

Faut-il passer des examens pour confirmer le diagnostic ?

Oui car le diagnostic différentiel se fait avec toute autre méta-tarsalgie : avant pied rond antérieur, bursite inflammatoire d'une tête métatarsienne, le névrome peut être associé à un trouble mécanique d'où l'intérêt d'un examen complémentaire. L'Echographie ou le Scanner, permettent de confirmer le diagnostic, mais le meilleur moyen est l'IRM car permet aussi d'apprécier l'importance et le volume de la tuméfaction.

Comment soigne-t-on cette maladie ?

Il existe une possibilité de régression avec un simple changement de chaussage. Il est conservateur et indiqué en cas d'échec chirurgical.

- Médical : Semelles, AINS, Antalgiques, Infiltrations corticoïdes ;
- Chirurgical : en cas d'échec du traitement conservateur,
 - A ciel ouvert : voie dorsale ou plantaire, il permet son excision ou sa neurolyse du névrome avec un bon taux de guérison ;

Faut-il opérer pour faire une biopsie ?

Non, l'opération est indiquée pour des raisons fonctionnelles, pour gêne à la marche, à la course et/ou pour douleur.

Complications ?

Trouble de la cicatrisation, troubles de la sensibilité plantaire et récidive.

Arrêt ?

Un mois, dont 3 avec chaussure de décharge, le temps de la cicatrisation, maximum 6 à 8 semaines avec reprise du sport, 8 à 12 semaines après.

Terminologie : _____ que veulent dire les termes suivants ?

1. **Métatarsalgie** : douleur de l'avant-pied causée par un écrasement de l'arche antérieure ou par des gâtes des orteils ou des têtes M.T. plantaires car relèvement trop longues
2. **Signe de Tinel** : crépitem sous forme de décharge électrique, déclenchée lors de la mobilisation des orteils ou la palpation des espaces inter-osseux
3. **Signe ou manœuvre de Mulder** : si on serre transversalement les orteils à leur base, cela entraîne une gêne douloureuse
4. **Infra-clinique** : c'est-à-dire l'apparition de nodules et des cordons sans signes ou symptômes douloureux ou fonctionnels

Dr. Richard BORG

Chirurgie du pied et de la cheville

Membre du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes
Chirurgie Orthopédique et traumatologique

e-mail : contact@infochirpied.fr Site : www.infochirpied.fr



NÉVROME (OU SYNDROME) DE MORTON

Qu'est-ce que le syndrome ou le névrome de Morton* ?

C'est la formation d'une tuméfaction de 4 à 8 mm de diamètre d'origine neurologique, à partir d'un nerf plantaire interdigital siégeant dans l'espace métatarsien (fig 1). D'origine mécanique, le névrome est favorisé par un chaussage serré, il est plus fréquent chez la femme, il peut régresser spontanément.

C'est dans le 3^e espace inter métatarsien qu'on le retrouve dans 2/3 des cas, sinon il peut exister au niveau du 2^e ou 4^e. Il est bilatéral dans 20 % .

Cliniquement, le patient se plaint de douleurs situées dans l'avant-pied sous forme de brûlure ou de lancement, parfois sous forme de décharge électrique dans la voûte plantaire avec difficulté à la marche et / ou à la course. La douleur peut être nocturne et dans certains cas, s'accompagner de troubles de la sensibilité des orteils. On décrit un signe dit de Tinel et un autre signe dit de la sonnette. En fait, la douleur est déclenchée par une manœuvre de l'examineur, celle du serrage transversal des têtes métatarsiennes³.

Y a-t-il des causes favorisantes ?

On note une hérédité dans un 1/3 des cas, il est difficile de dire avec précision les causes mais, outre l'hérédité, on note le diabète, l'alcoolisme, les micro-traumatismes répétés, les immobilisations suite à des fractures, certaines prises médicamenteuses (Gardenal ?) parmi les circonstances favorisantes.



fig. 1 : le névrome siège entre les têtes métatarsiennes

