

TENDINOPATHIES DE LA CHEVILLE

MONACO 22 NOVEMBRE 2014

1° PLAN INTERNE
2° PLAN ANTERIEUR
3° PLAN EXTERNE

ETUDE
ANATOMO-CLINIQUE

Dct O FICHEZ St RAPHAËL



LE PLAN INTERNE : 3 TENDONS

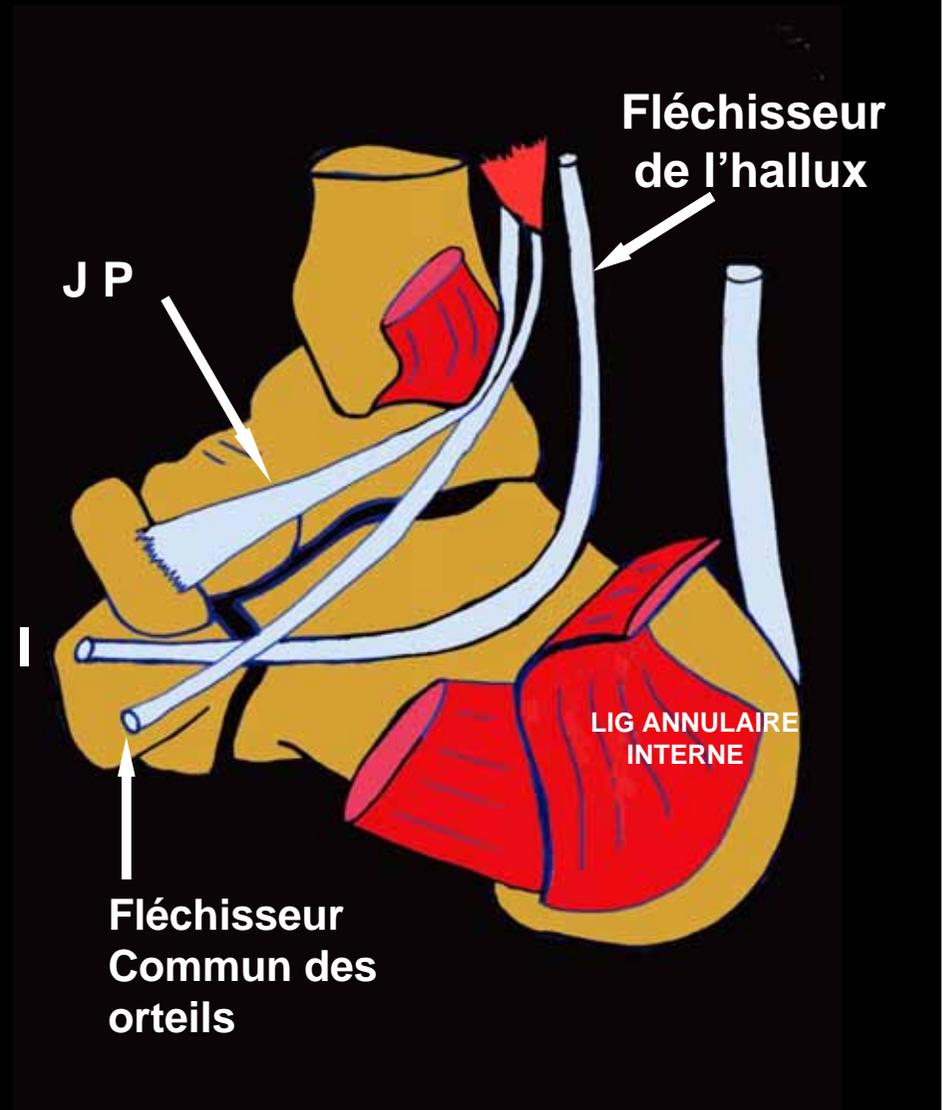


TENDINOPATHIE DU BORD INTERNE

ELLE CONCERNE 3 TENDONS PRINCIPAUX

- 1° Le tibial postérieur
- 2° Le fléchisseur commun
- 3° Le fléchisseur propre de l'hallux

Tous ont un trajet rétro et inféro malléolaire interne et passe sous le ligament annulaire interne qui réalise la principale zone de conflit



ANATOMIE DES FLECHISSEURS

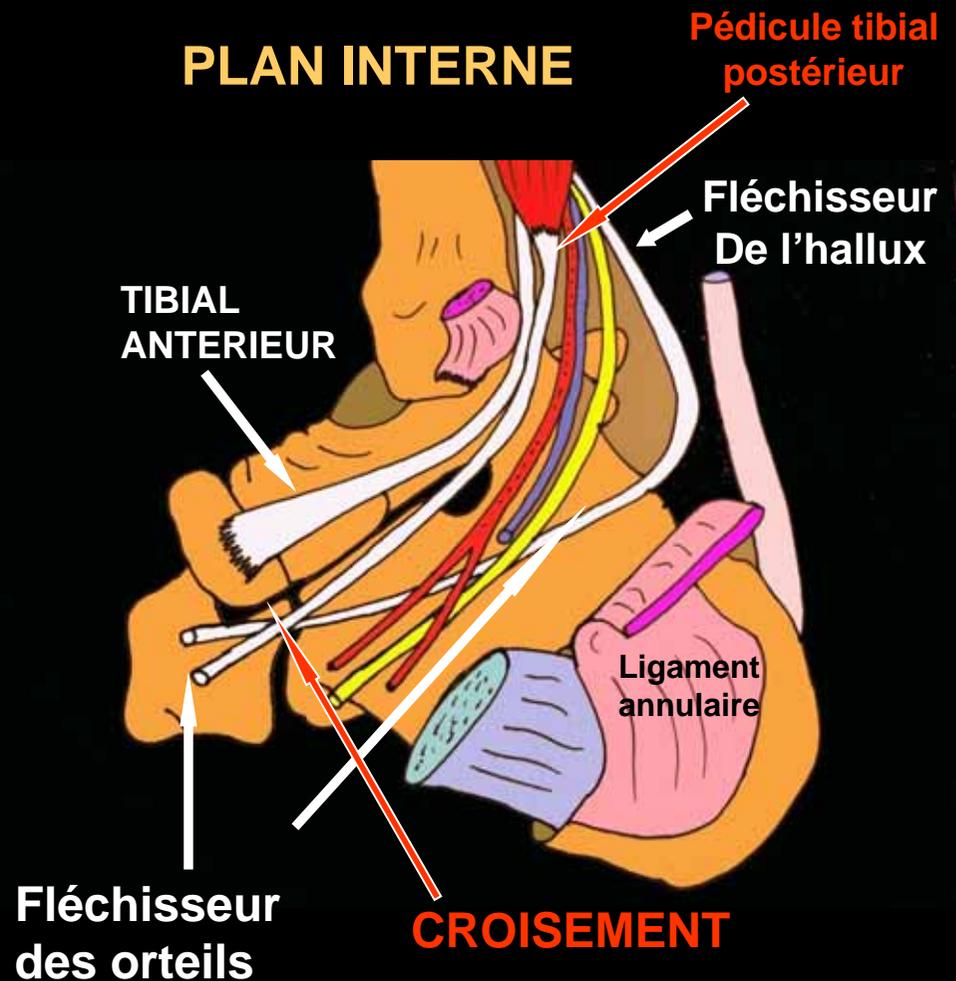
1° LE FLECHISSEUR PROPRE DE L'HALLUX

Il est le plus postérieur du groupe médial séparé des 2 autres par le pédicule tibial postérieur

2° LE FLECHISSEUR COMMUN

Il se situe juste en arrière du tibial postérieur

Puis les 2 vont s'infléchir à 90° et vont passer sous le sustentaculum tali ou **ils se croisent**



INSERTION DISTALE

1° LE LONG FLECHISSEUR DE L'HALLUX

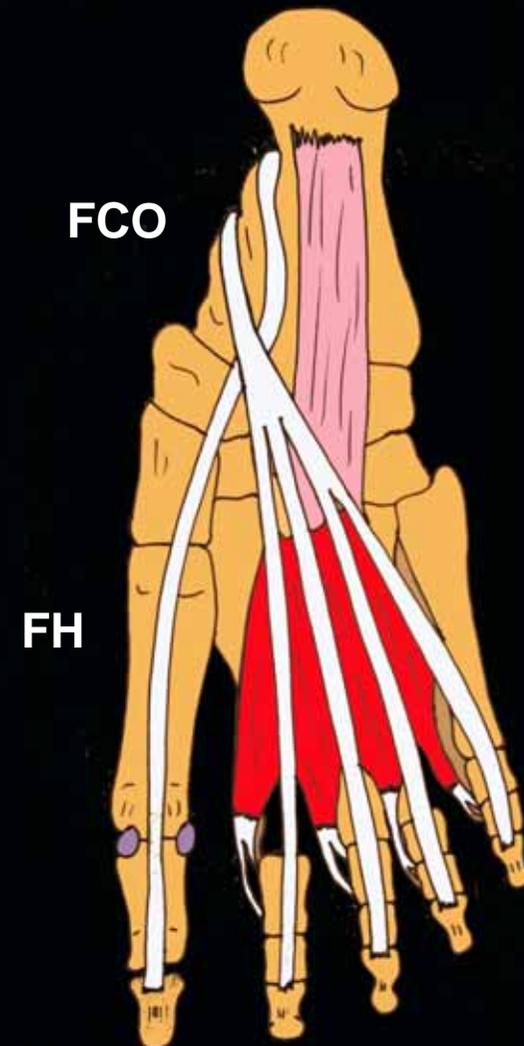
Après avoir croisé le FC il passe sous le 1^{er} rayon entre les 2 sésamoides et s'insère sous P2

2° LE FLECHISSEUR COMMUN DES ORTEILS

Après avoir obliqué vers la plante du pied il croise le long fléchisseur de l'hallux

