

Cas clinique en pédicurie-podologie

Patient de 42 ans, comptable au CNRS, ne pratiquant pas de sports autre que la marche le week-end. Il se plaint de douleurs au tendon d'Achille droit depuis 7 mois à la suite d'un séjour à la montagne après avoir marché et fait de la randonnée tous les jours. La douleur est arrivée subitement l'obligeant à boiter et à réduire nettement sa vitesse. Depuis ce jour, il présente une douleur tous les matins au réveil, à chaque montée et descente d'escaliers, et dès qu'il se remet en mouvement après avoir été longuement assis. Des examens complémentaires ont été réalisés et à la radiographie rien n'est décelable alors qu'à l'échographie faite 2 mois après la douleur, on aperçoit des signes d'inflammations et un épaissement du tendon sans signe de rupture. Le traitement mis en place a été de la kinésithérapie et le port de talonnettes, 3 mois après l'apparition des douleurs. Aujourd'hui, les douleurs sont toujours présentes sans aucune diminution de l'intensité.

Bilan podologique associée à une vision holistique et posturale :

Le patient présente une chaîne musculaire postérieure dominante avec une latéralisation motrice à droite.

Les ceintures scapulaires et pelviennes présentent une asymétrie d'inclinaison plus haute à droite au niveau pelvien et plus haute à gauche au niveau scapulaire. Cependant, il n'y a aucune inclinaison occipitale. La ceinture pelvienne est en antépulsion gauche et la ceinture scapulaire est en antépulsion droite.

L'inflexion antérieure montre une dysfonction sacro-iliaque droite avec un ilium antérieur droit.

L'analyse en pistol squat marque une exagération sur les chaînes valgissantes avec une prédominance sur la jambe gauche et une surélévation de la tête de M1 dans le mouvement.

L'analyse en décubitus montre une douleur, côté à 7, sur le bord intérieur du tendon d'Achille droit mais également au niveau des points trigger du soléaire et du jumeau interne. Il est également retrouvé une douleur sur l'insertion distale des ischio-jambiers internes (insertion de la patte d'oie) mais également au niveau de l'insertion proximale du TFL et l'insertion distale du moyen fessier. L'analyse du premier rayon montre une laxité bilatérale à 7°

L'analyse de la marche montre à nouveau une dysfonction du premier rayon avec phase propulsive et une phase de suspension nettement supérieure à la phase d'attaque avec une démarche en rotation externe fémoro-tibiale s'enchaînant rapidement avec une endorotation fémoro-tibiale.

REFLEXION :

La lecture des échecs thérapeutiques passés lors de l'anamnèse et du bilan posturologique nous donne ici déjà la réponse bien avant d'arriver sur l'analyse podologique. Une chaîne postérieure dominante si elle est associée à un traitement par talonnette augmente la tension

excentrique sur l'intégralité de cette chaîne musculaire. Il est donc contreproductif de traiter ces patients par ce traitement-ci. Il sera donc nécessaire de traiter la chaîne postérieure dans sa globalité et le traitement consistera à favoriser un travail de la chaîne antérieure en postériorisant le centre de masse. La latéralisation dominante indique le traitement adéquat selon les associations entre les études de M.Jannin et A.Foisy et celles de T.Lussiana. Dans le cas précis, une barre rétrocapitale pour les non posturologues ou bien une barre antérieure placée sur les zones réflexes amènera une flexion de genou avec une rétroversion pelvienne et par conséquent une mise en concentrique du triceps sural.

La fin d'examen montre le lien de causalité entre un premier rayon dysfonctionnel et la surcharge de la chaîne musculaire valgissante. Le traitement de cette dysfonction stabilisera la chaîne valgissante et limitera l'endorotation fémoro-tibiale.

En conclusion :

Pour une pathologie donnée, il n'existe pas de recettes de cuisine toutes faites pour apporter une guérison complète. L'étude holistique et la connaissance des différentes zones réflexes du pied permettra une approche plus détaillée et une meilleure analyse de la biomécanique selon le profil d'un individu en particulier et par conséquent un traitement au cas par cas sans aggravation comme cela peut être le cas avec une talonnette.

Les études des 70 montraient que la talonnette était le traitement phare sur ce type de pathologie mais les résultats étaient positifs dans seulement 50% des cas. Les 50 autres % étaient considérés soient par un manque de hauteur de talonnette soit des cas extrêmes intraitables par orthèses.

Les récentes études apportent plus de détails sur comment soigner ces 50% de la population en échec thérapeutique.