fasciite plantaire

Des douleurs plantaires de type fasciite surviennent très souvent après une immobilisation. Elles peuvent fluctuer dans le temps et apparaître dans des circonstances variées : après le port d'un plâtre, après une immobilisation au lit, après une opération, etc. Lorsque le patient recommence à marcher, les douleurs secondaires de cette fasciite apparaissent tout de suite ou dans les jours qui suivent : le pied déconditionné est sollicité et n'est pas prêt à l'être. Ce syndrome douloureux souvent négligé peut se résorber spontanément, mais il peut aussi dégénérer en douleur chronique plus ou moins invalidante (comme l'illustre le cas de M^{me} Després).

La fasciite cause une douleur à la partie interne du talon et parfois le long de la voûte plantaire longitudinale. Les facteurs favorisants sont des microtraumatismes répétés, des pieds creux à cause d'un fascia sous tension

et parfois une épine de Lenoir. Les pieds plats pronateurs peuvent également être en cause en créant une traction continue sur le fascia. La douleur se manifeste parfois au réveil, la plupart du temps en mise en charge et à la marche. La palpation peut mettre en évidence une zone douloureuse locale à la partie antéro-interne du talon et (ou) le long de la bande interne du fascia plantaire. À la radiographie, on peut voir un éperon osseux au niveau du calcaneum, appelé « épine de Lenoir ». La présence de cet éperon indique des changements dégénératifs ou inflammatoires par traction cutanée continue de l'aponévrose plantaire sur le périoste. Soulignons que cette épine peut à la fois être vue à la radiographie et être asymptomatique. Même si le diagnostic de la fasciite reste avant tout clinique, l'échographie, si on peut en disposer, confirmera le diagnostic en révélant un épaississement caractéristique du fascia. L'échographie s'avérera également utile si la réponse thérapeutique n'est pas concluante¹.

Traitement. Le repos, la diminution de la marche, les massages avec application de glace, les orthèses, les chaussures avec des talons absorbants et (ou) des talonnettes offrent des avenues intéressantes. On peut aussi prescrire des anti-inflammatoires ou essayer des infiltrations (*photo 3*). La chirurgie est très rarement indiquée.

Métatarsalgies

Comme nous l'avons déjà mentionné,

La sensation de brûlure est la forme de douleur arthritique la plus fréquente, particulièrement dans les cas de métatarsalgies.

Pour traiter l'ostéoarthrose, les anti-inflammatoires, les infiltrations, les exercices d'assouplissement, les bains, les massages et les orthèses peuvent être utiles.

