

Maladie de Haglund : place de la résection tubérositaire simple, à propos de 15 cas

Haglund's disease: place of the simple tuberositar resection, about 15 cases

M. El Mouhaddab · D. Basraoui · Y. Nadir · A. Ousehal · F. Galuia · H. Ismaili · N. Bousslmam

© Springer-Verlag France 2010

Résumé La maladie de Haglund est une affection mécanique rare résultante d'un conflit entre l'angle postérosupérieur du calcanéum très hypertrophié et la chaussure. Les auteurs rapportent une étude rétrospective d'une série de 15 cas opérés pour maladie de Haglund. Il s'agit de sept hommes et de huit femmes. L'âge moyen était de 32 ans. Tous les patients avaient été traités médicalement sans succès. La chirurgie a consisté à la résection tubérositaire simple par chirurgie conventionnelle et par voie para-achillienne externe avec excision des bourses rétrocalcaneenne et rétroachillienne. Les résultats globaux ont été bons et très bons pour 11 patients (73 %) et mauvais pour deux patients. *Pour citer cette revue : Méd. Chir. Pied 26 (2010).*

Mots clés Haglund · Résection tubérositaire · Voie d'abord latérale

Abstract Haglund's disease is a rare condition resulting from friction between a greatly hypertrophied postero-superior angle of the calcaneum and the shoe. The authors report a retrospective study of 15 cases who underwent surgery for Haglund's disease. There were 7 men and 8 women. The mean age was 32 years. All the patients had been treated medically without success. The surgery consisted of simple resection of the tuberosity by conventional means, using an approach lateral to the Achilles tendon. The retrocalcaneal and retro-Achilles bursae were removed. The overall results were good for 11 patients (73%) and poor for 2 patients. *To cite this journal: Méd. Chir. Pied 26 (2010).*

M. El Mouhaddab (✉) · Y. Nadir · F. Galuia · H. Ismaili
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique,
HMA, Marrakech, Maroc
e-mail : medelmouhaddab@yahoo.fr

D. Basraoui · A. Ousehal
Service de radiologie, CHU Mohamed-VI, Marrakech, Maroc

N. Bousslmam
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique,
hôpital Mohamed-V, Rabat, Maroc

Keywords Haglund · Resection of tuberosity · Lateral approach

Introduction

La maladie de Haglund est une affection mécanique rare, décrite initialement par Haglund en 1928. Elle est due à un conflit entre la tubérosité postérosupérieure du calcanéum hypertrophiée et le contrefort de la chaussure.

Le résultat fonctionnel après le traitement chirurgical est souvent favorable. Les techniques opératoires sont multiples. À partir d'une série de 15 cas, les auteurs discutent l'intérêt et la place de la résection tubérositaire simple parmi les multiples propositions proposées dans la littérature.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 15 cas opérés pour maladie de Haglund par la technique de résection tubérositaire simple avec un recul moyen de trois ans, la bilatéralité de la déformation était notée chez sept patients. Il s'agissait de sept hommes et de huit femmes, l'âge moyen était de 32 ans, avec des extrêmes allant de 25 à 57 ans. Il y avait une prédominance du côté droit (dix pieds droits, cinq pieds gauches). Cinq patients étaient sportifs de loisir (football, athlétisme). Le tableau clinique (Tableau 1) était dominé par la douleur et une tuméfaction de la face postéroexterne du talon (Fig. 1).

Le bilan radiologique fait de radiographie du pied de profil en charge et d'incidence rétrotibiale avait montré l'hypertrophie de la tubérosité postéroexterne du calcanéum (Fig. 2) et un pied creux postérieur avec une pente calcanéenne augmentée chez quatre patients. L'analyse des différentes mesures morphostatiques a montré que l'angle de Fowler et Philip était pathologique, supérieur à 75° dans 35 % des cas. L'angle de Chauveaux et Liet était supérieur à 12° dans 70 % des cas, et la pente calcanéenne était augmentée

