



Mise au point

Traitement chirurgical du syndrome du tunnel tarsien

Noël Le Corre

Singh SK, Wilson MG, Chiodo CP

The surgical treatment of tarsal tunnel syndrome. *The Foot* 2005 ; 15 : 212-6.

Définition

Le syndrome du tunnel tarsien est un syndrome canalaire. Il concerne le nerf tibial postérieur, comprimé en arrière de la malléole interne, dans un défilé ostéo-fibreux composé du tibia, de l'astragale et du calcanéum et fermé par le feuillet profond du ligament annulaire interne, prolongeant l'aponévrose jambière. Ce tunnel contient, outre le nerf tibial postérieur, le paquet vasculaire tibial postérieur et les tendons du fléchisseur propre du gros orteil, du fléchisseur commun des orteils et du jambier postérieur.

Ce syndrome peut être dû à des séquelles de traumatismes, des varices, des ténosynovites, des tumeurs compartimentales ou des anomalies statiques de l'arrière-pied. Dans la plupart des cas, ce syndrome est idiopathique.

Diagnostic

La douleur est neurologique, à type de brûlure et accompagnée de paresthésies du bord interne de la cheville et du pied.

On recherchera une cause neurologique à distance ou générale (radiculalgie, diabète, neuropathie). L'examen clinique évalue la statique de l'arrière-pied. À la palpation de la région rétro-malléolaire interne, on recherchera une masse, un syndrome irritatif neurologique sous la forme du signe de Tinel à la percussion. On décrit le signe de Kinoshita qui fait apparaître ou majore les douleurs lors de la dorsi-flexion associée à l'éversion du pied prolongée 10 secondes.

L'absence de déficit sensitif distal n'est pas significative.

Des radiographies standard rechercheront une anomalie osseuse.

L'IRM est positive dans 85 % des cas (téno-synovite, tumeur, anomalie vasculaire).

L'EMG est fondamental et indispensable, le ralentissement de vitesse de conduction sensitive étant plus

sensible que la conduction motrice. Néanmoins, un EMG normal n'écarte pas le diagnostic.

Les diagnostics différentiels sont les tendinopathies du jambier postérieur, des fléchisseurs des orteils et de l'hallux, l'aponévrosite plantaire, les fractures de fatigue, l'arthrose tibio-tarsienne, les déformations de l'arrière-pied, les neuropathies, les radiculopathies et les pathologies vasculaires des membres inférieurs.

Traitement chirurgical

Il est indiqué après, au moins, trois mois de traitement médical sans effet. Ce traitement médical doit associer AINS, physiothérapie, semelles, voire immobilisation plâtrée.

L'intervention est menée sous anesthésie générale ou locorégionale. L'abord est rétro-malléolaire interne, de 6-8 cm du sommet de la malléole en suivant le trajet du nerf tibial postérieur jusqu'au bord interne de la plante du pied. L'aponévrose jambière est ouverte en continuant sur le ligament annulaire interne et le nerf tibial postérieur est repéré à la partie haute de l'incision. Il est disséqué jusqu'à sa terminaison en nerfs plantaires interne et externe. On recherchera tout processus expansif susceptible d'être à l'origine de la compression. À ce niveau, l'aponévrose profonde de l'abducteur du gros orteil est ouverte car elle peut être source de compression. La neurolyse pratiquée est une exo-neurolyse, sans dissection interfasciculaire sous peine de fibrose postopératoire. La coagulation bipolaire soigneuse est recommandée et l'hémostase sera vérifiée en lâchant le garrot. Tous les fascias seront laissés ouverts, seuls les plans sous-cutané et cutané seront fermés. On fera un pansement compressif dans une attelle postérieure, puis une botte pour deux semaines au quinzième jour après ablation des fils. L'appui est repris à un mois.

Résultats

Ces résultats sont variables. Lorsqu'une cause locale est trouvée et traitée, l'amélioration est rapide. En

revanche, les neurolyses « blanches » n'entraînent qu'une fois sur deux un soulagement partiel, bien que le signe de Tinel disparaisse et que l'EMG postopératoire se normalise.

Cet article est très complet, notamment sur la description du geste opératoire dans sa partie distale. Il met en lumière la difficulté diagnostique : peu de signes spécifiques, et mauvaise valeur prédictive négative de l'EMG. De même, il illustre le caractère aléatoire du résultat de la neurolyse étendue en l'absence d'étiologie compressive retrouvée. Tout au plus, peut-on ajouter, dans la prise en charge médicale, la pratique d'une ou deux infiltrations et de mésothérapie avant de décider l'indication d'un geste dont l'efficacité est non prédictible.

Quoi de neuf dans la chirurgie du rachis ?

Pierre Garçon

Bridwell KH, Anderson PA, Boden SD, Vaccaro AR, Wang JC
What's new in spine surgery. *J Bone Joint Surg* 2006 ; 88 :1897-907.

Cet article se compose de cinq chapitres, résumant chacun les principaux thèmes abordés lors de congrès spécialisés, au cours de l'année 2005 : rachis cervical, biologie, déformations rachidiennes, lésions médullaires et rachis lombaire. D'après les travaux de la *Cervical Spine Research Society* de 2005.

Quoi de neuf dans le traitement du rachis cervical ?

Prothèse discale cervicale

Selon plusieurs études, les résultats à court terme de la prothèse discale cervicale sont quasi équivalents à ceux de l'arthrodèse. La *Food and Drug Administration* (FDA) réserve l'indication d'une prothèse au traitement d'une radiculopathie ou d'une myélopathie sur un rachis stable et à un seul étage. L'arthroplastie prothétique permet de conserver une mobilité segmentaire de 7° à 12° et n'est associée qu'à quelques rares complications d'ordre neurologique.

Les bénéfices de la prothèse sont une moindre morbidité et une récupération fonctionnelle plus rapide. Une étude

rapporte un taux de reprise de 2,9 % après remplacement discal, comparé à 5,4 % après fusion. Le taux de réintervention sur un étage adjacent a été également moindre, pendant un suivi relativement court de 16 mois. La principale cause de reprise après remplacement discal est l'insuffisance de décompression foraminale.

L'arrêt de travail est plus court après prothèse, sans doute parce que la technique ne requiert pas d'immobilisation. Dans une série incluant 976 patients, le retour au travail a été significativement plus précoce qu'après une arthrodèse : en moyenne 32 jours contre 41 jours.

Complications

Selon une étude prospective qui a évalué le risque de lésion du nerf récurrent, une paralysie des cordes vocales a été observée chez 3,2 % des opérés et une dysfonction laryngée chez 14,9 %. Les facteurs de risque principaux sont la durée du maintien des écarteurs et une voie d'abord pratiquée du côté droit.

L'utilisation de substitut osseux de type BMP-2 a été rendue responsable de sévères réactions inflammatoires. Une étude a montré un taux de complication de ce type de 27,5 % contre 3,6 % dans un groupe témoin.