



PIED CREUX

C'est la fermeture de la concavité de la voûte plantaire encore appelée "cavus", un peu à la manière du rapprochement des deux branches d'un compas.

On définit le "creux" par la nature des empreintes plantaires sur une plateforme lumineuse dont il existe trois stades, même si cette identification n'a pas vraiment de conséquence sur la prise en charge.

De fait, le pied ne repose plus que par sa partie antérieure et le talon au sol, ce qui a pour première conséquence un manque d'appui et de stabilité.

Cette morphologie anatomique est assez banale en soi, la plupart du temps parfaitement tolérée mais quand ses conséquences deviennent douloureuses ou gênantes, le pied creux mérite d'être pris en charge.

Institut de la Cheville et du Pied
136, rue Blomet - 75015 Paris
01 43 37 68 21

"Un pas en avant"



On distingue deux grands groupes

1/ Le Pied creux (antéro) interne

Il s'agit d'une déformation tridimensionnelle réalisant une véritable torsion du pied "en hélice". Le talon est orienté en dedans (en "varus") alors que l'avant pied subit une torsion inverse (en "pronation"). Il est souvent d'origine neurologique et l'on doit rechercher des cas similaires dans la famille.

Pour compenser la position couchée du talon, le premier métatarsien se verticalise.

Chez l'enfant ou l'adolescent cela se traduit souvent par une instabilité de la cheville ou une saillie au dos du pied pouvant rendre le chaussage difficile.

Avec le temps, s'y associent souvent d'autres signes : des métatarsalgies (du fait de la rétraction du tendon d'Achille et de la chaîne postérieure) avec des durillons d'appui, des griffes d'orteil. Les patients usent leurs chaussures préférentiellement sur le bord externe, et recherchent le port d'un talon.

2/ Le Pied creux direct (PCD)

Bien plus fréquent, il peut être "antérieur" dans lequel les métatarsiens sont trop verticaux, ou "postérieur" dans lequel au contraire c'est l'os du talon, le calcaneus, qui est trop vertical : cette dernière forme est souvent aussi neurologique (séquelle de poliomyélite antérieure aiguë, spina bifida...) par atteinte de certains muscles du mollet.

Une forme "mixte" combinera ces deux aspects. Mais dans tous les cas, le talon reste axé.

Les signes cliniques en sont très variables : un simple creusement de la voûte plantaire, des griffes modérées des orteils, une instabilité de la cheville, des métatarsalgies, une talalgie par conflit avec la chaussure.

"Un pas en avant"



Les examens complémentaires

La radiographie de face et de profil en charge complétée éventuellement d'incidence spéciale permettant de mesurer l'axe de déviation éventuelle de l'arrière-pied est indispensable lors d'une première consultation pour permettre au chirurgien de faire un bilan complet de la déformation. Chaque forme possède ses propres caractéristiques.

L'électromyogramme permet de faire le diagnostic des formes neurologiques, complété à la demande par une biopsie neuro-musculaire (diagnostic de maladies rares par un prélèvement de tissu), ou des examens plus ciblés tels une radiographie, ou une IRM du rachis lombaire et du sacrum.

"Un pas en avant"