Il se distribue aux 4 derniers orteils au niveau de la phalange distale

FACE PLANTAIRE



PHYSIOPATHOLOGIE DU FLECHISSEUR DE L'HALLUX

PATHOLOGIE FREQUENTE
LORS DE LA PRATIQUE DE LA DANSE ++
ET DES SPORTS DE HAUTE IMPULSION
ELLE PEUT SE PRESENTER SOUS

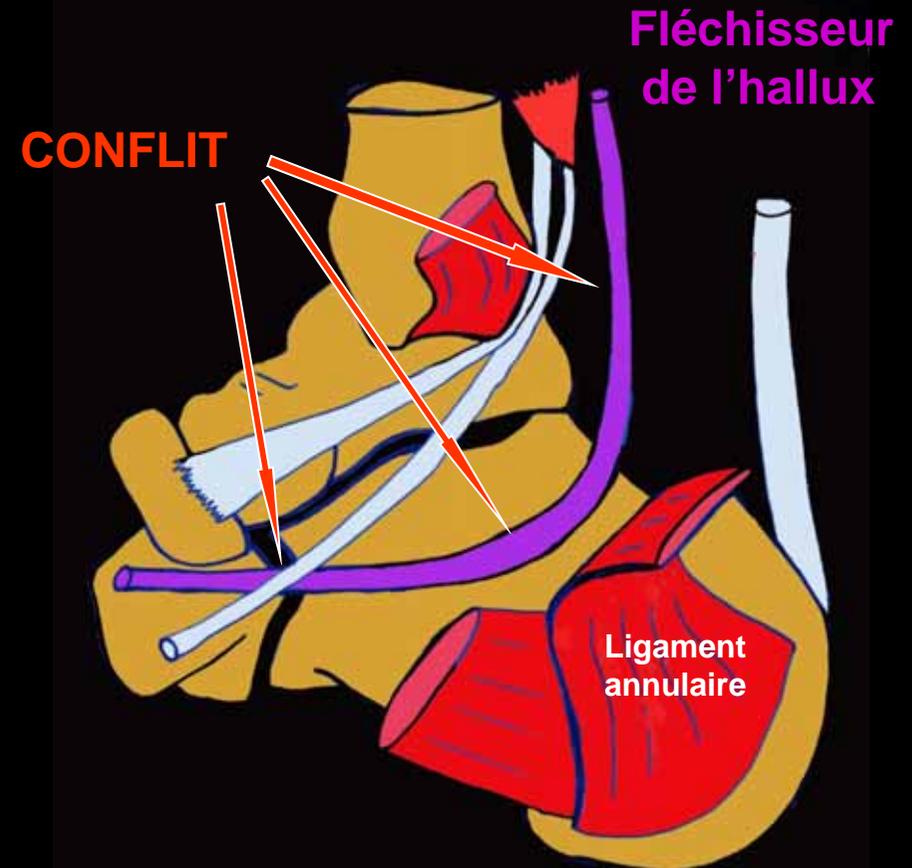
2 ASPECTS

1° TENOSYNOVITE SIMPLE

2° LE RESSAUT

ANATOMIE DU RESSAUT

- au contact du TP
- à son engagement sous le ligament annulaire interne
- en regard de la queue du talus
- en conflit avec une fracture du talus, du calcanéum ou du 1er cunéiforme
- au croisement sous le fléchisseur des orteils



PHYSIOPATHOLOGIE DU FLECHISSEUR COMMUN DES ORTEILS

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

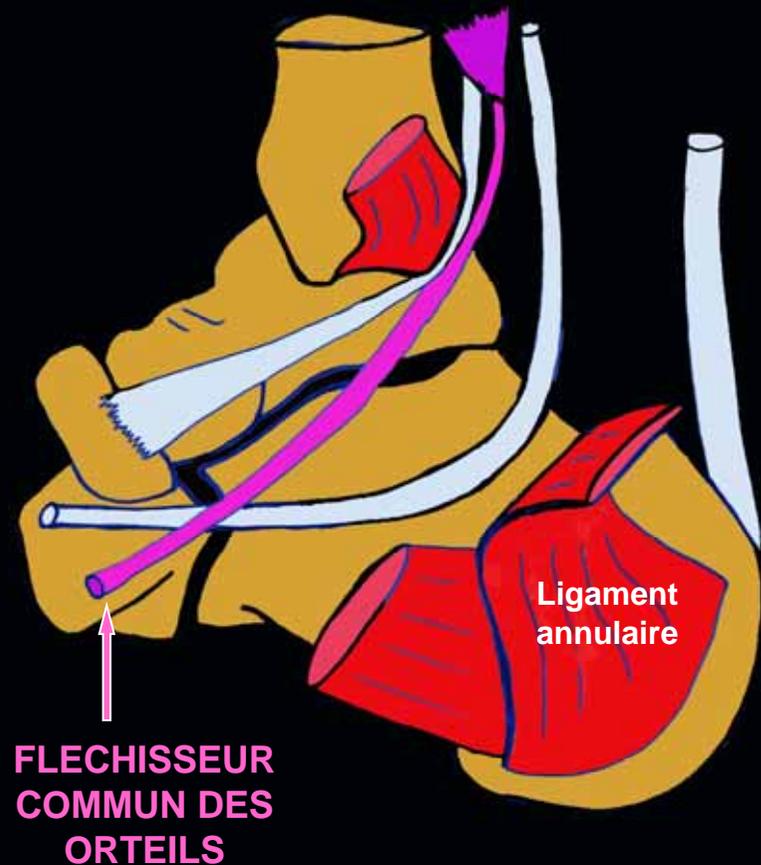
1° TENOSYNOVITE

Par conflit contre la
gouttière rétro-malléolaire
interne sous le ligament
annulaire

2° RESSAUT

Lors de son croisement
avec le fléchisseur de
l'hallux

APANAGE QUASI EXCLUSIF
DE LA DANSE
CLASSIQUE



DIAGNOSTIQUE CLINIQUE

INTERROGATOIRE

NOTION DE RESSAUT DANS UN
CONTEXTE DE DOULEUR POSTERO
INTERNE

EXAMEN CLINIQUE

Tuméfaction en rapport avec une
ténosynovite

Douleur et gonflement de la gouttière rétro-
malléolaire interne

Douleur au test isométrique soit du FH soit
du FCO

Mais pas de faiblesse en flexion contrariée
qui signerait une rupture

Exploration dynamique en concentrique et
en excentrique permettant d'objectiver
un **éventuel ressaut**

DANSEUSE
CLASSIQUE
13 ANS



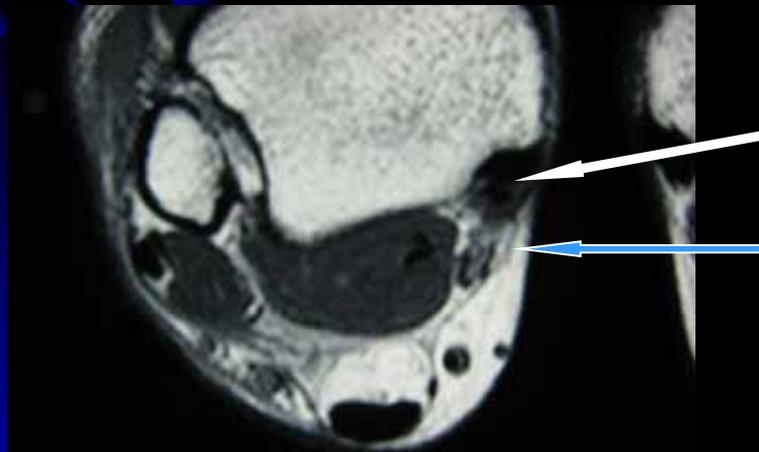
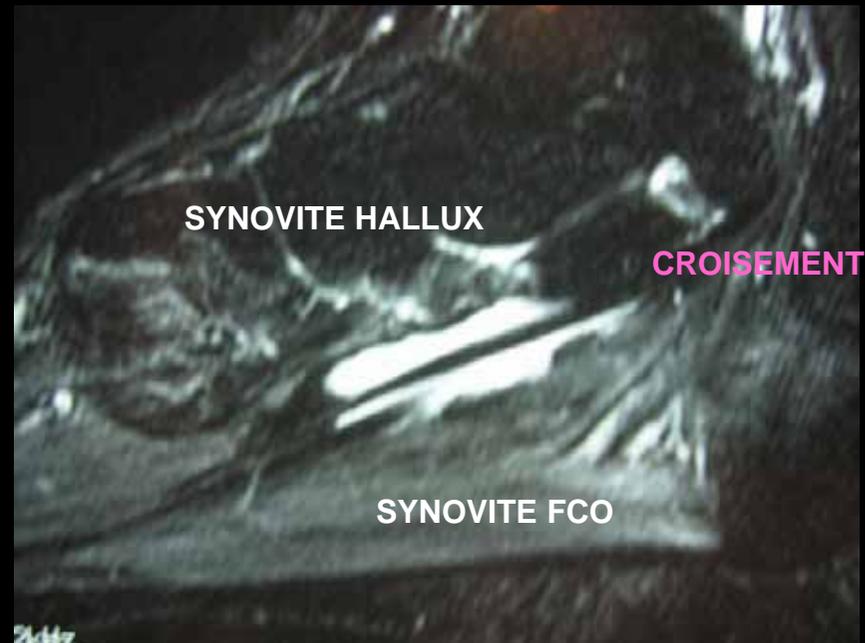
ISOMETRIE
DE L'HALLUX

IMAGERIE : ECHOGRAPHIE IRM

Le tendon du **fléchisseur commun** se situe au niveau **rétro malléolaire interne en arrière du TP** avec un diamètre égal à la moitié de ce TP

L'écho ou l'IRM différencieront la tendinopathie corporéale de la ténosynovite classique

SOUVENT ASSOCIES DANSE +++



Tendon tibial postérieur

Tendon du **fléchisseur commun**
Le diamètre est environ égal à la moitié
Du tibial postérieur

TRAITEMENT DE CES 2 TENDONS

SELON LE CADRE ANATOMO
PATHOLOGIQUE

1° La Téo-synovite

AINS locaux

Infiltration prudente de la gaine
écho guidée

2° Le ressaut

Il est très souvent chirurgical si
échec de l'infiltration par
libération de la zone de conflit
responsable du ressaut



TENDINOPATHIE DU TIBIAL POSTERIEUR

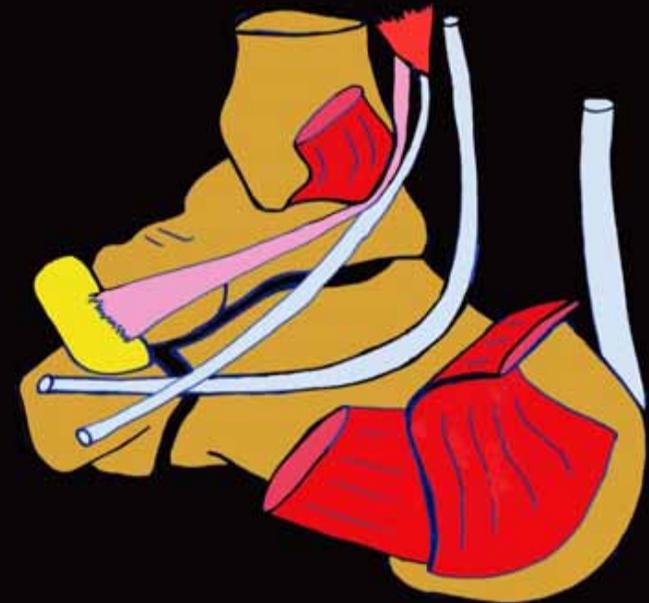
ANATOMIE :

Le TP naît à la partie postéro supérieure du tibia puis descend verticalement jusqu'à la cheville

Il s'engage alors en rétro malléolaire interne sous le ligament annulaire ou le TP présente un diamètre 2 fois supérieur au FCO et toute diminution de ce diamètre doit faire évoquer une tendinopathie