| Tableau 1 Tableau clinique | | | |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| | L'angle de Fowler et Philip (°) | L'angle de Chauvaux et Liet (°) | Pente calcanéenne (°) |
| Cas n° 1 | 75 | 16 | 26 |
| Cas n° 2 | 70 | 14 | 28 |
| Cas n° 3 | 68 | 13 | 22 |
| Cas n° 4 | 82 | 16 | 30 |
| Cas n° 5 | 68 | 11 | 24 |
| Cas n° 6 | 78 | 18 | 30 |
| Cas n° 7 | 72 | 14 | 20 |
| Cas n° 8 | 70 | 17 | 26 |
| Cas n° 9 | 85 | 20 | 30 |
| Cas n° 10 | 80 | 18 | 28 |
| Cas n° 11 | 75 | 16 | 27 |
| Cas n° 12 | 65 | 10 | 18° |
| Cas n° 13 | 64 | 12 | 18 |
| Cas n° 14 | 80 | 18 | 30 |
| Cas n° 15 | 70 | 10 | 20 |



Fig. 1 Tuméfaction bilatérale de la face postéroexterne du talon

supérieure à 25° dans 60 % des cas. L'IRM demandée chez huit patients avait montré des bursites pré- et rétroachillienne et des zones d'hypersignal témoignant de lésions tendineuses chez quatre patients (Fig. 3). Tous nos patients avaient été traités médicalement sans amélioration.

L'acte chirurgical était réalisé sous anesthésie locorégionale pour dix patients et sous anesthésie générale pour cinq cas, en décubitus ventral avec garrot pneumatique à la racine du membre inférieur. La voie d'abord était para-achillienne externe verticale d'environ 5 cm de long sans dissection du tendon d'Achille. L'ostéotomie était pratiquée par une scie oscillante emportant tout l'angle postérosupérieur complétée

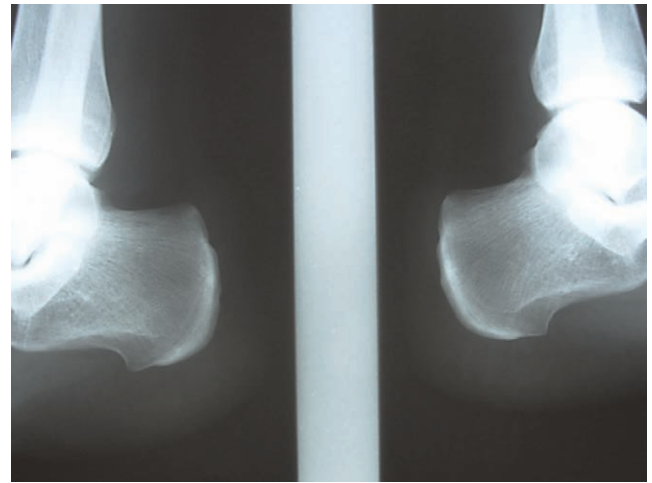


Fig. 2 Radiographie du pied de profil en charge montrant l'hyperthrophie de la tubérosité postéroexterne du calcaneum



Fig. 3 L'IRM de la cheville montrant des bursites pré- et rétroachillienne et des lésions tendineuses

par une régularisation à la pince gouge (Fig. 4). En complément, nous avons procédé à l'excision de la bourse conjonctive rétrocalcanéenne et des bourses superficielles rétroachilléennes. L'incision était fermée, avec respect de



Fig. 4 L'ostéotomie emportant tout l'angle postérosupérieur

l'insertion du tendon achilléen, sur drain de redon aspiratif sans immobilisation postopératoire. La remise en charge était progressive et la marche autorisée vers le dixième jour.

Résultats

On a déploré quatre complications : une suppuration avec nécrose cutanée jugulée par une antibiothérapie adaptée et une cicatrisation dirigée (Fig. 5), une paresthésie du nerf saphène externe et deux récurrences après résection osseuse insuffisante reprise par nouvelle exostosectomie. Les patients opérés n'ont rapporté aucun signe de rupture ou de fragilisation achilléenne.

Les résultats globaux postopératoires cliniques et radiologiques étaient bons à très bons pour 11 patients (73 %), moyens pour deux patients et mauvais pour deux patients.