Repères

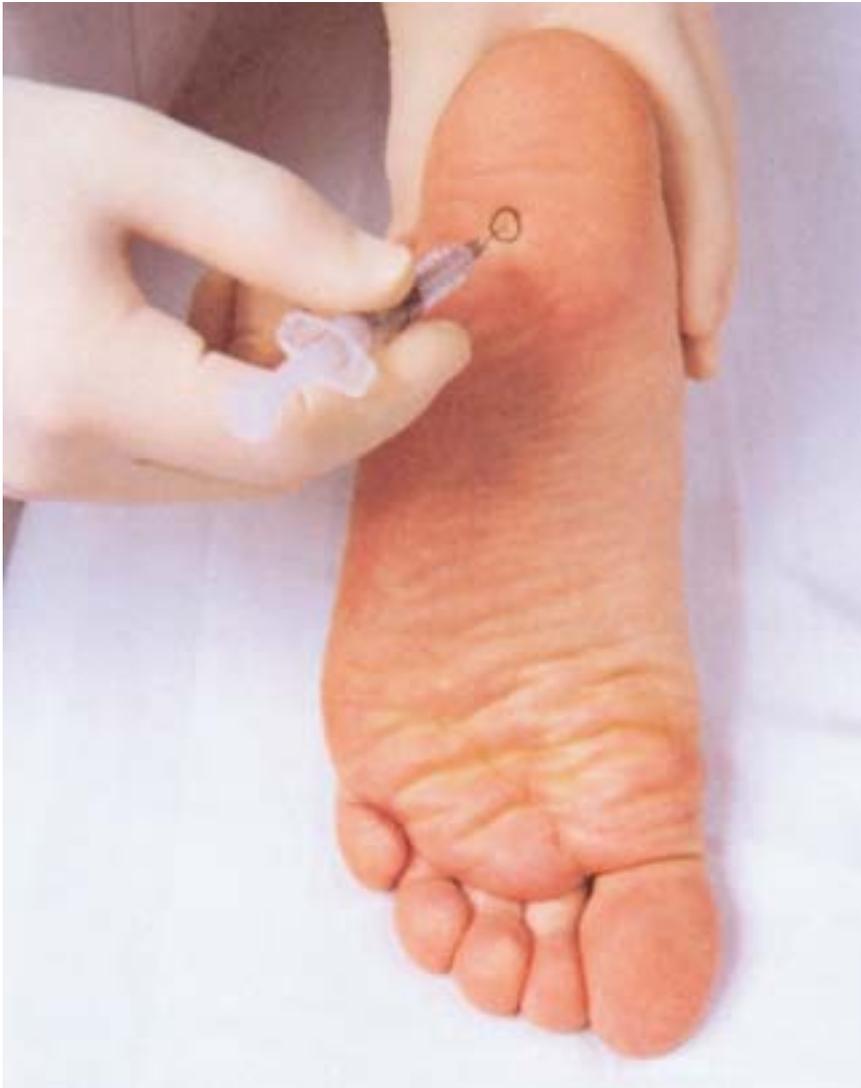


Photo 3. Infiltration du fascia plantaire. (Béliveau P. Infiltrations : Quand ? Comment ? Montréal : Éditions Sciences et Culture, 1990 : 123. Reproduction autorisée.)

la métatarsalgie est fréquente, de même que ses facteurs favorisants ou associés : pied plat, pied creux, pied arthritique (polyarthrite rhumatoïde, par exemple), pieds valgus ou pronateur, hallux valgus, atrophie des coussins adipeux sous les têtes métatarsiennes (associée au vieillissement normal du pied), obésité et souliers inadéquats. La douleur résulte souvent d'une surcharge excessive, anormale, sur une ou plusieurs têtes métatarsiennes. Cliniquement, on retrouve

l'hyperkératose correspondante sous la plante du pied. La douleur peut être ressentie comme une sensation de brûlure à la mise en charge, et elle est très facilement mise en évidence par une pression locale sur les têtes métatarsiennes.

Traitement. Soins des pieds, traitement des callosités ou émondage. Orthèses et chaussures adaptées. Même si les opérations aux métatarses sont fréquentes, la chirurgie est rarement indiquée, sauf s'il y a névrome.

Déformation des orteils en marteau et en griffe

Cette déformation consiste en un déséquilibre entre le système des fléchisseurs et le système des extenseurs aboutissant à une rétraction fibreuse. Cela entraîne des douleurs et la formation de callosités. Ces dernières se trouvent au niveau des articulations métatarsophalangiennes ou sous les têtes métatarsiennes.

Traitement. Il est difficile. Il consiste en soins des pieds, émondage, adaptations, orthèses, chaussures adaptées. Une chirurgie correctrice est souvent nécessaire.

Appareillage : semelles orthopédiques, orthèses, adaptations

Le but thérapeutique de l'appareillage est de réduire les contraintes sur les structures douloureuses ou les axes mécaniques anormaux. Il sert également à répartir la mise en charge de façon plus harmonieuse tout en dégageant les pressions anormales.

Le choix de la matière avec laquelle ces orthèses sont fabriquées est important. Elle est souvent déterminante pour obtenir l'efficacité, le confort et les corrections visées par les objectifs établis au préalable.

Avant de faire une recommandation, il est important de vérifier si le patient a déjà essayé des orthèses ou des modifications de la chaussure et si celles-ci ont été efficaces. Il n'est pas toujours facile de rédiger une ordonnance, car la terminologie varie selon le milieu de soins, la formation, la région et l'intervenant (podiatre, orthésiste, médecin ou autre).