VUE MEDIALE



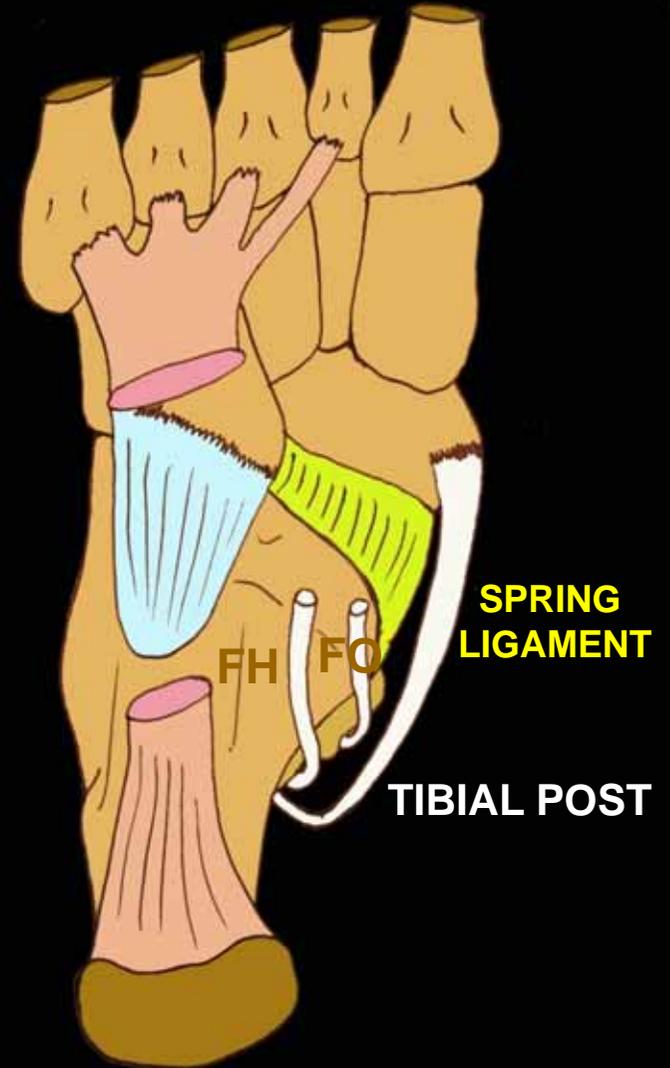
VUE POSTERIEURE
RETRO TIBIALE

ANATOMIE DU TIBIAL POSTERIEUR

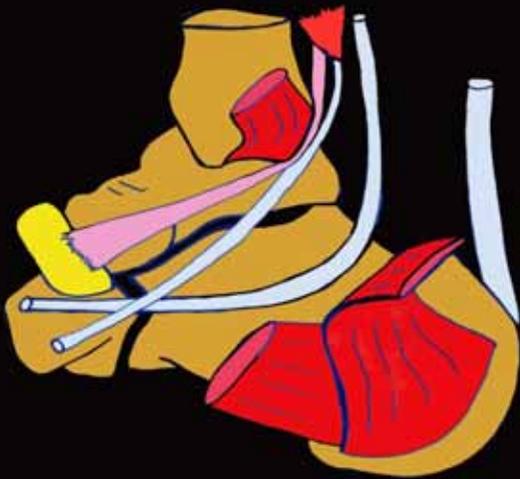
ANATOMIE : PASSAGE SOUS MALLEOLAIRE

Au niveau sous-malléolaire interne le TP s'infléchit et vient se placer au bord médial du talus dont il est séparé par le « spring ligament » ou ligament calcanéonaviculaire qui est un soutien majeur de la voûte plantaire

Toute atteinte ici du TP doit faire rechercher une atteinte associée du spring ligament



**SPRING LIGAMENT
OU LIGAMENT
CALCANEO-NAVICULAIRE
PLANTAIRE**

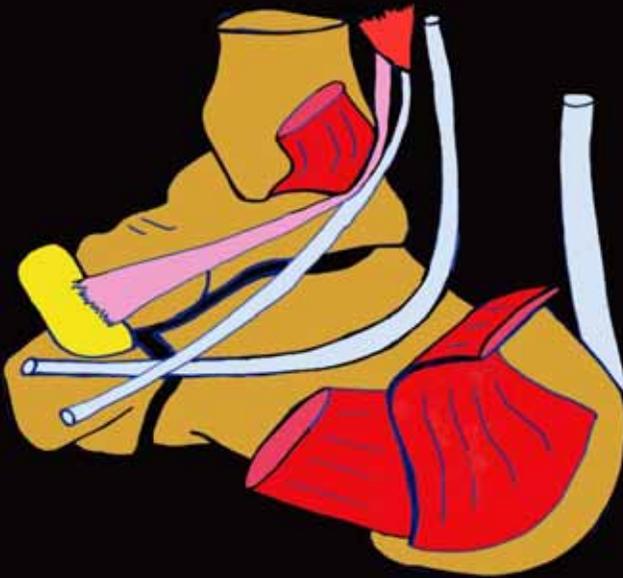


ANATOMIE DU TIBIAL POSTERIEUR

ANATOMIE : INSERTION DISTALE

Au niveau de son insertion distale le TP se divise en 3 faisceaux dont le plus important sur le scaphoïde tarsien

Les 2 faisceaux accessoires s'insèrent sur tous les os du tarse sauf le talus ainsi que sur la base des 2^{ème} 3^{ème} et 4^{ème} métatarsiens



Vue postérieure

Insertion complexe
Tous les os du tarse
Tous les métas
Sauf le I et V

VUE POSTERIEURE

CLINIQUE : 3 TABLEAUX

1° LA TENDINOPATHIE MECANIQUE DU TIBIAL POSTERIEUR

Il s'agit le plus souvent d'une
ténosynovite

Son tableau est proche quelqu'en
soit le siège à ceci près d'une
recherche systématique du
« spring ligament » en sous
malléolaire interne

La rupture est sa complication
potentielle

2° L'INSERTITE DU TP

Elle pose le problème d'un
éventuel scaphoïde accessoire

3° LA RARE LUXATION DU TP



1° LA TENDINOPATHIE DU TIBIAL POSTERIEUR

La sollicitation du Tibial postérieur est importante lors des sports de course avec changement brusque de direction (basket , hand , tennis)

Il faut insister sur les facteurs favorisants

1° Entraînement excessif en hyper pronation

- Soit pied plat valgus constitutionnel
- Soit chaussure pronatrices

2° Surcharge pondérale et sportif de plus de 50 ans

3° Importance enfin du conflit tendon / ligament annulaire interne



DIAGNOSTIQUE CLINIQUE

CONTEXTE SPORTIF COURSE AVEC BRUSQUES
CHANGEMENTS DE DIRECTION TENNIS BASKET ..

EXAMEN CLINIQUE

- 1° Œdème et ecchymose rétro malléolaire
- 2° Douleur à la palpation rétro malléolaire interne
- 3° Douleur au testing isométrique du TP

Le tibia postérieur est un fléchisseur, adducteur et rotateur interne c'est donc dans cette cinématique d'inversion que se fait le testing

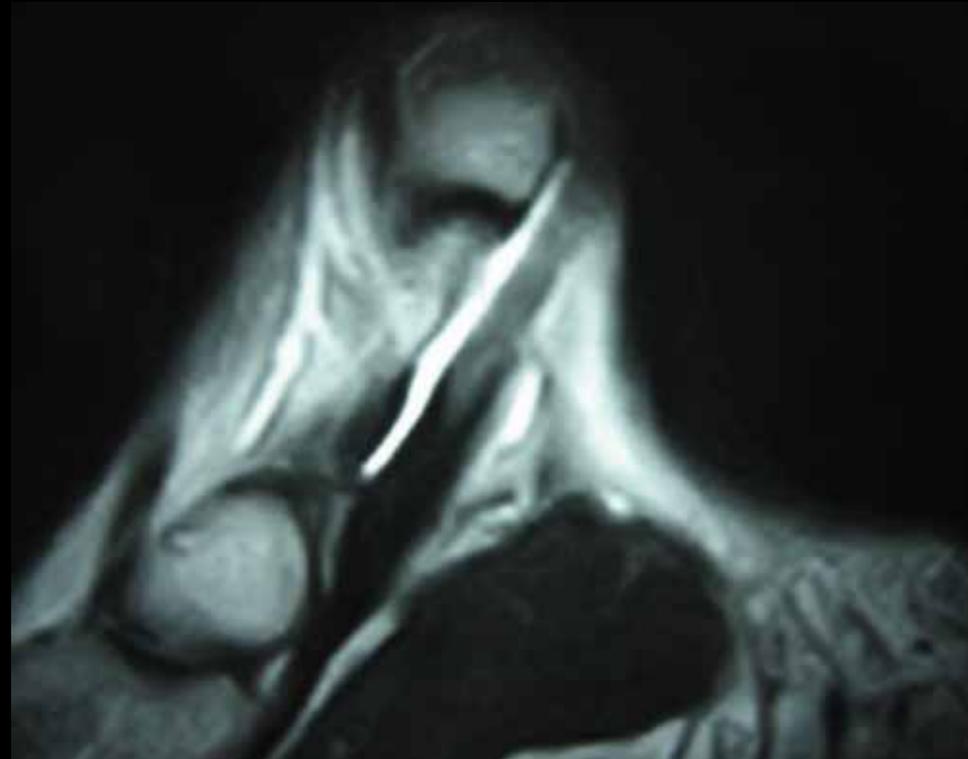
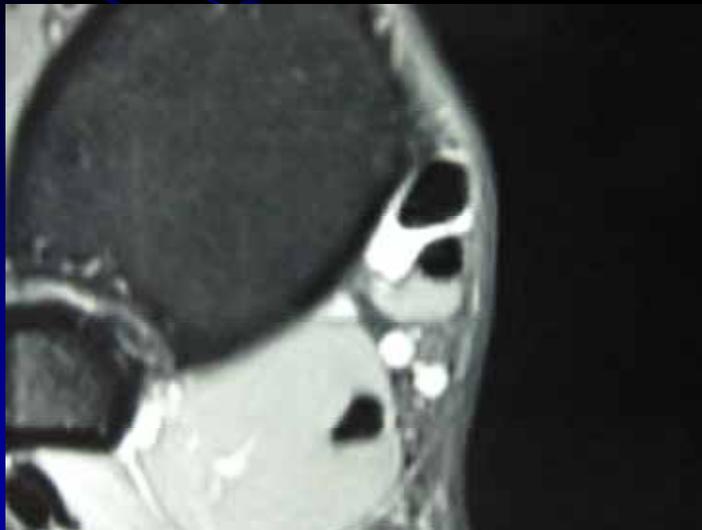


