

LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION

FASCIITE PLANTAIRE

CMP 01352
CIM-9 728.7

DÉFINITION

La fasciite plantaire, affection sous-calcanéenne douloureuse, est le résultat d'une inflammation ou d'une contracture de l'aponévrose profonde de la plante du pied (aponévrose plantaire), avec ou sans épine calcanéenne. La fasciite plantaire est également appelée :

- syndrome douloureux du talon
- bursite calcanéenne inférieure
- douleur sous-calcanéenne
- entorse de la voûte plantaire médiale
- meurtrissure du talon
- périostite calcanéenne
- névrite
- épine sous-calcanéenne
- épine de Lenoir
- calcanéodynie
- talon du policier
- talalgie
- talalgie du coureur

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

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié. Certaines affections telles que l'atrophie du coussinet adipeux peuvent être diagnostiquées à tort comme étant une fasciite plantaire.

Il doit également être démontré que l'invalidité dure depuis au moins 6 mois.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

L'aponévrose plantaire, une bande de tissu fibreux qui s'étend du calcanéum jusqu'à la base des orteils, est composée de trois parties : interne, moyenne et externe. La partie moyenne, la plus épaisse, est généralement appelée **fascia plantaire**. Elle prend naissance dans le calcanéum (tubérosité interne). À cet endroit, sa structure est plus épaisse et étroite. Plus près des orteils, elle devient large et mince. Elle se divise en cinq bandes, chacune formant un feuillet supérieur et un feuillet inférieur pour chaque orteil.

L'aponévrose sert entre autres à maintenir la voûte plantaire longitudinale en reliant le calcanéum aux têtes métatarsiennes, ce qui donne un appui statique à la voûte plantaire longitudinale. Peu après l'impact du talon au sol, au début de la phase d'appui du cycle de la marche, le tibia tourne en dedans et le pied s'aplatit, étirant du même coup l'aponévrose plantaire. Comme l'aponévrose n'est pas élastique, des étirements répétés peuvent causer des micro déchirures au niveau du talon.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

La fasciite plantaire est caractérisée par une douleur sous le talon lorsque la jambe est en appui et une sensibilité localisée. L'invalidité peut d'abord se manifester sous la forme de symptômes mineurs pour lesquels le client n'a peut-être jamais consulté un médecin. En général, la douleur apparaît graduellement sans qu'on puisse y associer un traumatisme aigu. La raideur matinale est courante. L'état du patient s'améliore après quelques pas, puis la douleur s'intensifie à mesure que la journée avance. Souvent sévère, la douleur nuit à la marche, car elle est ressentie lors de l'impact du talon au sol. Bien que la douleur puisse diminuer avec l'intensification de l'activité, réapparaissant habituellement après les périodes de repos lorsque le patient reprend son activité, dans les cas les plus sévères, elle est présente chaque fois que le talon supporte une charge. La douleur est généralement localisée dans le talon, mais elle peut irradier dans toute la plante du pied, vers les orteils. Elle peut être sourde, comme pour un mal de dent. Il ne devrait pas y avoir de sensibilité lors des compressions internes du talon.

L'aggravation (évolution négative permanente) de l'affection peut se traduire par une plus grande inflammation et/ou contracture de l'aponévrose, ce qui augmente la douleur et l'inconfort.

On observe parfois des épines osseuses chez les personnes souffrant de fasciite plantaire. Cependant, ces épines ne sont pas une cause de la fasciite plantaire et elles peuvent être présentes sans y être liées.

La fasciite plantaire est courante dans les sports où il faut courir et sauter, ce qui cause des flexions plantaires de la cheville et des flexions dorsales des articulations métatarsophalangiennes à la fois maximales et répétitives. Chez les personnes atteintes, on peut noter une prise de poids récente ou un changement soudain des activités physiques (p. ex. plus grande distance, surface plus dure, nouvelles chaussures).

D'après certaines données, les personnes qui font de l'embonpoint pourraient présenter un risque accru de fasciite plantaire. Cependant, en raison du nombre de variables confusionnelles, y compris l'activité physique réduite des personnes qui font de l'embonpoint et l'adaptation du corps à la prise de poids graduelle, les données qui permettraient de supposer que l'obésité est une cause de l'affection ne sont pas très fiables.

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. Affection du pied et/ou de la cheville présente avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Parmi les affections du pied ou de la cheville en cause, notons :

- pied plat
- pied creux
- pronation chronique du pied
- tendon d'Achille serré causant une flexion dorsale inadéquate
- faiblesse des muscles fléchisseurs plantaires
- ostéopénie du calcanéum
- bursite sous-calcaneéenne

2. Arthropathie présente avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Parmi les arthropathies en cause, notons :

- arthrite associée à une maladie inflammatoire de l'intestin (arthrite entéropathique)
- rhumatisme psoriasique
- syndrome de Reiter
- spondylarthrite ankylosante

3. Traumatisme de la plante du pied avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Pour que le traumatisme ait causé ou aggravé la fasciite plantaire, les observations suivantes doivent être faites :

- sensibilité, douleur, enflure, décoloration, réduction de la mobilité ou tout autre signe ou symptôme pertinent à la plante du pied dans les 24 heures qui suivent la blessure, *et*
- manifestation continue ou intermittente des signes et symptômes entre le moment du traumatisme et le moment du diagnostic.

Par *traumatisme*, on entend une blessure précise ou des blessures répétées à la plante du pied, causées par une force mécanique ou physique externe. Il peut s'agir d'une fracture du calcaneum.