Discussion

La maladie de Haglund se définit par une proéminence craniolatérale de la grosse tubérosité ; cette anomalie morphologique et le port de chaussures mal adaptées vont coïncider le tendon terminal du triceps sural et les bourses séreuses, entraînant la souffrance de ces structures [1]. La maladie de « Haglund » est souvent bilatérale, plus souvent observée entre 20 et 30 ans [2], avec une prédominance féminine [3–5]. Le tableau clinique est dominé par la douleur qui apparaît dès que le patient est chaussé et peut devenir chronique et permanente, gênant les activités sportives et même la marche. L'examen montre une tuméfaction douloureuse du talon, prédominant à la face postéroexterne, parfois même fistulisée [4]. Les flexions dorsales passive et plantaire résistantes sont également douloureuses [6].

Les radiographies standard montrent les anomalies morphologiques du calcaneum ou un éventuel pied creux. Dans notre série, on a noté quatre cas avec pied creux postérieur. Des critères radiologiques préopératoires [7] ont été proposés pour authentifier les anomalies osseuses, ils



Fig. 5 A. suppuration et nécrose cutanée postopératoire jugulée par une antibiothérapie adaptée. B. Une cicatrisation dirigée

permettent d'évaluer la verticalisation du *calcaneum* et l'importance de la proéminence. L'angle de Fowler et Philip angle normal entre 60 et 75°, mais sa fiabilité est limitée (sensibilité de 15 %), l'angle de Chauvaux et Liet est pathologique lorsqu'il est supérieur à 12°, les lignes parallèles de Pavlov-Heneghan qui ont une sensibilité de 67 %, et le test de Denis et Huber-Levernieux qui a une sensibilité de 80 %.

L'échographie et mieux l'IRM montrent des signes de bursites pré- et rétroachillienne et parfois des anomalies témoignant de lésions tendineuses.

Le traitement médical de cette affection inclut la prescription d'AINS, de la physiothérapie et une prise en charge podologique. Il concerne avant tout le chaussage supprimant les conflits postérieurs. On peut s'aider de semelle avec talonnette élévatrice de l'arrière pied. Le traitement médical comporte également la réalisation d'infiltration de corticoïdes dans la bourse séreuse rétrocalcaneenne, en général une seule injection est recommandée pour éviter le risque de

rupture ou de nécrose tendineuse. L'échec du traitement médical est fréquent et conduit au traitement chirurgical.

Différentes techniques par chirurgie conventionnelle ou endoscopique ont été proposées.

La résection tubérositaire a été proposée initialement par Haglund, mais elle n'a été réalisée qu'en 1933 par Spitzzy [7]. La technique chirurgicale à ciel ouvert consiste à exposer complètement et à réséquer le coin postérolatéral et la bourse inflammatoire en essayant dans la mesure du possible de ne pas toucher l'insertion du tendon d'Achille et de ne pas le fragiliser. Plusieurs voies d'abord ont été décrites : la voie transversale postérieure [3] comporte le risque de névromes ; la voie para-achilléenne interne ou para-achilléenne externe, en J ou J inversé, s'accompagnent de problèmes de cicatrisation.

Nous utilisons comme la plupart des auteurs la voie d'abord latéroachilléenne [8–10], qui comporte un risque minime d'atteinte des branches du nerf saphène externe. La résection osseuse doit être large, descendant en bas et en arrière jusqu'à l'insertion du tendon, une résection insuffisante peut être source d'échec et de récurrence [11]. Les lésions tendineuses, quand elles existent, doivent être traitées par excision des lésions dégénératives. Il n'y a pas d'immobilisation postopératoire. Le port d'une talonnette est conseillé pour six semaines [12]. La résection arthroscopique est d'application plus récente, elle a l'intérêt d'un abord moins agressif et de suites opératoires plus simples [11–13]. Classiquement, la résection tubérositaire simple a été la technique la plus utilisée pour traiter la maladie de Haglund, mais actuellement plusieurs auteurs limitent ses indications aux patients ayant une pente calcanéenne normale ou peu augmentée et n'ayant pas de lésion tendineuse sévère sur l'IRM [14]. L'ostéotomie calcanéenne de fermeture supérieure par résection d'un coin à base supérieure proposée par Zadek en 1939 nous paraît trop invasive et d'indication exceptionnelle [15], mais garde l'intérêt de préserver l'insertion du tendon achilléen, de corriger les anomalies morphostatiques de l'arrière pied surtout en cas de pieds creux sévères [14]. Pour certains auteurs, elle est indiquée de première intention si l'angle d'inclinaison est supérieur à 20° et en cas d'échec de la résection simple [16].