EXAMENS COMPLEMENTAIRES

ECHOGRAPHIE

IRM

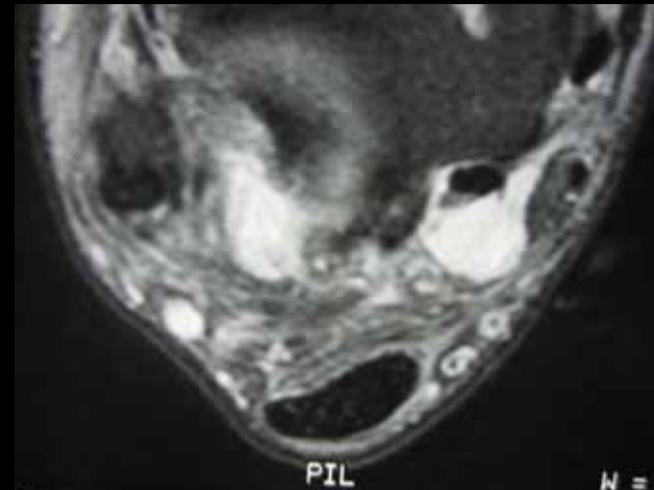
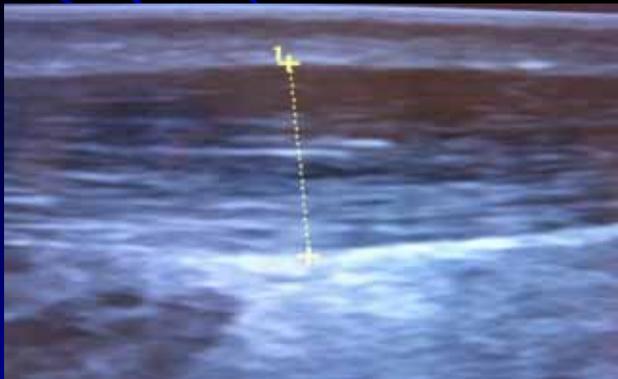
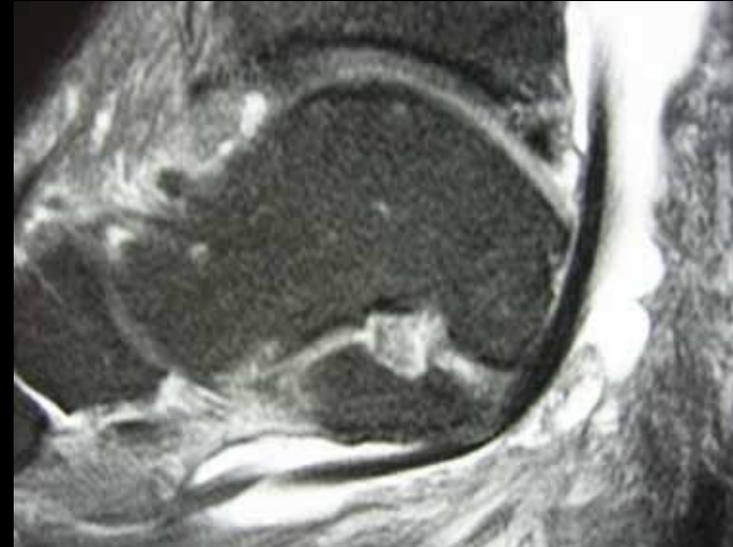
Le tibial postérieur présent un diamètre 2 fois supérieur au FC toute modification de ce diamètre traduit une tendinopathie corporéale



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Diagnostique
échographique ou
mieux en IRM montrant

- 1° la continuité du tendon éliminant une rupture
- 2° l'œdème de la gaine synoviale signant une ténosynovite



COMPLICATION LA RUPTURE

CIRCONSTANCE DE SURVENUE

1° LA RUPTURE PARTIELLE

Progressive par une douleur rétro malléolaire interne

Allongement progressif à la manière d'un chewing-gum

Tissu fibreux cicatriciel d'interposition sans rupture totale



2° LA RUPTURE TOTALE

brutalement par une douleur avec sensation d'élastique qui se distend en situation rétro malléolaire interne en même temps qu'une **déformation en valgus pied plat**



2° L'INSERTITE DISTALE

ELLE POSE LE PROBLEME DIFFERENTIEL
ENTRE OS NAVICULAIRE ACCESSOIRE
ET SESAMOÏDE DU TP

D'1 POINT DE VU RADIO ANATOMIQUE IL
FAUT DIFFERENCIER

Type 1 : l'os sésamoïde du TP est petit infra
centimétrique rond ou ovalaire
purement intra tendineux donc à l'abri
de tout arrachement

Type 2 : l'os naviculaire accessoire . Il est
triangulaire dont le base regarde la
tubérosité naviculaire à laquelle il est
connecté par du tissu fibro-cartilagineux

C' est un défaut de fusion du noyau
accessoire il peut sous de fortes
contraintes être arraché



3° INSTABILITE DU JAMBIER POSTERIEUR

PHYSIOPATHOLOGIE

Elle va résulter d'une altération le plus souvent brutale du système de contention annulaire en flexion dorsale violente avec inversion de l'avant pied (ski alpin) entraînant une tension majeur du tendon sur son système de contention

CLINIQUEMENT A UN STADE TARDIF

« effet essuie glace » du JP dans le plan sagittal

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Réfection du ligament annulaire interne



TENDINOPATHIES ANTERIEURES DE LA CHEVILLE

CONFLIT ENTRE LA CHEVILLE ET LA CHAUSSE



TENDINOPATHIES ANTERIEURES

ELLES CONCERNENT 3 TENDONS

- 1° Le tendon tibial antérieure
- 2° L'extenseur de l'hallux
- 3° L'extenseur commun des orteils

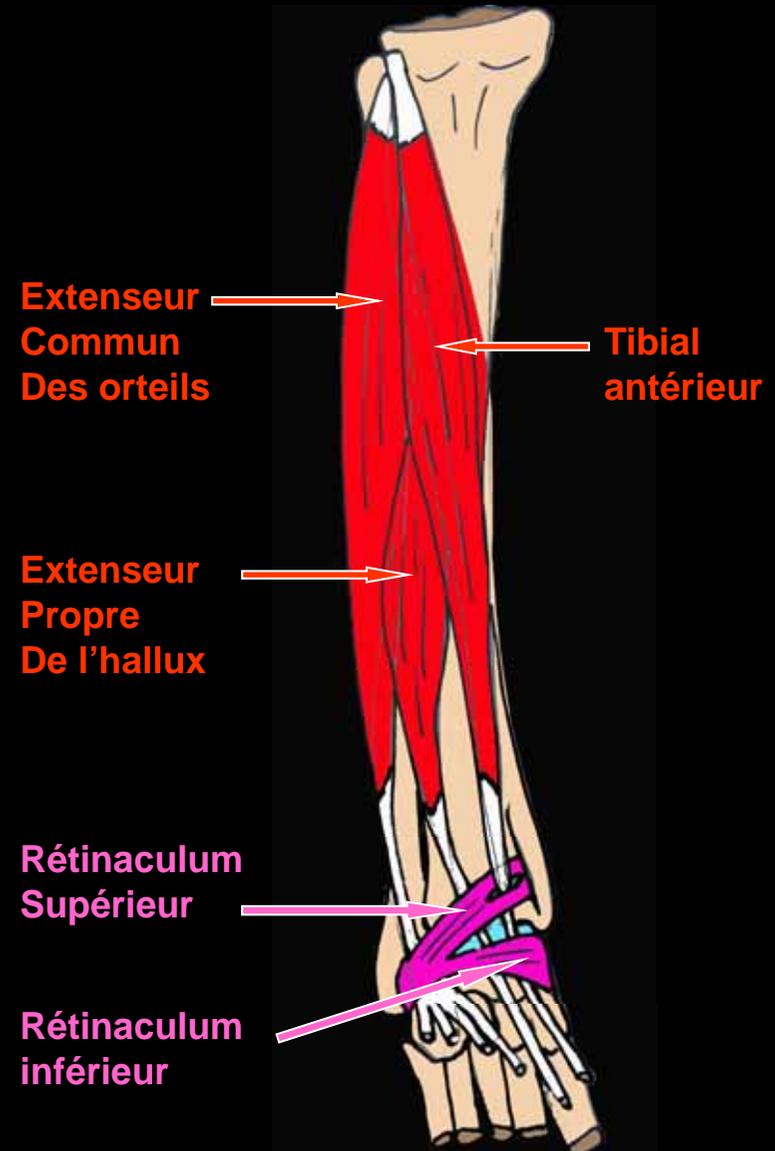
PHYSIOPATHOLOGIE REPOSE SUR UN CONFLIT EXTRINSEQUE

Entre ces 3 tendons et le ligament annulaire antérieure constitué de 2 feuilletts

- 1 rétinaculum supérieur
- 1 rétinaculum inférieur

Ces tendons bénéficient de gaines synoviales génératrice de **Téno-synovites crépitantes**

FAVORISE PAR LA CHAUSSE



1° TENDON TIBIAL ANTERIEURE (ex jambier antérieure)

ANATOMIE

1° Insertion proximale :

Proximale : tubercule de Gerdy , face latérale de la TTA et face latérale du tibia

2° Trajet :

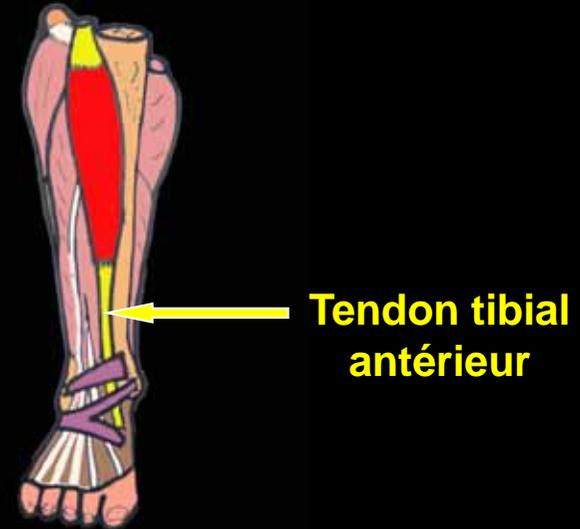
Vertical avec un point de réflexion au niveau du ligament annulaire antérieur ou il traverse un dédoublement du feuillet superficiel du ligament ou il est potentiellement agressé

3° Insertion terminale:

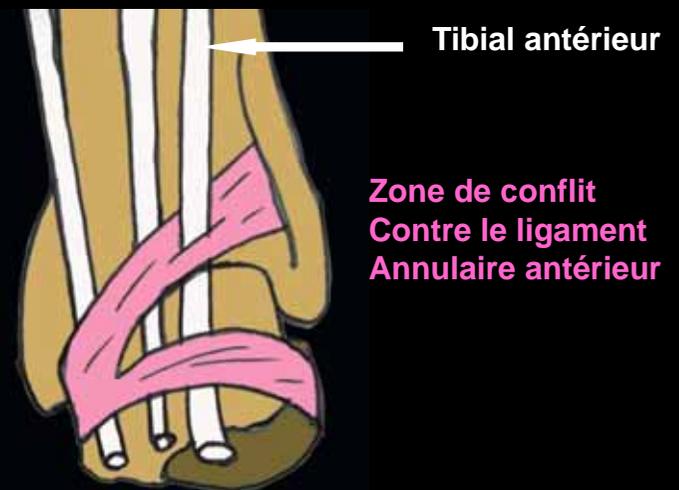
Distale à la face interne du 1^{er} cunéiforme et de la partie médiale de la base du 1^{er} métatarsien

