

LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION

TENDINITE ACHILLÉENNE CHRONIQUE

OU

BURSITE ACHILLÉENNE

CMP 01321
CIM-9 726.7

DÉFINITION

Réactions inflammatoires et/ou changements dégénératifs douloureux du tendon d'Achille, ou inflammation des tissus mous, ou inflammation et épaissement de la bourse rétrocalcaneenne profonde autour du tendon d'Achille. Le nom latin de ce tendon est *tendo Achillis* ou *tendo calcaneus*.

Nota : Seule une affection chronique donne droit à pension. Pour les besoins d'ACC, le terme « chronique » signifie que l'affection est présente depuis au moins six mois. Les signes et symptômes tendent généralement à persister malgré les soins médicaux prodigués, mais à des degrés qui peuvent fluctuer au cours des six premiers mois et par la suite.

NORME DIAGNOSTIQUE

Le diagnostic doit être posé par un médecin qualifié. Il doit également être démontré que l'invalidité dure depuis au moins 6 mois.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Le tendon d'Achille, un tendon puissant situé à l'arrière du talon, réunit les muscles jumeaux de la jambe et les muscles soléaires du mollet. Il s'insère dans la tubérosité postérieure du calcaneum. Contrairement à la plupart des tendons autour de l'articulation tibiotarsienne, le tendon d'Achille n'a pas de gaine synoviale. Il est plutôt entouré d'un tissu conjonctif adipeux lâche (soit le péri-tendon, qui permet les glissements).

Comme il est dense et fibreux, le tissu conjonctif des tendons présente une faible vascularisation (irrigation sanguine). Les tendons ne sont donc pas sujets à une

inflammation. Il serait préférable d'utiliser « péri-tendinite » au lieu de « tendinite » pour désigner l'inflammation qui se produit autour d'un tendon.

À l'insertion du tendon d'Achille se trouvent deux bourses séreuses. La première, dite profonde, est située entre le tendon et la face postérieure du calcaneum (bourse rétrocalcaneenne). La seconde, sous-cutanée, est située superficiellement au-dessus de l'insertion du tendon.

Une bursite consiste en l'inflammation d'une bourse. L'inflammation de la bourse sous-cutanée superficielle (maladie de Haglund) au-dessus du tendon d'Achille est plus courante que l'inflammation de la bourse rétrocalcaneenne profonde (bursite rétrocalcaneenne).

La bourse rétrocalcaneenne profonde est une véritable bourse, c.-à-d. une cavité en forme de poche, tapissée de tissu synovial et présente tout au long de la vie. La bourse sous-cutanée est une bourse adventitielle qui se développe après la naissance en réaction à des traumatismes (frictions) subis par des tissus mous sus-jacents à une apophyse.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Il peut y avoir une inflammation au niveau du tendon d'Achille qui se déplace selon les mouvements du tendon lors des flexions dorsales et plantaires du pied. L'inflammation rend le tendon douloureux et sensible. Les pathologies du tendon d'Achille ne sont pas toutes caractérisées par une inflammation (p. ex. troubles métaboliques ou rhumatismaux). Le tendon peut devenir sensible et s'épaissir lorsque la tendinite achilléenne devient chronique.

L'inflammation des tissus mous entourant le tendon d'Achille cause également des douleurs, un oedème diffus au niveau du tendon, des crépitations déclenchées par les mouvements du pied et une sensibilité qui persiste en un point donné, peu importe la position du pied.

La bursite rétrocalcaneenne est caractérisée par des douleurs et des enflures localisées et palpables derrière le tendon d'Achille au niveau de la tubérosité formée par la bourse. Lorsque la bursite rétrocalcaneenne devient chronique, de nouveaux symptômes apparaissent, à savoir la sensibilité, l'épaississement de la peau sus-jacente et une inflammation locale.

Dans certains cas (p. ex. maladies systémiques), l'affection peut être bilatérale. Le patient pourrait ne pas consulter un médecin jusqu'à ce que les symptômes aient été présents pendant un certain temps.