Les résultats de la résection tubérositaire diffèrent selon les séries, mais la plupart des auteurs rapportent un taux de satisfaction de plus 70 % [17,18].

Conclusion

La prise en charge de la maladie de Haglund doit être bien planifiée. La résection tubérositaire reste une technique

simple, reproductible et donne de bons résultats si on respecte les indications et quelques impératifs techniques.

Références

1. Delagoutte JP, Peltre G, Becker JM (1987) La maladie de Haglund. *Med Chir Pied* 3:21–3
2. Taylor GJ (1986) Prominence of the calcaneus: is operation justified? *J Bone Joint Surg Br* 68(3):467–70
3. Estallo Martino F, Martin Oliva X, Ramon Sole J, Ballart Gavila C (1989) L'importance de l'incision cutanée dans la maladie de Haglund. *Med Chir Pied* 5:35–9
4. Jones DC, James SL (1984) Partial calcaneal osteotomy for retrocalcaneal bursitis. *Am J Sports Med* 12(1):72–3
5. Sella EJ, Caminear DS, McLarney EA (1998) Haglund's syndrome. *J Foot Ankle Surg* 37(2):110–4
6. Kouvalchouk JF, Hassan E (1999) Pathologie du tendon d'Achille : tendinopathies–ruptures–plaies. *EMC podologie*, 27-090-A-10, *Encycl Med Chir, Appareil locomoteur*, 14-090-A-10, Podologie, 14 p
7. Schneider W, Niehus W, Knahr K (2000) Haglund's syndrome: disappointing results following surgery: a clinical and radiographic analysis. *Foot Ankle Int* 21(1):26–30
8. Keck SW, Kelly PJ (1965) Bursitis of the posterior part of the heel: evaluation of surgical treatment of eighteen patients. *J Bone Joint Surg Am* 47:267–73
9. Kouvalchouk JF (1987) La pathologie du tendon d'Achille : rupture et « tendinite ». In: *Cahiers d'enseignement de la Sofcot. Conférence d'enseignement*. Paris, Expansion scientifique française, 233–57
10. Kouvalchouk JF, Watin-Augouard L (1993) Chirurgie du tendon d'Achille : tendinites et maladie de Haglund. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales–Orthopédie–Traumatologie*, 44-912, 1–4
11. Faure P, Poire G, Canovas F, et al (2001) Notre expérience dans le syndrome de Haglund : intérêt de l'endoscopie. *Actualités Podologiques, Les lendemains de pied opéré*
12. Hanft JR, Chang T, Levy AI, et al (1996) Haglund's deformity and retrocalcaneal, intratendinous spurring. *J Foot Ankle Surg* 35(4):362–8
13. Ferkel RD (1996) Endoscopic retrocalcaneal decompression. In: *Arthroscopic surgery. The Foot and Ankle Lippincott-Raven, Philadelphia*, pp 313–24
14. Wegrzyn J, Besse JL (2009) Pathologies et chirurgies du tendon calcanéen. Rupture fraîche, ruptures chroniques et tendinopathies. *Encycl Med Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales–Orthopédie–Traumatologie*, 44-910
15. Pauker M, Katz K, Yosipovitch Z (1992) Calcaneal osteotomy for Haglund disease. *J Foot Surg* 31(6):588–9
16. Maynou C, Mestdagh H, Dubois HH, et al (1998) L'ostéotomie calcanéenne est-elle justifiée dans la maladie de Haglund ? *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 84(8):734–8
17. Sammarco GJ, Taylor AL (1998) Operative management of Haglund's deformity in the non-athlete: a retrospective study. *Foot Ankle Int* 19(11):724–9
18. Bonnel F, Poussali JF, Faure P, Canovas F (2001) La maladie de Haglund : place de la chirurgie conventionnelle (32 cas). *Actualités Podologiques*