Risque d'erreur diagnostique
avec articulation

cunéo-métatarsienne et fracture de fatigue de la base du 1^{er} métatarsien



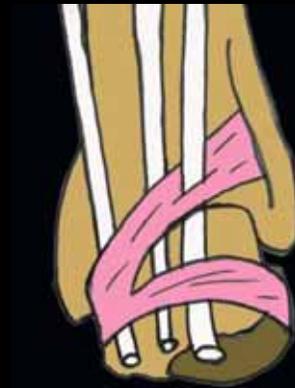
Tendon tibial antérieur



Tibial antérieur
Zone de conflit
Contre le ligament
Annulaire antérieur

2 FORMES CLINIQUES BIEN DISTINCTES

1° TENDINOPATHIE ET TENOSYNOVITE
PAR CONFLIT ANTERIEUR CONTRE LE
LIGAMENT ANNULAIRE ANTERIEUR



2° TENDINOPATHIE D'INSERTION DISTALE
CUNEO-METATARSIENNE

2° TENDINOPATHIE DU LONG EXTENSEUR DE L'HALLUX

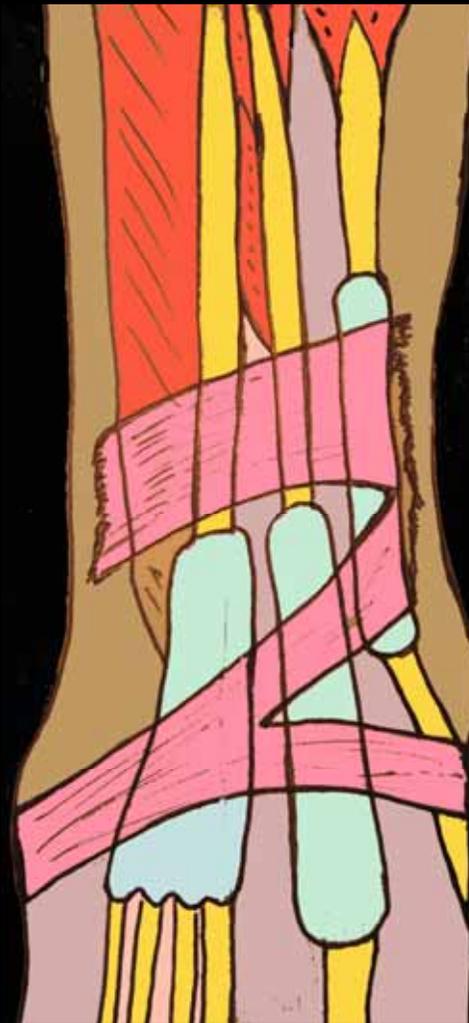


ANATOMIE

Il passe sous le rétinaculum inférieur et se dirige vers le 1^{er} rayon ou il s'insère sur la base de la phalange distale

PHYSIO-PATOLOGIE

Résulte d'un conflit sous le ligament annulaire antérieur
Outre l'ergonomie des chaussures les Impactions répétitives peuvent être incriminées

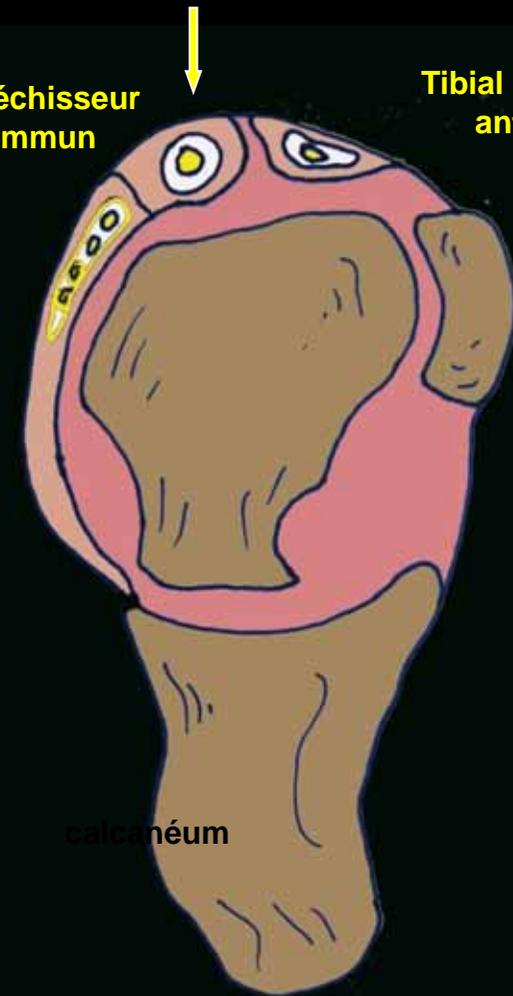


Extenseur de l'hallux

léchisseur ommun

Tibial antérieur

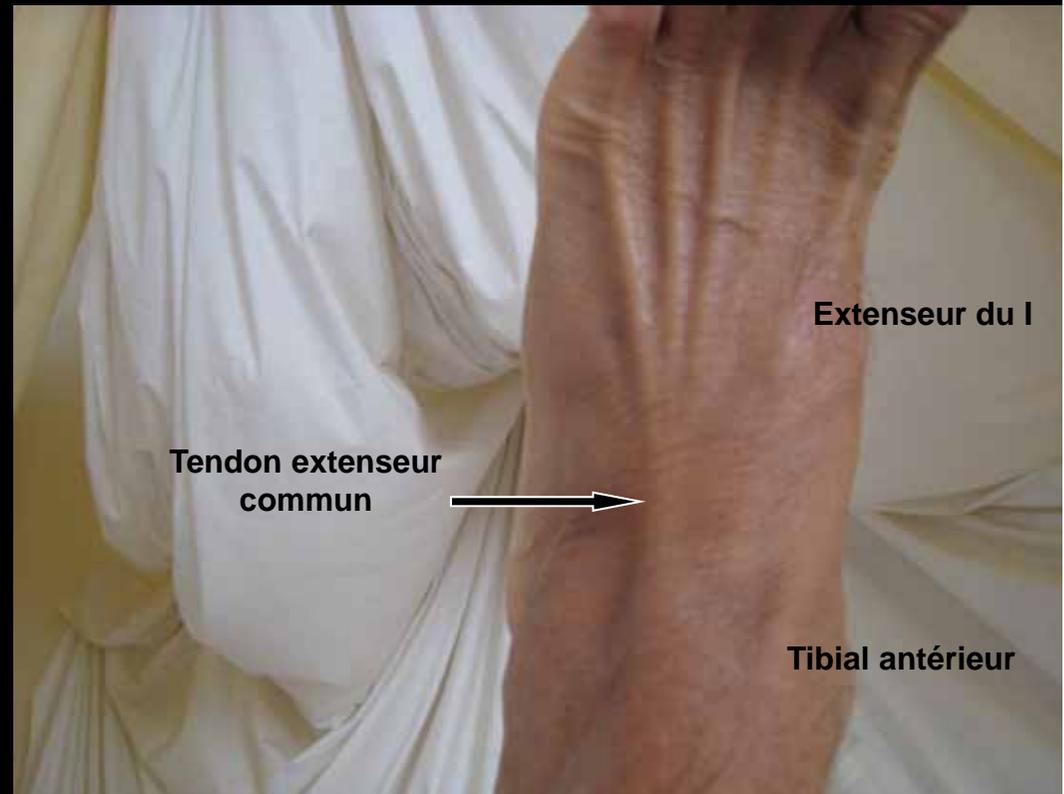
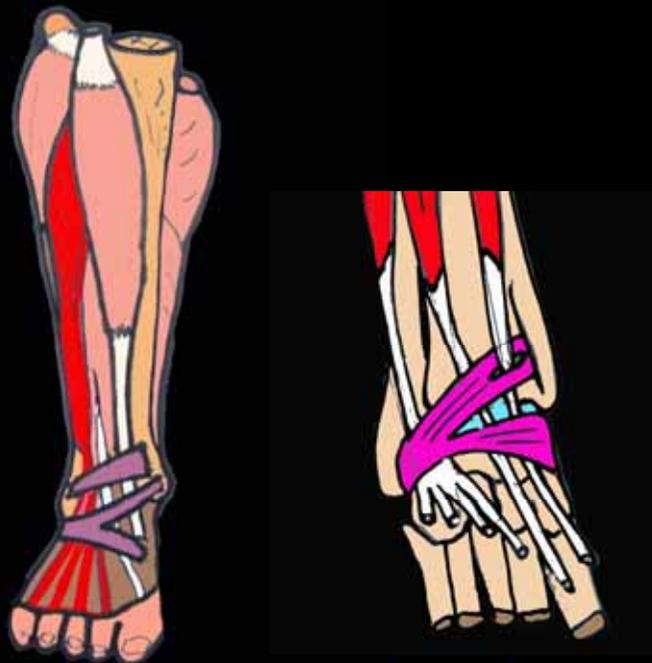
calcanéum



3° TENDINOPATHIE DE L'EXTENSEUR COMMUN

ANATOMIE

Il passe sous le rétinaculum inférieur en dehors de l'extenseur du I et se distribue après division en 2 faisceaux qui se divisent eux mêmes en 4 faisceaux distribués aux phalanges



Tendon de l'extenseur commun des orteils

ANATOMIE FONCTIONNELLE



PHYSIOPATHOLOGIE : ERGONOMETRIE

ANATOMIE PATHOLOGIE

La Pathologie mécanique est la plus fréquente mais il faut toujours évoquer une maladie inflammatoire débutante

Implication **ergonométrique** majeure des chaussures à tiges montante et compressive facteur de friction antérieure

- Chaussure de ski (cablage dans la coque)
- Patin à glace
- Chaussure de sécurité , militaires
-

RARE RUPTURE DU TENDON

Déficit de flexion dorsale avec pseudo steppage à différencier d'une atteinte du nerf fibulaire



IMAGERIE

ECHO GRAPHIE

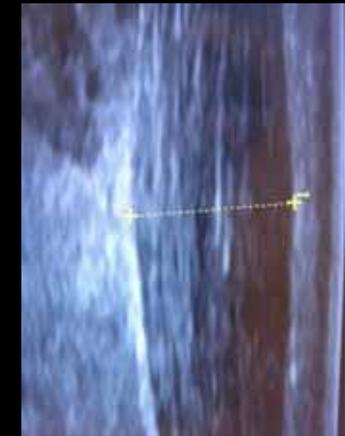
Elle permet le diagnostic différentiel entre tendinite péri tendinite et ténosynovite

1° Tendinopathie

Seul le corps tendineux est anormal avec perte de l'écho structure fibrillaire et épaissement du tendon