Comme cette blessure est causée par une répétition excessive d'efforts de tension et qu'elle est souvent associée à la tendinose dégénérative, le recours à la chirurgie est courant.

Dans la littérature, on identifie de nombreux facteurs qui causent, directement ou indirectement, ou aggravent la tendinite achilléenne et la bursite achilléenne. Comme bon nombre de ces facteurs sont difficiles à modifier ou à éliminer, l'affection peut persister pendant une longue période. Il est donc courant qu'elle s'aggrave sous l'effet cumulé d'un ou plusieurs facteurs.

CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PENSION

A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION

LES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS NE DOIVENT PAS OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES. DANS CHAQUE CAS, LA DÉCISION DOIT SE PRENDRE EN FONCTION DU BIEN-FONDÉ DE LA DEMANDE ET DES PREUVES FOURNIES.

1. Hypercholestérolémie familiale

On croit que cette affection découle d'une xanthomatose (dépôt de cholestérol) au niveau du tendon d'Achille.

2. Perte du coussinet adipeux du talon due au vieillissement

On croit que cette affection est due à la réduction de l'absorption des chocs au niveau du talon en raison de la perte du coussinet adipeux.

3. Problèmes d'alignement du pied ou de la jambe

De nombreux problèmes d'alignement du pied ou de la jambe peuvent contribuer au développement et/ou à l'aggravation d'une tendinite achilléenne, notamment :

- difformité de Haglund (calcanéum)
- arrière-pied varus
- arrière-pied valgus
- pied creux
- avant-pied valgus
- premier rayon en flexion plantaire rigide

4. Participation à des sports ou activités physiques

Pour que la participation à des sports ou activités physiques puisse causer ou aggraver une tendinite achilléenne ou bursite achilléenne, les critères suivants doivent être remplis de manière évidente :

Les signes/symptômes de la tendinite ou bursite achilléenne doivent apparaître pendant l'activité ou dans les 7 jours ou cette activité a cessé;
ou

Les signes/symptômes

Les symptômes doivent apparaître pendant l'activité ou dans les jours qui suivent.

Les sports qui impliquent un **mouvement de l'articulation de la cheville et les activités qui comprennent des sauts ou de la course, peu importe la qualité des chaussures portées**, sont considérés comme des facteurs causals ou aggravants (p. ex. gymnastique, patinage, tennis, squash, football, basket-ball et base-ball). Il est considéré que la source des lésions est l'effort accru exigé du tendon d'Achille.

5. Port de chaussures inadéquates ou inappropriées, avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes : dans la bourse adventitielle superficielle seulement

Ce facteur ne concerne que la bourse adventitielle superficielle. Les symptômes se manifestent lorsqu'on porte les chaussures en cause.

L'examen d'une chaussure inappropriée montre une usure excessive du côté intérieur, une usure excessive du côté extérieur de la semelle, une semelle rigide à l'avant-pied, un contrefort (pièce insérée entre la doublure et le dessous d'une chaussure ou d'une botte pour en renforcer le talon) mal ajusté ou trop flexible, et un mauvais amortissement des chocs. Les chaussures inappropriées sont souvent rigides ou mal formées.

6. Maladies arthritiques présentes avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Les maladies arthritiques séronégatives peuvent causer un trouble aux points d'attache des muscles/tendons aux os et causer ou aggraver la tendinite achilléenne ou la bursite achilléenne. Parmi ces maladies, notons :

- syndrome de Reiter
- rhumatisme psoriasique
- spondylarthrite ankylosante
- syndrome de Behçet
- arthropathies intestinales
- polyarthrite rhumatoïde
- goutte

7. Greffe rénale contribuant à une tendinite ou rupture du tendon d'Achille, avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Il existe un lien étroit entre la greffe rénale et la tendinite, et cette chirurgie est reconnue comme un facteur causal ou aggravant si elle a eu lieu au cours des dix années antérieures. La rupture du tendon d'Achille peut également être associée à la greffe rénale si elle se produit au cours des six années suivant la chirurgie.

