



Périostite tibiale : progressivité, prudence, patience

Mis à jour : 09 janvier 2024

La périostite tibiale est une pathologie fréquente chez le coureur à pied « qui en fait trop ».

Son diagnostic est essentiellement clinique.

L'IRM permet de confirmer le diagnostic et également de quantifier l'œdème osseux et/ou périosté (facteur de bon pronostic).

La prise en charge se fonde sur le repos relatif, la kinésithérapie spécifique puis par une reprise très progressive, prolongés sur plusieurs semaines, afin d'éviter la récurrence, très fréquente.



La course à pied trop intense, cause fréquente de périostite tibiale.

La périostite tibiale est une **inflammation du périoste**, membrane fibro-conjonctive qui constitue la couche la plus superficielle de la corticale osseuse, richement vascularisée et innervée.

Elle se traduit par une **douleur médiale de jambe**, classiquement chez un coureur à pied après une pratique trop intense en durée et en fréquence.

Les données statistiques sont parcellaires, mais on estime que la périostite tibiale représente **20 % des lésions du coureur à pied**, qu'elle est bilatérale une fois sur deux et qu'elle touche deux à quatre fois plus souvent les femmes que les hommes. Globalement, elle concerne plus volontiers l'adulte à partir de 25 ans que les plus jeunes.

Une physiopathologie mal connue

La **physiopathogénie** de la périostite, **proche de celle des fractures de contraintes**, reste mal définie, mais combine deux mécanismes : **compression et traction du tibia**, qui entraînent des microfissures de la corticale osseuse. À chaque impact sur le sol, le tibia tend en effet à se courber, ce qui provoque des microlésions corticales.

Le mouvement de pronation quasi naturel (le pied s'enroule vers l'intérieur), qui survient à chaque foulée chez une majorité d'individus (cf. **Encadré**), est responsable d'une mise en tension de la loge profonde du mollet (muscles tibial postérieur, long fléchisseur des orteils et long fléchisseur de l'hallux) et du fascia crural profond, et donc *in fine* d'une torsion et d'une traction du tibia sur son axe.

Encadré - La foulée pronatrice

La majorité des personnes ont une foulée dite pronatrice, au cours de laquelle le pied s'écrase au sol vers l'intérieur avec un mouvement de rotation externe. Ce type de foulée se traduit par une usure exagérée des semelles des chaussures au niveau de la partie médiale de l'avant-pied.

Une pratique souvent trop intense en durée et en fréquence

L'effort physique provoque un **stress mécanique et métabolique** à l'organisme, qui répond en s'adaptant au fur et à mesure. L'entraînement a pour objectif la gestion et l'optimisation de ces réponses adaptatives.

La principale cause de périostite tibiale est une **pratique de la course à pied trop intense en durée et en fréquence**. Le non-respect de la progressivité ne permet pas à l'os de se réparer et donc de se renforcer entre chaque séance d'entraînement (principe de la surcompensation : c'est le phénomène qui permet à l'organisme, après avoir subi un stress, de développer une capacité fonctionnelle supérieure).

De nombreux facteurs favorisants

Les facteurs favorisant la survenue d'une périostite sont nombreux :

- **morphologiques** : pied plat *valgus* avec pronation excessive du pied, pied creux contracté, souvent associé à une synostose (pont osseux) talocalcanéenne (entre l'astragale et le calcaneum selon l'ancienne nomenclature) ou calcanéonaviculaire (entre le calcaneum et le scaphoïde selon l'ancienne nomenclature), *genu varum*, pathologie de hanche (hyper-rotation latérale de hanche), inégalité de longueur des membres inférieurs ;
- **fonctionnels** : foulée hyperpronatrice, mauvais contrôle moteur du bassin lors de la course, exagération des oscillations verticales aggravant les appuis répétés vers l'axe médial, augmentation trop rapide de la charge d'entraînement en intensité et en fréquence, mauvais matériel (chaussures inadéquates), terrain dur et/ou déformé ;
- **surpoids** ;
- **sexe féminin** ;
- **antécédents de périostite**, qui multiplie le risque par un facteur de 20 à 30 ;
- **déficit en calcium et en vitamine D**.