2° Téo-synovite

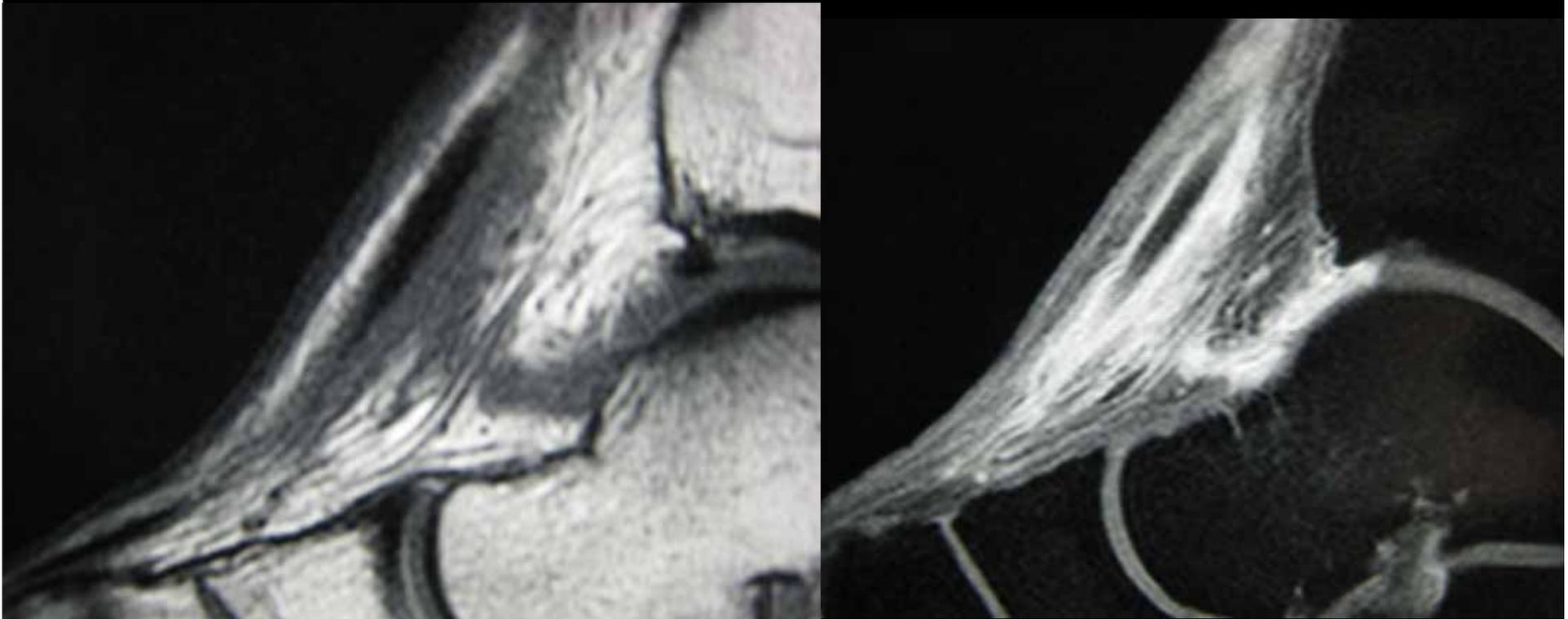
Liquide dans la gaine tendineuse +/- épaissement synovial



IMAGERIE

IRM

Diagnostique très performant mais d'un coût bien supérieur et d'une disponibilité moindre que l'échographie



TRAITEMENT DE LA TENDINOPATHIE TIBIALE ANTERIEURE

TENDINOPATHIE PAR CONFLIT ANTERIEUR

Traitement local par US physiothérapie
AINS locaux

Protection de la zone (plaque en latex
entre la chaussure et le tendon
élasto-mousse ...)



TENDINOPATHIE D'INSERTION DISTALE

Traitement local avec parfois geste
d'infiltration mais non répété du fait
de la fragilisation potentielle du
tendon



RUPTURE

1/3 des ruptures décrites dans la
littérature n'ont pas fait l'objet
d'une réparation du fait de leur
relative bonne tolérance

TENDINOPATHIE DE LA FACE EXTERNE DE LA CHEVILLE



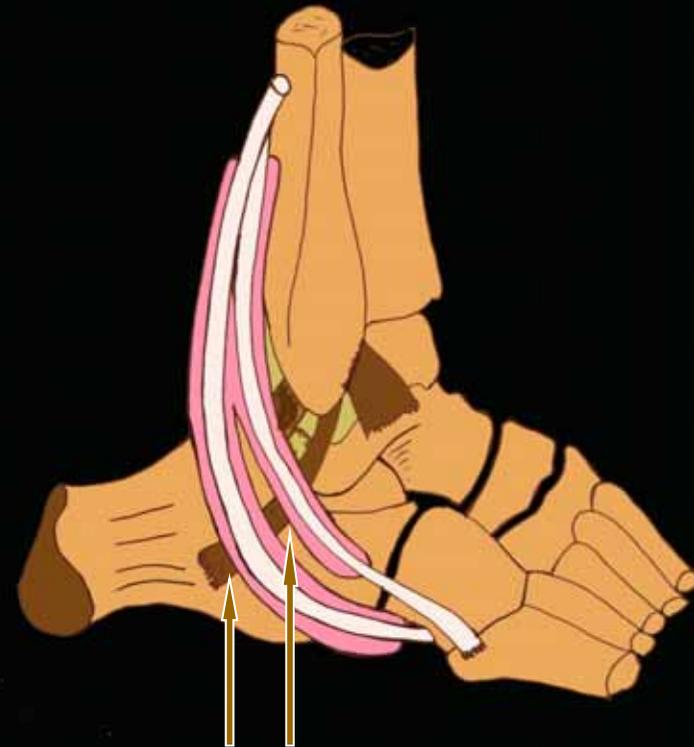
LES TENDONS FIBULAIRES (EX PERONIERS LATERAUX)

TENDINOPATHIE DES FIBULAIRES

ANATOMIE

Après un trajet externe le court et le long fibulaire s'engagent en arrière de la malléole externe en jouxtant par en dehors des faisceaux postérieur et moyen du LLE puis longe le calcanéum pour diverger avec **2 gaines synoviales séparées**

- **Le long fibulaire** s'engage sous le cuboïde passe sous la plante du pied et s'insère sur la base du 1^{er} métatarsien
- **Le court fibulaire** s'insère sur la base du 5^{ème} métatarsien



Contact étroit entre les tendons fibulaires
Et le ligament calcanéο - fibulaire

TENDINOPATHIE DES FIBULAIRES

ANATOMIE

Ces 2 tendons sont maintenus en arrière de la malléole externe par un retinaculum supérieur et un rétinaculum inférieur

ANATOMO PATHOLOGIE

2 SYNDROMES

- 1° tendinopathie des fibulaires
Inclue le syndrome fissuraire du CPL
- 2° Instabilité des tendons fibulaires



RETINACULUM SUPERIEUR ET INFERIEUR

1° TENDINOPATHIE DES FIBULAIRES

2 CADRES PHYSIO-PATHOLOGIQUES DIFFERENTS

1° Tenosynovite

2° Tendinopathie
corporéale incluant le
syndrome fissuraire

TABLEAU CLINIQUE
PROCHE

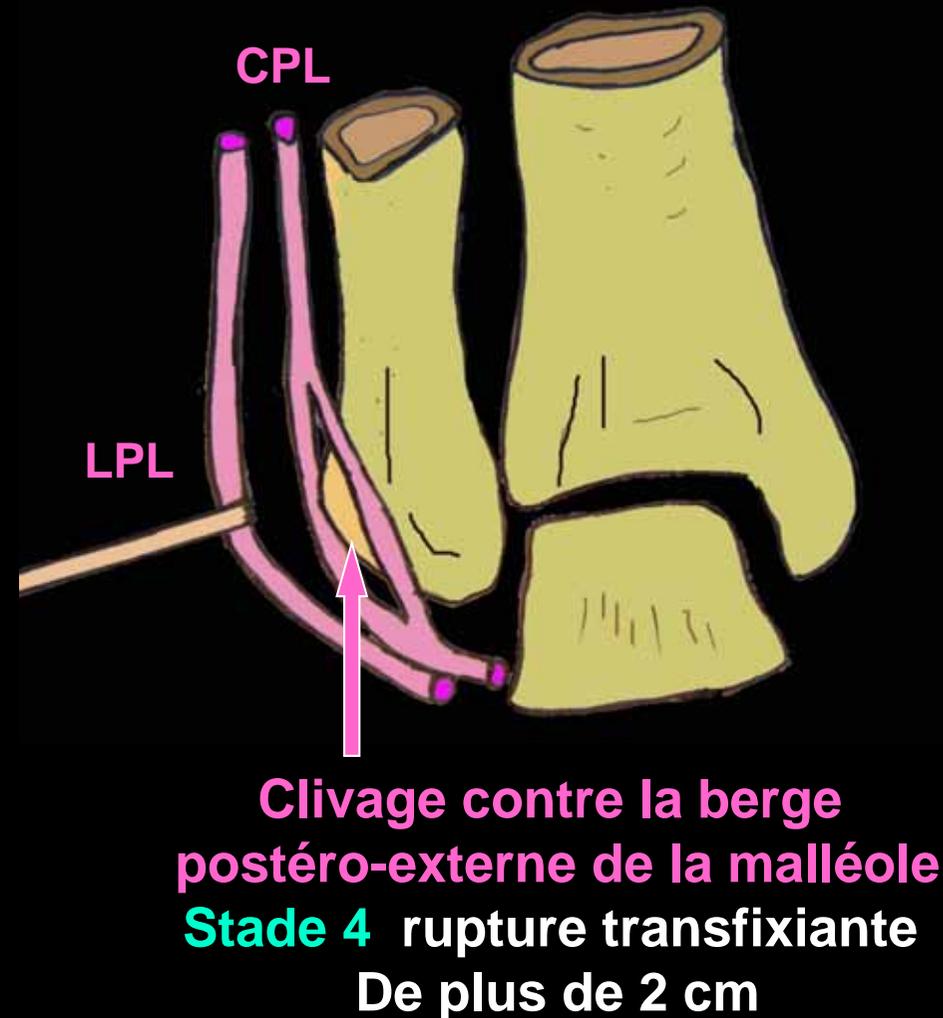


SYNDROME FISSURAIRE DU COURT FIBULAIRE

ANATOMO-PATHOLOGIE

Classification de SOBEL en 4 stades

- **Stade 1** : aplatissement du CPL contre le péroné
- **Stade 2** : fissuration non trans-fixiante
- **Stade 3** : fissuration trans-fixiante de 1 à 2 cm
- **Stade 4** : fissuration trans-fixiante de plus de 2 cm



CLINIQUE DE LA TENDINOPATHIE DES FIBULAIRES

CIRCONSTANCES

elle est souvent
secondaire à une
entorse en varus
équin

EXAMEN CLINIQUE

Inspection : œdème
rétro malléolaire
externe

Palpation douloureuse
avec parfois
crépitation en arrière
de la malléole alors
que l'on ne retrouve
aucune douleur du
LLE



