

Névrome de Morton

Un névrome est une cicatrice sur un nerf. Comment développe-t-on un névrome de Morton ? Dans le pied le névrome se développe par le coincement, l'écrasement du nerf inter-digital généralement entre le 3^e et le 4^e orteil (80%), et entre le 2 et le 3^e orteil (20%). Pourquoi cet écrasement du nerf ? L'arche transverse du pied tend à s'affaisser avec le temps; alors dépendant de l'élasticité de nos ligaments, du gain de poids, de souliers serrés, les talons hauts, le nerf passant entre la tête des métatarses adjacents peut être pris en casse-noix. Ceci engendre une réaction sur le nerf. Au début il y a une réaction inflammatoire (oedème, douleur, rougeur). Si le traitement n'est pas instauré rapidement, il s'en suit rapidement un cercle vicieux : plus le nerf est coincé, plus il grossit, et plus il grossit, plus il se fait coincé. Par la suite il se forme une réaction fibreuse à l'intérieur du nerf, de telle sorte que le nerf devient de plus en plus anormal.

Les symptômes au début vont d'un pététillement entre et dans les 3^e et 4^e orteils (à l'occasion 2^e et 3^e orteil) en passant par des engourdissements, des inconforts difficile à décrire, jusqu'aux choc électriques douloureux. Ces douleurs sont au départ épisodiques, survenant avec le port de souliers étroits surtout lorsqu'on se tient sur la pointe du pied. Très souvent on perçoit un < déclic > sensible à la base des orteils. C'est le signe de Moulter, lorsqu'on comprime l'avant-pied et le nerf qui est tuméfié passe en dessous du ligament inter-métatarsien et cause un certain ressaut.

Pris au début avant les changements irréversibles du nerf, la douleur peut être allégée en relevant l'arche transverse du pied et en diminuant l'inflammation du nerf (l'infiltration cortisonnée semble mieux fonctionner que les anti-inflammatoires réguliers pris par la bouche. Ici si la réponse est bonne il faut absolument continuer le port de la petite orthèse plantaire, sinon la récurrence est certaine. Si la réponse est bonne mais de très courte durée, la probabilité qu'un traitement chirurgical soit entrepris est forte. Si la réponse est bonne et dure plusieurs mois avant la récurrence, il est recommandé de continuer le traitement conservateur (nouvelle infiltration).

En ce qui concerne la chirurgie, il y a deux types de traitement. Celui qui consiste à faire une section du ligament entre les deux métatarses adjacents. Et l'autre qui enlève le névrome en continuité . Dans ce cas il faut donc enlever une petite section complète du nerf endommagé. L'expérience m'a enseigné que si on ne fait que décompresser un nerf endommagé, nous devons faire plus tard une deuxième chirurgie, pour en faire l'exérèse complète. La décompression est surtout utile pour les névrites du 2^e rayon (entre les 2 et le 3^e orteils) ces cas sont surtout des irritations et non des névromes francs le plus souvent. Bien que ... Je suggère donc que les névromes francs douloureux du 3^e rayons (entre 3^e et 4^e orteils) qui sont récidivants au traitement conservateur adéquat devaient être excisés.

Que se passe-t-il après la section d'un nerf du pied? Ici il n'y a pas de changements dans la mobilité des orteils; et même la sensibilité des orteils reste en grande partie : sauf : la zone entre les 3^e et 4^e orteils et une zone comme un dix cent à la base plantaire entre ces mêmes orteils..... Donc vraiment non significatifs. Paradoxalement sur la section du nerf coupé, il se formera un autre névrome!! Mais ici ce petit névrome ne gêne à peu près jamais, car il est plus proximal à la tête des métatarses dans une région où il y a un peu plus de place. Mais durant les premières semaines après la chirurgie il est normal de ressentir un pététillement désagréable à la base plantaire des orteils. Dans presque tous les cas ceci disparaît après quelques semaines. C'est la cicatrisation du nerf. Dans des cas exceptionnels, il pourrait se former des adhérences entre le nerf résiduel et les tissus mous adjacents. Dans ces cas il est possible de procéder à des infiltrations cortisonnées postopératoires (une à deux) dans le but de réduire la formation cicatricielle exagérée qu'on certains patients.

Généralement deux semaines après la chirurgie (qui se fait sous anesthésie loco-régionale (bloc de cheville) on peut reprendre graduellement ses activités avec un soulier un peu plus large (genre espadrille), et dans 4 semaines une reprise des activités normales. Pendant la première semaine certains utilisent des béquilles (surtout s'ils en ont l'expérience).

Globalement les résultats sont de très bons à excellent dans la très grande majorité des cas.

André Perreault M.D., CSPQ Chir. Orthopédique