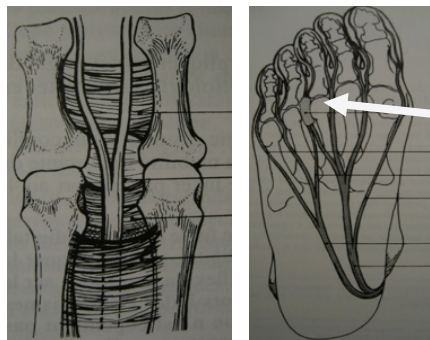


NEVROME DE MORTON

Clinique

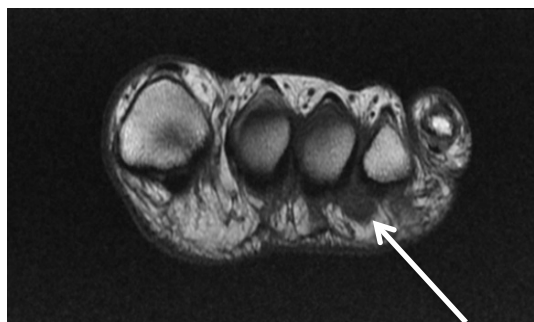


Il est dû à la compression d'un nerf plantaire interdigital (flèche blanche) dans un canal étroit formé par les têtes métatarsiennes et le ligament intermétatarsien.

Il se manifeste par une douleur située le plus souvent dans le 3^e espace intermétatarsien, entre les 3^e et 4^e orteils. Cette douleur aiguë de type névralgique, intense et passagère survient à la marche et oblige à se déchausser.

Le diagnostic est confirmé cliniquement lorsque le médecin reproduit la douleur et perçoit le ressaut du névrome. Attention, beaucoup de douleurs de l'avant-pied sont à tort interprétées comme celles d'un névrome de Morton, or il s'agit souvent d'une douleur de souffrance articulaire par contraintes d'hyper-appui.

Radiologie



Un bilan radiologique peut être demandé. Des radiographies simples vont rechercher une anomalie osseuse de votre avant-pied (trouble statique) qui peut favoriser un névrome de Morton et qu'il faudra prendre en compte dans le traitement.

Une échographie et/ou une IRM peuvent mettre en évidence le névrome (flèche blanche). Négatives, elles n'éliminent pas totalement le diagnostic. A l'inverse, la présence d'un névrome de Morton n'est pas nécessairement la cause de la douleur. L'examen clinique du chirurgien permettra d'analyser les différentes douleurs de l'avant-pied.



Traitement

Médical :

Il est important de le mettre en place car il peut faire céder les symptômes :

- Le port d'une semelle orthopédique permet de diminuer les contraintes sous les têtes métatarsiennes, de partiellement élargir le canal entre ces têtes et de redonner un peu d'espace au nerf.
- Le port de chaussures larges et sans talons diminue les contraintes sur l'avant-pied.
- Les infiltrations dans l'espace concerné sont réalisées sous échographie.

Chirurgical :

En cas d'échec du traitement médical, il peut être réalisé:

- Une libération du nerf (neurolyse)
- Ou une ablation du névrome (neurectomie) : une insensibilité souvent temporaire sur les 2 orteils est observée.
- Eventuellement associée à une section des cols des métatarsiens (ostéotomie) percutanée (utilisation de micro-fraises sous la peau au travers de courtes incisions) en cas de présence de trouble statique.

Post-opératoire

Cette chirurgie est effectuée en ambulatoire (hospitalisation à la journée). Elle se déroule le plus souvent sous anesthésie loco-régionale (anesthésie du pied uniquement), ce qui prolonge la période d'analgésie en postopératoire et permet un relais efficace avec les anti-douleurs. La sortie de la clinique se fait avec un traitement contre la douleur et la phlébite (anticoagulant). La cicatrisation cutanée se fait entre 2 et 3 semaines. La marche est immédiatement autorisée, toujours protégée par un chaussage orthopédique, conservé 2 semaines. Quand la chaussure orthopédique peut être abandonnée, il faut conserver un chaussage standard large et confortable quelques semaines car le pied va rester plus ou moins gonflé. De l'auto-rééducation avec des exercices quotidiens est alors débutée pour retrouver la souplesse du pied. Des séances de rééducation sont parfois prescrites en complément.

La durée d'arrêt de travail est variable, de 2 à 6 semaines selon la profession. La conduite est reprise à partir de 2 semaines, plus ou moins vite selon chacun. Les activités physiques sont reprises progressivement au fil des semaines. Ne pas hésitez pas à interroger l'équipe en cas de doute sur les risques liés à certaines activités.

La douleur disparaît dans 9 cas sur 10 environ quelle que soit la technique utilisée.

Complications : se reporter à la fiche de consentement éclairé.