CLINIQUE DE LA TENDINOPATHIE DES FIBULAIRES

**Etirement des péroniers
latéraux :**

**reproduisant la douleur
postéro-externe**



**Testing isométrique des
péroniers latéraux :**

**Douleur lors de
l'éversion contrariée
au niveau rétro-
malléolaire externe**



IMAGERIE DE LA TENDINOPATHIE DES FIBULAIRES

ECHOGRAPHIE

A la recherche de :

- Ténosynovite
- Déchirure du tendon du court fibulaire

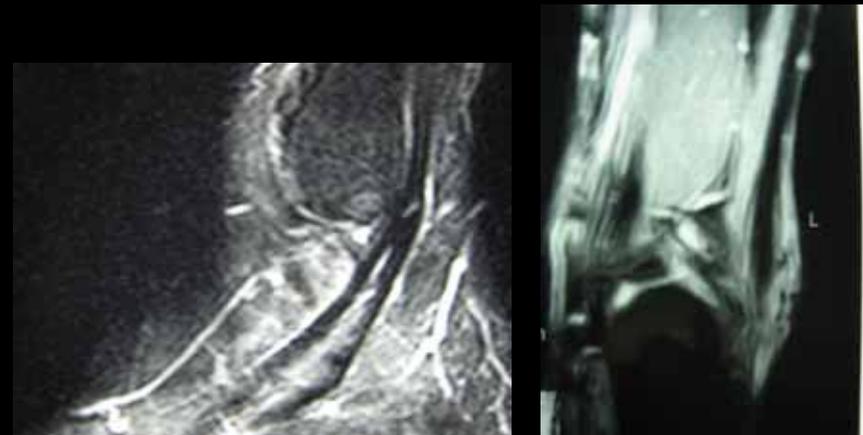
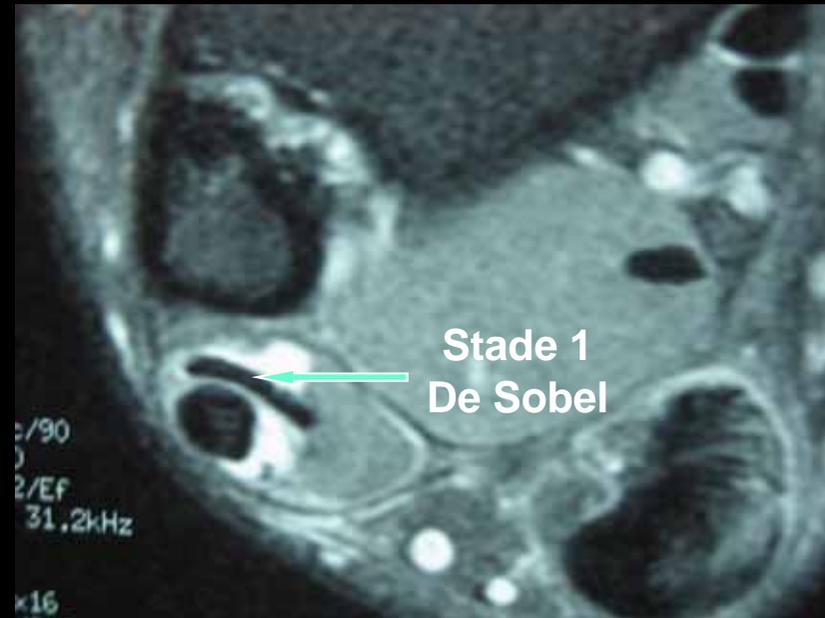
Par ailleurs l'exploration dynamique éliminera une luxation des fibulaires

IRM

Elle montre au mieux ces signes de ténosynovite et de fissuration

A PART

La rupture du LPL le plus souvent sous le cuboïde avec l'ambiguïté posée par l'os sésamoïde du LPL et la migration d'un fragment osseux arraché de son insertion au 1^{er} métatarsien



TRAITEMENT DE LA TENDINOPATHIE DES FIBULAIRES

1° LA TENDINOPATHIE CORPOREALE

Le traitement reste médical

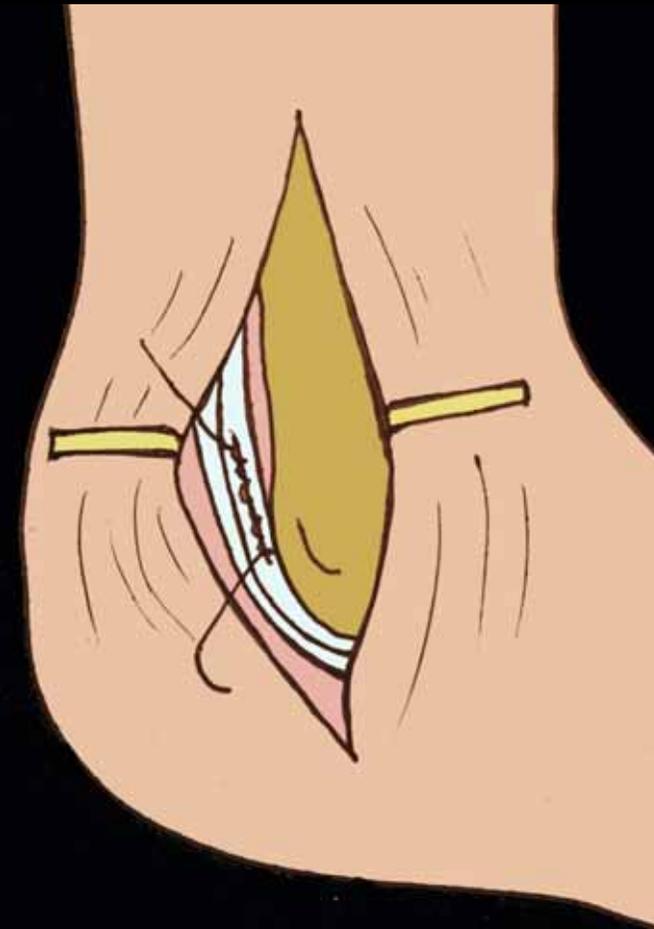
Prudence geste infiltratoire

Possibilité des PRP si pas de
synovite

Intéret en cas de dualité
ténosynovite lésion
corporéale d'injection
d'acide hyaluronique

2° LE SYNDROME FISSURAIRE

Il est chirurgical par suture de
la déchirure longitudinale et
éventuellement retention du
rétinaculum



2° SYNDROME D'INSTABILITE DES TENDONS FIBULAIRES

ANATOMO-PATHOLOGIE

Elle est l'expression d'une altération du système de contention de ces tendons fibulaires essentiellement au niveau du rétinaculum supérieur en arrière de la malléole externe



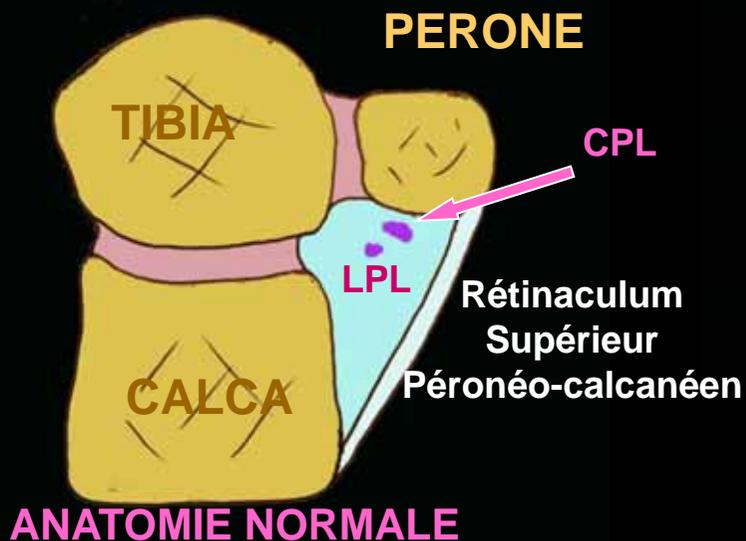
MECANISME

Dorsi-flexion forcée (chute de ski en enfournant Tackle au foot par devant)
Arrachement du rétinaculum

SYNDROME D'INSTABILITE DES TENDONS FIBULAIRES

ANATOMO-PATHOLOGIE

Plusieurs altérations peuvent être retrouvées



St 1 Simple décollement



St 3 arrachement Osseux du péroné



St 2 rupture rétinaculum proche du péroné



St 4 rupture rétinaculum proche du calcanéum



SYNDROME D'INSTABILITE DES TENDONS FIBULAIRES

CLINIQUE

1° AU STADE PRECOCE

Oedème et ecchymose de la gouttière rétro péronière

2° AU STADE TARDIF

Elle est dominé a l'examen clinique par la reproductibilité aux tests dynamiques en s'aidant du doigt par le reproduction de la luxation antérieure des péroniers latéraux



SYNDROME D'INSTABILITE DES TENDONS FIBULAIRES

CLINIQUE

1° AU STADE PRECOCE

Oedème et ecchymose de la gouttière rétro péronière

2° AU STADE TARDIF

Elle est dominé a l'examen clinique par la reproductibilité aux tests dynamiques en s'aidant du doigt par le reproduction de la luxation antérieure des péroniers latéraux



SYNDROME D'INSTABILITE DES TENDONS FIBULAIRES



IMAGERIE DE L'INSTABILITE DES TENDONS FIBULAIRES

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1° La radiographie

Elle peut montrer l'arrachement capsulaire avec un fragment osseux attenant

2° L'échographie dynamique

Elle va confirmer l'examen clinique

3° L'IRM

Elle n'a que peu de place tant le diagnostic est dynamique



An ultrasound image showing a cross-section of a muscle. The muscle fibers are oriented vertically and appear as a series of parallel, striated bands. The overall color is a mix of blue and white, typical of B-mode ultrasound. The text 'PERONIERS' is overlaid in the center of the image.