Ce lien s'explique, du moins en partie, par :

- la prise de stéroïdes (tendinite achilléenne) - Il existe une corrélation importante entre les symptômes de la tendinite et la dose de stéroïdes. En effet, on a observé une consommation de stéroïdes plus élevée de façon statistiquement significative chez les patients souffrant d'une tendinite. Comme les stéroïdes affaiblissent les tendons, on croit que le mécanisme en jeu consiste à inhiber la réparation des tendons dégénérés ou partiellement déchirés.
- l'acidose chronique de l'insuffisance rénale
- le retour à un degré d'activité plus élevé à la suite d'une greffe. Pendant la dialyse, le degré d'activité physique du patient baisse de façon générale.
- l'hémodialyse (rupture du tendon d'Achille) - On croit que le mécanisme en jeu consiste en des changements à la jonction tendon-os dus à une hyperparathyroïdie secondaire.

8. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

**B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION
DU DROIT À PENSION/ L'ÉVALUATION**

- Bursite calcanéenne superficielle
- Bursite rétrocalcaneenne profonde
- Péritendinite achilléenne
- Hypertrophie postérosupérieure du calcanéum avec bursite externe
- Maladie de Haglund et difformité de Haglund

**C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN
PARTIE D'UNE TENDINITE ACHILLÉENNE CHRONIQUE OU D'UNE
BURSITE ACHILLÉENNE ET/OU DE SON TRAITEMENT**

BIBLIOGRAPHIE

1. Australie. Department of Veterans Affairs: recherche médicale se rapportant au Statement of Principles concernant Chronic Achilles Tendonitis or Achilles Bursitis, où sont citées les références suivantes :
 - 1) Plattner P and Mann R (1993) Disorders of Tendons. *Surgery of the Foot and Ankle 6th Edition Vol 2*. Mann RA, Coughlin MJ (Eds) Mosby St Louis Chapter 19 pp 805-817.
 - 2) Apley AG and Solomon L (1993) The ankle and foot, Chapter 21. Overuse Injuries, Chapter 28. *Apley's System of Orthopaedics and Fractures 7th Edition*. Butterworth Heinemann.
 - 3) Klenerman L and Nissen KI (1991) Common causes of pain. *The Foot and its Disorders 3rd Edition*. Klenerman L (Ed) Blackwell Scientific Publications Melbourne Chapter 6 pp 93-95.
 - 4) Renton P (1991) Radiology of the foot. *The Foot and its Disorders 3rd Edition*. Klenerman L (Ed) Blackwell Scientific Publications Melbourne Chapter 13A pp 278-284.
 - 5) Cailliet R (1983) Painful conditions of the Heel. *Foot and Ankle Pain 2nd Edition*. FA Davis Company Philadelphia Chapter 9 pp 139-146.
 - 6) Adams JC (1986) The leg, ankle and foot. *Outline of Orthopaedics 10th Edition*. Churchill Livingstone Edinburgh Chapter 10 pp 422-450.
 - 7) *Dorland's Illustrated Medical Dictionary 28th Edition* (1994) WB Saunders Company Philadelphia p 1667.
 - 8) Lemm M, Blake RL, Colson JP and Ferguson H (1992) Achilles Peritendinitis. A literature review with case report. *Journal of the American Medical Association*. Vol 82 No 9 pp 482-490.
 - 9) Plattner PF (1989) Tendon problems of the foot and ankle. The spectrum from Peritendinitis to rupture. *Foot and Ankle Postgraduate Medicine Vol 86 No 3 p 157*.
 - 10) Clain Mr and Baxter DE (1992) Achilles tendinitis. Foot fellow's review. *Foot and Ankle Vol 13 No 8 pp 484-485*.
 - 11) Welsh RP and Clodman J (1980) Clinical survey of Achilles tendonitis in athletes. *CMA Journal*. Vol 122 pp 193-194.
 - 12) Mathon G, Gagne C, Brun D, Lupien PJ and Moorjani S (1985) Articular manifestations of familial hypercholesterolaemia. *Annals of the Rheumatic Diseases*. Vol 44 pp 599-602.
 - 13) Stephens MM (1994) Haglund's deformity and retrocalcaneal bursitis. *Orthopaedic Clinics of North America Vol 25 No 1 p 41*.
 - 14) Leach RE, Dilorio E and Harney RA (1983) Pathologic Hindfoot Conditions in the Athlete. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. No 177 p 118.

