Augmentation des douleurs au pied chez une femme enceinte avec une coalition non osseuse talo-calcanéenne

Geneviève Tessier
R3 médecine de famille – médecine d'urgence
Clinique de médecine sportive, CEPSUM

INTRODUCTION

Les changements physiologiques de la grossesse occasionnent de multiples plaintes musculo-squelettiques chez la majorité des femmes. Les mieux étudiées sont les douleurs lombaires et sacro-iliaques, celles aux pieds étant moins communes.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une femme de trente ans qui pratique la course à pied trois fois par semaine, à raison de 30 à 60 minutes par séance. À la suite de douleurs persistantes sous la malléole interne de la cheville droite, elle a consulté en médecine sportive. Après une investigation par résonnance magnétique, un diagnostic de coalition non osseuse talo-calcanéenne en regard du sustentaculum tali avec changements dégénératifs et œdème osseux est posé. La patiente a reçu des traitements de physiothérapie, d'ostéopathie et de massothérapie. Une amélioration importante lui a permis de reprendre la course quelques mois plus tard.

Son évolution se complique alors qu'elle devient enceinte. À sept mois de grossesse, elle consulte pour une exacerbation de ses douleurs depuis un mois. À l'anamnèse, il n'y a pas d'histoire de traumatisme. Elle note un œdème fluctuant, des douleurs nocturnes et une boiterie intermittente. Elle doit cesser la course complètement, alors qu'elle avait poursuivi son entraînement sans modification lors des six premiers mois de gestation. À l'examen, un léger œdème sous la malléole interne est visualisé. Les amplitudes de mouvement sont normales. On note une douleur à la jonction talo-calcanéenne sans autre structure douloureuse. On conclut à une exacerbation des douleurs secondaire à l'augmentation de laxité et à la surutilisation. Aucune imagerie n'est demandée compte tenu de la grossesse et la patiente est avisée de cesser les sports avec impact jusqu'à l'accouchement.

DISCUSSION

Les douleurs de pieds chez la femme enceinte représentent une plainte fréquente. Dans une étude rétrospective de cas-témoins, 107 femmes en post-partum et 91 nullipares ont été questionnées sur la présence de douleur aux membres inférieurs. La grossesse augmentait le risque de souffrir de douleurs aux pieds (31% vs 22%, OR 2,2 [IC 95% 1,1-4,5])[1]. Chez cette patiente, plusieurs facteurs inhérents à la grossesse ont contribué à l'exacerbation de ses douleurs.

D'abord, une blessure ancienne ou une malformation sous-jacente prédispose à une recrudescence ou à une réminiscence des douleurs[2]. Toutefois, l'exercice physique ne semblerait pas aggraver ni prévenir l'apparition des douleurs[1].

Ensuite, les changements hormonaux de la grossesse, notamment la production de relaxine, augmentent la laxité ligamentaire, tel que démontré dans les modèles animaux[3]. Chez 35 femmes gravides, 53% avaient une laxité du poignet accrue au troisième trimestre, sans corrélation avec un niveau d'hormones plus élevé[4]. Toutefois, un taux élevé d'estradiol, de progestérone ou de relaxine augmentait le risque d'arthralgie. Des résultats similaires ont été rapportés chez les femmes enceintes avec une lombalgie incapacitante[5].

Par ailleurs, l'utérus gravide amène des conséquences importantes. D'abord, un gain de poids de 20% peut augmenter la force sur une articulation jusqu'à 100%[2]. Ensuite, la posture de la femme enceinte est altérée par la traction vers l'avant que provoque l'utérus. Pour maintenir le centre de gravité, une rotation du bassin et une hyperlordose se produisent[2]. Au niveau des pieds, cette redistribution du poids entraîne une pronation de l'arrière-pied[6] et une augmentation diffuse des pressions plantaires[7-8].

Finalement, l'œdème des tissus mous peut prédisposer à des compressions nerveuses ou tendineuses. Quatre-vingt pour cent des femmes enceintes en souffrent, particulièrement dans les huit dernières semaines de gestation[2]. Même lorsque moins évident, on note une augmentation du volume du pied attribué à la rétention hydrique[9].

Les douleurs aux pieds chez la femme enceinte sont majoritairement occasionnées par les changements physiologiques de la grossesse. Des investigations sont rarement nécessaires si aucun traumatisme n'est mis en évidence. Un traitement de support et un suivi adapté à l'intensité des symptômes sont indiqués. Finalement, lorsque le problème persiste en post-partum, une réévaluation et une imagerie sont indiquées.

RÉFÉRENCES

1. Vullo VJ, Richardson JK, Hurvitz EA: Hip, knee, and foot pain during pregnancy and the postpartum period. *J Fam Pract* 1996, 43(1):63-68.
2. Ritchie JR: Orthopedic considerations during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2003, 46(2):456-466.
3. Dragoo JL, Padrez K, Workman R, Lindsey DP: The effect of relaxin on the female anterior cruciate ligament: Analysis of mechanical properties in an animal model. *Knee* 2009, 16(1):69-72.
4. Marnach ML, Ramin KD, Ramsey PS, Song SW, Stensland JJ, An KN: Characterization of the relationship between joint laxity and maternal hormones in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003, 101(2):331-335.
5. MacLennan AH, Nicolson R, Green RC, Bath M: Serum relaxin and pelvic pain of pregnancy. *Lancet* 1986, 2(8501):243-245.
6. Block RA, Hess LA, Timpano EV, Serlo C: Physiologic changes in the foot during pregnancy. *J Am Podiatr Med Assoc* 1985, 75(6):297-299.
7. Nyska M, Sofer D, Porat A, Howard CB, Levi A, Meizner I: Planter foot pressures in pregnant women. *Isr J Med Sci* 1997, 33(2):139-146.
8. Gaymer C, Whalley H, Achten J, Vatish M, Costa ML: Midfoot plantar pressure significantly increases during late gestation. *Foot (Edinb)* 2009, 19(2):114-116.
9. Alvarez R, Stokes IA, Asprinio DE, Trevino S, Braun T: Dimensional changes of the feet in pregnancy. *J Bone Joint Surg Am* 1988, 70(2):271-274.