PERONIERS

CONTRACTION

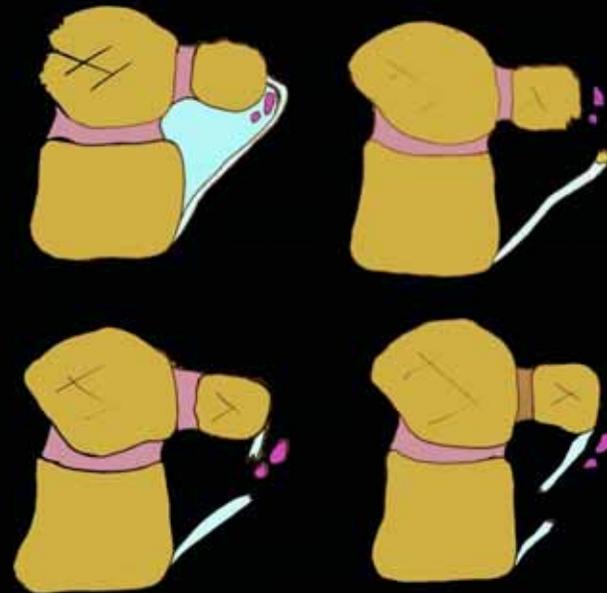
TRAITEMENT

AU STADE PRECOCE

On pourrait discuter une immobilisation de 6 semaines sans appui mais le risque de récurrence tend à privilégier le traitement chirurgical

AU STADE TARDIF

il est exclusivement chirurgical et repose sur la réfection ou réinsertion du rétinaculum





**MERCI
POUR
VOTRE
ATTENTION**

MONACO

22 11 2014



LE FLECHISSEUR PROPRE DE L'HALLUX

ANATOMIE DU FLECHISSEUR DE L'HALLUX

C'est le plus postérieur du groupe médial séparé des 2 autres par le pédicule tibial postérieur

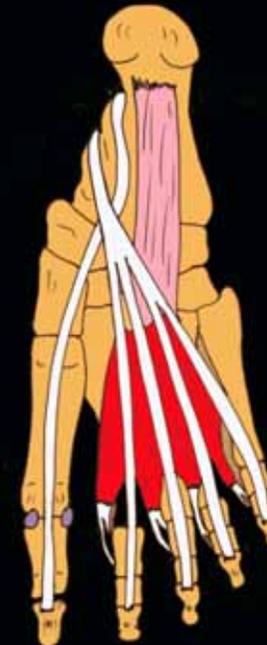
Trajet vertical et passage entre les 2 tubercules postérieurs de l'astragale

Puis inflexion à 90° et passage sous le sustentaculum tali ou il croise le fléchisseur commun

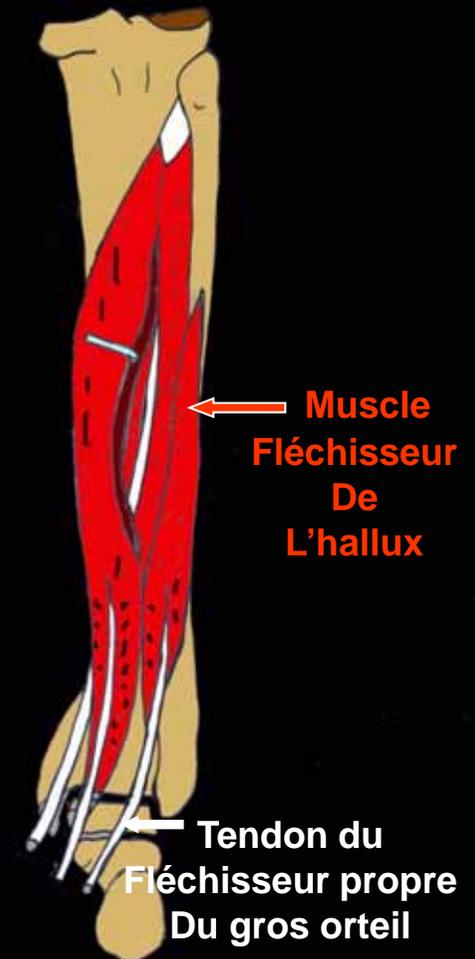
S'insère sur la phalange distal de l'hallux après être passé entre les 2 sésamoides



Vue plantaire



VUE POSTERIEURE



IMAGERIE

IMAGERIE ECHO OU IRM

Chez les danseurs
fréquente association
entre ténosynovite de
l'hallux et du fléchisseur
commun des orteils

Avantage de l'échographie
dynamique permettant
de localiser le siège du
conflit



TENDINOPATHIE DU FLECHISSEUR COMMUN DES ORTEILS

CLINIQUE

Moins fréquente que le long fléchisseur de l'hallux

Essentiellement dans la pratique de la danse professionnelle

Pratiquement toujours sous forme d'une téno-synovite proximale rétro malléolaire interne

Parfois rupture post fracture par incarceration dans le foyer au 1/3 distal du tibia



OEDEME



NORMAL

PHYSIOLOGIE DU TIBIAL ANTERIEURE



ANATOMIE FONCTIONNELLE

1° C'est le plus puissant des fléchisseurs dorsaux du pied

2° Il a aussi un rôle dans :

- l'adduction du pied qui complète celui du long extenseur de l'hallux
- et lors de l'inversion qui complète celui du tibial postérieur

3° Enfin c'est un suspenseur de la voûte plantaire et il limite la pronation de l'arrière pied lors de la course



1° LA TENDINOPATHIE TIBIAL ANTERIEURE PAR CONFLIT ANTERIEUR

CONFLIT TENDON / LIGAMENT

Le tableau se manifeste par une douleur antérieure avec gonflement rouge et chaud de la région

Douleur palpatoire très élective sur le trajet tendineux avec sensation de crépitation (aï crépitant) témoin de la ténosynovite

Douleur à l'étirement en flexion plantaire éversion

Testing douloureux en flexion dorsale et adduction contrariée

RUPTURE

Elle est rare (50 cas décrits)

61 ans en moyenne exceptionnelle chez les jeunes tableau de pseudo steppage



2° TENDINOPATHIE DISTAL D'INSERTION DU TIBIAL ANTERIEUR

1° CLINIQUE

Le tableau est facilement confondu avec une arthropathie cunéo-métatarsienne du 1^{er} rayon ou une hypothétique fracture de fatigue de la base du I ce d'autant que ces enthésopathies peuvent susciter une hyperfixation modérée en scintigraphie

Douleur à la palpation de la base du 1^{er} méta et douleur provoquée en flexion dorsale et adduction contrariée du pied

2° EXAMEN PARA CLINIQUE

- **La radiographie :**

diagnostic différentiel avec une arthropathie cunéo-métatarsienne ou une fracture de la base du I

- **Diagnostic échographique**

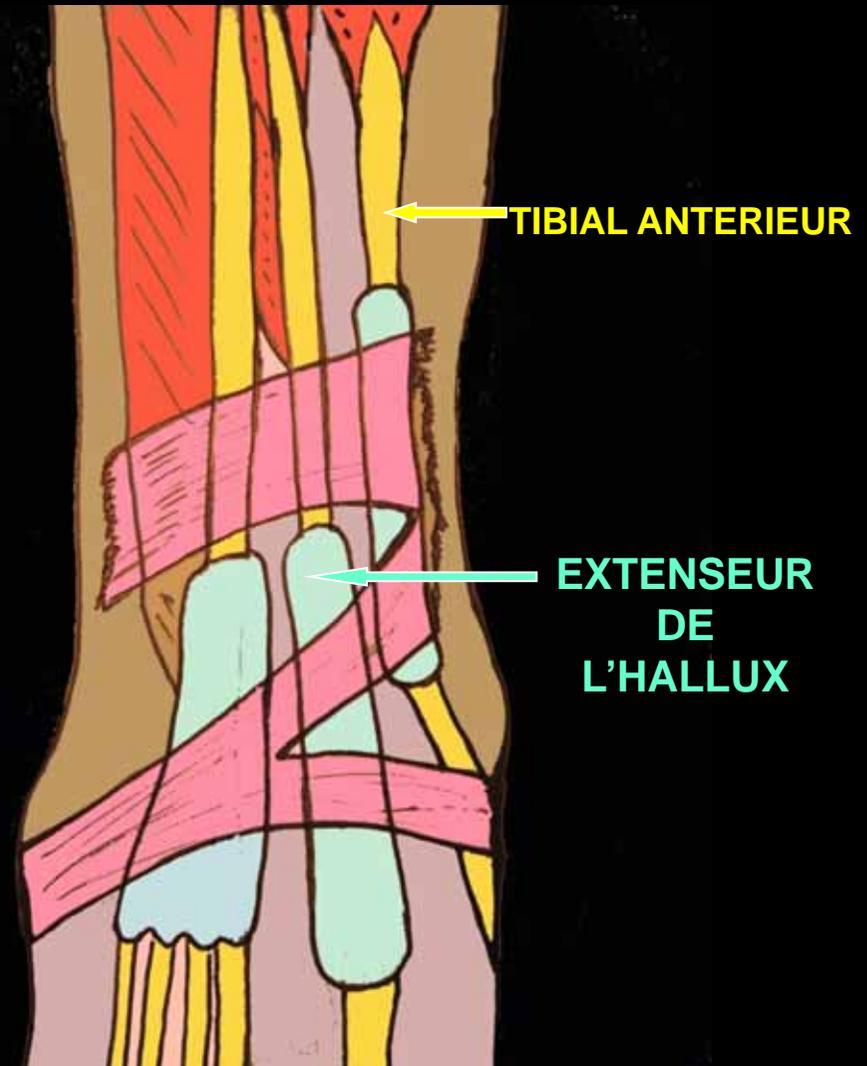


TENDINOPATHIE DE L'EXTENSEUR DU I

IMAGERIE

En coupe axiale IRM ou ECHO à l'étage talo-crural il est situé en dehors du tibial antérieur

Son diamètre est environ 2 fois moins important que celui du tibial antérieur



TENDINOPATHIE DE L'EXTENSEUR DU I

CLINIQUE :

- Oedème
- Douleur à la pression
- Douleur à l'étirement
- Douleur lors du

testing isométrique
reproduiront le vécu
sportif

**Les ruptures sont
rares**



DIAGNOSTIQUE DE LA TENDINOPATHIE DE L'EXTENSEUR COMMUN

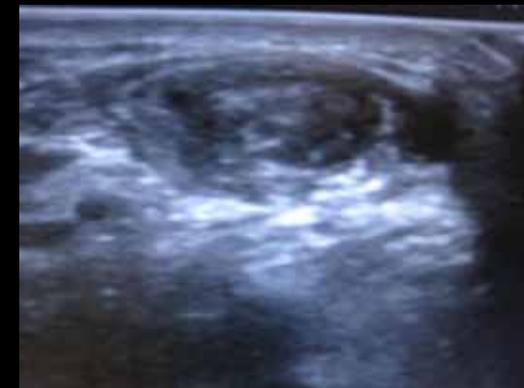
1° CLINIQUE

- 1° Tuméfaction douloureuse crépitante de la face antérieure de la cheville
- 2° Douleur à l'étirement
- 3° Douleur au testing isométrique



2° IMAGERIE : ECHOGRAPHIE

Situé en dehors extenseur du I
Séparé par l'artère pédieuse



TENDINOPATHIES ANTERIEURES

ELLES CONCERNENT 3 TENDONS

- 1° Le tendon tibial antérieure
- 2° L'extenseur de l'hallux
- 3° L'extenseur commun des orteils

PHYSIOPATHOLOGIE REPOSE SUR UN CONFLIT EXTRINSEQUE

Entre ces 3 tendons et le ligament annulaire antérieure constitué de 2 feuillets

- 1 rétinaculum supérieur
- 1 rétinaculum inférieur

Ces tendons bénéficient de gaines synoviales génératrice de **Téno-synovites crépitanes**

FAVORISE PAR LA CHAUSSE