- 15) Berkebile DE (1991) Chronic achilles tendonitis. *South Dakota J Med*. Vol 44 No 11 p 311.
 - 16) Nichols AW (1989) Achilles Tendinitis in running athletes. *The Journal of the American Board of Family Practice*. Vol 2 No 3 p 198.
 - 17) Clement DB, Taunton JE and Smart GW (1984) Achilles tendinitis and Peritendinitis: etiology and treatment. *Am J Sports Med*. Vol 12 pp 179-184.
 - 18) Leach RE, Dilorio E and Harney RA (1983) *op cit*. p 118.
 - 19) Department of Veterans' Affairs (1994) *Guide to the assessment of rates of veterans' pensions Fourth edition*. Australian Government Publishing Service Canberra. p 138.
 - 20) Gerster JC (1980) Plantar fasciitis and Achilles tendinitis among 150 cases of seronegative spondarthritis. *Rheumatology and Rehabilitation*. Vol 19 p 218.
 - 21) Gilliland BC (1994) Relapsing polychondritis and miscellaneous arthritides. *Harrison's Principles of Internal Medicine 13th Edition*. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS and Kasper DL (Eds). McGraw-Hill New York Chapter 299 p. 1708.
 - 22) Resnick D, Feingold ML, Curd J, Niwayama G and Goergen TG (1977) Calcaneal Abnormalities in Articular Disorders. *Radiology*. Vol 125 p 360.
 - 23) Gerster G, Vischer TL, Bennani A and Fallet GH (1977) The painful heel. Comparative study in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, Reiter's syndrome and generalised osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. Vol 36 pp 343-348.
 - 24) Murison MSC, Eardley I and Slapak M (1989) Tendinitis-A common complication after renal transplantation. *Transplantation*. Vol 48 pp 587-589.
 - 25) Lotem M, Robson MD and Rosenfield JB (1974) Spontaneous rupture of the quadriceps tendon in patients on chronic haemodialysis. *Ann Rheum Dis*. Vol 33 p 428.
 - 26) Morein G, Goldschmidt Z, Pauker M, Seelenfreund M, Rosenfeld JB, Fried A (1977) Spontaneous tendon ruptures in patients treated by chronic hemodialysis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. No 124 p 212-213.
 - 27) Murphy KJ and McPhee J (1965) Tear of major tendons in chronic acidosis with elastosis. *J Bone Joint Surg* . Vol 47A p 1253.
2. Dee, Roger, et al. *Principles of Orthopaedic Practice*. 2nd ed. Montreal: McGraw-Hill, 1997.
 3. Fauci, Anthony S. and Eugene Braunwald, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th ed. Montreal: McGraw-Hill, 1998.

4. Harries, Mark and Clyde Williams, et al, eds. *Oxford Textbook of Sports Medicine*. 2nd ed. Toronto: Oxford University Press, 1998.
5. Jahss, Melvin H. *Disorders of the Foot*. Vol 2. Toronto: W.B. Saunders, 1982.
6. Kibler, Ben W., et al, eds. *Functional Rehabilitation of Sports and Musculoskeletal Injuries*. Maryland: Aspen Publications, 1998.
7. Subotnick, Steven L., ed. *Sports Medicine of the Lower Extremity*. 2nd ed. USA: W.B. Saunders, 1999.
8. Weinstein, Stuart L. and Joseph A. Buckwalter, eds. *Turek's Orthopaedics Principles and Their Application*. 5th ed. Philadelphia: J.P. Lippincott, 1994.