Un diagnostic essentiellement clinique

Le diagnostic est essentiellement clinique, suspecté face à une douleur médiale de jambe chez un coureur « qui en a un peu trop fait ». Le patient décrit une **douleur souvent chronique, sourde**, qui survient lors de la course, voire de la marche, cède en général au repos, mais qui peut parfois revêtir un caractère inflammatoire. Elle peut être localisée, sans toutefois être exquise, ou s'étendre sur 10 à 15 cm.

La palpation du bord postéro-médial du tibia déclenche la douleur, avec une **atteinte bilatérale dans la moitié des cas**.

L'examen clinique ne se limite pas à la jambe, mais évalue systématiquement le rachis (posture), le bassin, les hanches, les genoux et les pieds.

L'**interrogatoire et l'examen clinique de la hanche aux pieds**, complétés par une imagerie (voir *infra*) permettent d'éliminer les principaux diagnostics différentiels que sont les fractures de contrainte (douleur exquise), les tumeurs osseuses, les syndromes des loges, les troubles neuropathiques névralgiques (intéressant le paquet vasculo-nerveux de la loge postérieure), les pathologies vasculaires artérielles et/ou veineuses.

Les données de l'imagerie pour guider la prise en charge

Une **radiographie standard** est réalisée afin d'éliminer une tumeur osseuse. Elle est souvent complétée par une **échographie musculosquelettique**, à la recherche d'une cause myotendineuse.

L'**IRM est l'examen de choix**. Elle permet en effet d'éliminer une fracture de contrainte, d'affirmer le diagnostic de périostite et d'évaluer l'œdème périosté et/ou osseux, qui peut être classé par la gradation de Moen [1]. La présence d'un œdème est, de façon contre-intuitive, de bon pronostic, car il permet une guérison plus rapide : 6-8 semaines contre 10-12 semaines en son absence d'œdème.

Le traitement se fonde sur un repos relatif

Pendant longtemps, de nombreux praticiens recommandaient l'arrêt complet de l'activité physique. Actuellement, un **repos relatif** est plutôt préconisé, afin d'éviter le déconditionnement physique et psychologique, néfaste à la réparation.

À la phase initiale, si la douleur ne cède pas au repos, on peut faire appel au **glacage** et au **paracétamol**. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont proscrits durant les 10 premiers jours, car l'inflammation participe à la cicatrisation.

Pour éviter le déconditionnement, il est aujourd'hui recommandé d'**alterner des sports dits « portés »** (vélo, natation, rameur, elliptique, SkyErg, marche sur terrain souple...), parallèlement à une **rééducation spécifique**. Cette dernière se fonde sur la décontraction des muscles de la loge postérieure (massages), à leur renforcement excentrique, puis celui des stabilisateurs de hanche pour diminuer les oscillations verticales et les appuis excessifs vers l'axe médial du corps. Le travail du kinésithérapeute est global et vise aussi à renforcer les stabilisateurs du pied et de la voûte plantaire.

Le recours aux **ondes de choc** effectuées par le kinésithérapeute, est une thérapie efficace. Elles stimulent le remodelage osseux.

La **reprise des sports à impact au sol** doit être **extrêmement progressive**. Il s'agit d'un protocole mis en place sur plusieurs mois, avec une correction du geste technique favorisant une foulée plus courte, une augmentation de la cadence de course et une diminution des oscillations verticales.

La prise en charge est exceptionnellement chirurgicale.

L'**évolution est le plus souvent favorable, mais longue**, de 2 à 3 mois minimum, ce qui demande beaucoup de patience de la part du coureur à pied.

Le médecin traitant joue ainsi un rôle essentiel pour expliquer au patient les enjeux de cette prise en charge nécessairement prolongée, au risque de voir la périostite récidiver, voire ne jamais guérir.

D'après un entretien avec le Dr Linh Vu-Ngoc, médecin du sport, chef du pôle médical et paramédical du Centre de ressources d'expertise et de performance sportive (CREPS) Île-de-France.



L'intelligence médicale
au service du soin © Vidal 2024