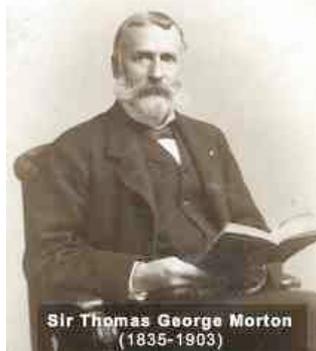


Le névrome de Morton

Docteur Richard Béracassat

Introduction

C'est Sir Thomas. G. Morton qui a décrit en 1876 le premier cette pathologie, intitulée névrome de Morton.

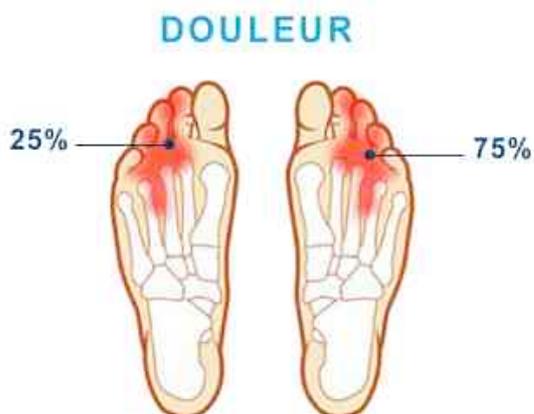


Le névrome de Morton est un syndrome douloureux aigu du pied situé la plupart du temps au niveau du 3e espace inter-métatarsien.

La pathogénie de cette affection est mal connue bien que de nombreux travaux anatomiques, mécaniques ou histologiques ait été réalisés. Ce n'est pas un névrome au sens tumoral du terme.

Diagnostic

Ce diagnostic est clinique dans les formes typiques. La douleur, souvent très vive siège typiquement entre les 3e et 4e orteils, plus rarement entre les 2e et 3e orteils, exceptionnellement ailleurs.



Elle est souvent ressentie comme une décharge électrique lors du chaussage (en particulier si les chaussures sont étroites), et à la fin du pas. Le déchaussage soulage le patient, ainsi que la mobilisation des orteils. On note parfois une perte de sensibilité, ou même une anesthésie, entre les orteils correspondants.

La palpation de l'espace entre les têtes métatarsiennes reproduit la douleur ainsi que la compression latérale de l'avant-pied au niveau du gril métatarsien. Un signe de Lasègue de des orteils est quelquefois présent.



Palpation de l'espace intercapitométatarsien



Compression latérale de l'avant-pied (signe de Mulder)

Examens complémentaires

Les examens sont inutiles dans les formes typiques où le diagnostic doit rester clinique, surtout si le traitement chirurgical n'est pas encore décidé. Cependant des radiographie simples de l'avant pied élimineront une autre pathologie (fracture de fatigue en particulier)

En cas de doute , ou avant un traitement chirurgical il est logique de pratiquer :
Une échographie et /ou une IRM.



Traitement

Toujours médical en 1ère intention.

Des semelles sont inutiles car elles réduisent le volume disponible dans la chaussure, et majorent la compression.

L'infiltration d'un dérivé cortisoné doit d'être tentée avant toute discussion chirurgicale. Elle est parfois efficace.



Le traitement chirurgical est nécessaire en cas d'échec du traitement médical. Deux types d'intervention sont possibles : la neurolyse et la neurectomie.

La neurolyse ou libération du nerf, supprime la douleur, mais ses résultats sont inconstants ou longs à obtenir (plusieurs mois).

La neurectomie est le plus souvent proposée (ablation du nerf). Elle consiste à enlever le névrome, avec la bifurcation du nerf.

La conséquence est une anesthésie partielle des orteils surtout commissurale, la gêne ressentie en pratique est quasi-nulle.

L'abord chirurgical peut être dorsal, plantaire ou commissural. La voie commissurale a notre préférence en raison de sa simplicité et de la facilité de cicatrisation.



Complications :

Elles sont rares: troubles de cicatrisation, infection superficielle nécessitant soins et pansement prolongés et antibiothérapie, Syndrome neuro algo-dystrophique exceptionnellement

La récurrence est exceptionnelle, mais peut parfois justifier une ré-intervention.

Suites opératoires

Les suites opératoires sont généralement simples. L'appui immédiat est autorisé quelle que soit la procédure sous couvert d'une chaussure peu serrée, plate. Cette chirurgie est réalisée la plupart du temps en ambulatoire sous anesthésie loco-régionale.