Les blessures répétées peuvent entre autres se produire en faisant de la course. Voici les facteurs à prendre en considération :

- durée et fréquence de la course
- pronation excessive rendant le pied instable et étirant l'aponévrose plantaire
- problème de chaussures (p. ex. chaussures mal adaptées)
- erreur d'entraînement (p. ex. augmentation trop rapide de la distance à courir ou de l'intensité de l'entraînement)

4. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

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

- Épines calcanéennes

C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN PARTIE D'UN FASCIITE PLANTAIRE ET/OU DE SON TRAITEMENT

BIBLIOGRAPHIE

1. Australie. Department of Veterans Affairs : recherche médicale se rapportant au Statement of Principles concernant Plantar Fasciitis, où sont citées les références suivantes :
 - 1) Apley AG and Solomon L (1993) The ankle and foot in *Apley's system of orthopaedics and fractures* 7th Edition. Apley and Solomon (Eds) Butterworth Heinemann Oxford. pp.486-498.
 - 2) Bordelon RL (1993) Heel pain in *Surgery of the foot and ankle*. 6th Edition Mann RA and Coughlin MJ (Eds) Mosby St Louis pp.837-857.
 - 3) Crystal RG (1993) in Sarcoidosis, *Harrison's Principles of Internal Medicine 13th Edition*. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, & Kasper DL (Eds) McGraw-Hill New York pp.1679-1684.
 - 4) Dailey JM (1991) Differential diagnosis and treatment of heel pain. *Clinics in Podiatric Medicine and surgery*. Vol.8 No.1 pp.153-166.
 - 5) DeMaio M, Paine R, Mangine R and Drez D (1993) Plantar fasciitis. *Sports Med Rehab Series*. Vol.16 No.10 pp.1153-1162.
 - 6) *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (1994) 18th Edition. W B Saunders Philadelphia. p.1563.
 - 7) Furey JG (1972) Plantar fasciitis. *J Bone Joint Surgery*. Vol.57-A No.5 pp.672-673.
 - 8) Gerster JC (1980) Plantar fasciitis and Achilles tendonitis among 150 cases of seronegative spondylarthritis *Rheumatol Rehab* Vol.19 pp.218-222.
 - 9) Gerster JC, 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.
 - 10) Hahn BH (1993) Systemic lupus erythematosus in *Harrison's Principles of Internal Medicine 13th Edition*. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, & Kasper DL (Eds). McGraw-Hill New York pp.1643-1648.
 - 11) Hill JJ and Cutting PJ (1989) Heel pain and body weight. *Foot and Ankle*. Vol.9 No.5 pp.254-255.
 - 12) Karr S (1994) Subcalcaneal heel pain. *Ortho Clin North Am*. Vol.25(1) pp.161-175.
 - 13) Klenerman L and Nissen K (1991) Common causes of pain in *The foot and its disorders 3rd Edition*. Klenerman L (Ed) Blackwell Scientific Publications: Oxford London. pp.100-101
 - 14) Lipsky PE (1993) Rheumatoid arthritis in *Harrison's Principles of Internal Medicine 13th Edition*.. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, & Kasper DL (Eds) McGraw-Hill:New York pp.1648-1655.
 - 15) McBryde AM (1984) Plantar Fasciitis. *Instr Course Lect*. Vol.33. pp.278-282.

- 16) Mann RA (1994) The adult ankle and foot in *Turek's orthopaedics: Principles and their application 5th Edition*. Weinstein SL and Buckwalter JA (Eds) J B Lincott Company:Philadelphia pp.655-685.
 - 17) Schepsis A, Leach R and Gorzyca J (1991) Plantar fasciitis: Aetiology, treatment, surgical results and review of the literature. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. No.266 pp.185-196.
 - 18) Schur PH (1993) Psoriatic arthritis and arthritis associated with gastrointestinal disease in *Harrison's Principles of Internal Medicine 13th Edition*. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, & Kasper DL (Eds) McGraw-Hill New York pp.1701-1705.
 - 19) Taurog JD and Lipsky PE (1994) Ankylosing spondylitis, reactive arthritis, and undifferentiated spondyloarthritis in *Harrison's Principles of Internal Medicine 13th Edition*. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, & Kasper DL (Eds) McGraw-Hill:New York. pp.1664-1669.
 - 20) Warren BI (1990) Plantar Fasciitis in runners: treatment and prevention. *Sports Medicine*. Vol.10 No.5 pp.338-345.
 - 21) Wortmann RL (1993) Gout and other disorders of purine metabolism in *Harrison's Principles of Internal Medicine 13th Edition*. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, & Kasper DL (Eds) McGraw-Hill New York pp.2079-2088.
2. Kibler, Ben W., et al, eds. *Functional Rehabilitation of Sports and Musculoskeletal Injuries*. Maryland: Aspen Publications, 1998.
3. *Plantar Fasciitis* @ www.emedicine.com/emerg/topic429.htm, authored by Leslie Milne, M.D., où sont citées les références suivantes:
- 1) Singh D, Angel J, Bentley G. Fortnightly review. Plantar Fasciitis. *BMJ* 1997 Jul 19; 315 (7101): 172-5.
 - 2) The American Orthopaedic Society for Sports Medicine: American Orthopaedic Society for Sports Medicine and National Athletic Trainers Association: Sports Tips - Plantar Fasciitis. 1997.
 - 3) Wapner, K.L., Sharkey, P.F. The use of night splints for treatment of recalcitrant plantar fasciitis. *Foot ankle* 1991 Dec; 12(3): 135-7.