Le même type d'appareillage porte parfois plusieurs noms. Il faut toujours souligner qu'il n'y a pas de classi-

Tableau IV

Appareillage

- **Semelles orthopédiques.** Semelles pour la plante du pied seulement, donc plus minces, faites avec une matière souple ou rigide ; elles peuvent être moulées ou préfabriquées (*photo 4*).
- **Orthèses plantaires.** Habituellement plus englobantes ou plus volumineuses ; en matière plus rigide, plus correctrice ; elles peuvent également être moulées ou préfabriquées (*photo 5*).
- **Adaptations sur les semelles ou les orthèses.** Elles sont nombreuses, de différentes formes et de différentes consistances. Elles finalisent l'intervention. Ce sont : coussinet rétrométatarsien, biseau pronateur, biseau supinateur, biseau externe, biseau interne, surélévation, talonnette, etc. (*photo 4*).
- **Chaussures adaptées.** Larges et profondes (les plus souvent utiles) ; semelle souple, talon évasé ; moulées, sur mesure (rarement indiquées et dispendieuses).



Photo 4. Différentes semelles plantaires et adaptations.

fication précise. Les termes les plus courants sont définis au *tableau IV*.

Malheureusement, aucune de ces adaptations spécialisées n'est remboursée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). La plupart des assurances privées remboursent un certain pourcentage du prix global. La Société de l'assurance

automobile (SAAQ) et la Commission de la santé et de la sécurité du travail

Le but thérapeutique de l'appareillage est de réduire les contraintes sur les structures douloureuses ou les axes mécaniques anormaux. Il sert également à répartir la mise en charge de façon plus harmonieuse tout en dégageant les pressions anormales.

Repère



Photo 5. Orthèse plantaire correctrice.

(CSST) couvrent complètement les frais. □

Date de réception : 22 mars 2001.

Date d'acceptation : 2 juillet 2001.

Mots clés : pied, personne âgée, douleur au pied, fasciite plantaire, orthèses.

Bibliographie

1. Charlebois N. Docteur, j'ai mal au talon ! *Le Médecin du Québec* juillet 2000 ; 35 (7) : 31-3.
2. Beaudoin N. Pied douloureux. Dans : Bélanger



Congrès de formation médicale continue FMOQ

Septembre 2001

13, 14 **La neurologie**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

Octobre 2001

4, 5 **La santé des femmes**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

26 **L'obésité revue... et corrigée**
Centre Mont-Royal, Montréal

Novembre 2001

15, 16 **L'appareil locomoteur/La santé au travail**
Hôtel Wyndham, Montréal

24 au 30 **La FMOQ sous d'autres cieux**

Varadero, Cuba

Décembre 2001

6, 7 **La périnatalité/Obstétrique**
Hôtel Hilton, Québec

Février 2002

7, 8 **L'endocrinologie**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

Avril 2002

18, 19 **La pédiatrie**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

Mai 2002

9, 10 **La pneumologie**
Palais des Congrès, Montréal

Juin 2002

13, 14 **La cardiologie**
Hôtel Rimouski, Rimouski

Summary

Foot pain of the elderly. This article is a brief review of the main pathologies of a painful foot in the geriatric population. Foot pain is too readily trivialized in clinical practice. This is probably due to a lack of knowledge rather than a bad relationship with patients. A meticulous clinical exam is essential for a diagnosis. A period of observation of the patient and a good questionnaire are also required. Many pathologies originate from a decompensated foot of planus valgus, from an hallux rigidus or hallux valgus. The pain can either be in the metatarsal region or in the posterior region around the heel. Metatarsalgia and fasciitis are the most common complaints. Good treatments are available nowadays to improve the patient's condition. These treatments can be simple or complex. An appropriate orthosis and/or a very good shoe can constitute the treatment or complement it.

Key words: foot, elderly, painful foot, fasciitis, orthosis.

H, Charbonneau L. *La Santé des femmes*. Saint-Hyacinthe : Edisem-FMOQ-Maloine, 1995 : 301-6.

3. Brault Y. La cheville et le pied. Dans : Dupuis-Leclaire. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. Saint-Hyacinthe : Edisem-Maloine, 1986 ; chap. 29.
4. Grassi W, et al. The foot of Philoctetes. *Lancet* 18-25 décembre 1999 ; 354 : 2156-7.
5. Benvenuti F, et al. Kinematic characteristics of standing disequilibrium: reliability and validity of a posturographic protocol. *Arch Phys Med Rehabil* 1999 ; 80 (3) : 278-87.
6. Turek SL. The foot and ankle. *Orthopaedics, principles and their application*. 4^e éd. Philadelphie : Lippincott, 1984 ; chap. 29 : 1407-82.
7. Béliveau P. *Infiltrations : Quand? Comment?* Montréal : Éditions Sciences et Culture, 1990 : 123.