

COMMUNICATION

La rupture du tendon d'Achille

Clinique : Il existe souvent un œdème et une douleur importants de la cheville et du bas du mollet survenant dans un contexte de traumatisme avec notion de claquement. A l'examen on note une dépression du tendon à la palpation.

Échographie : On note une zone anéchogène de rupture du tendon (*Photo 20*) parfois noyée dans une tendinite préexistante et dans un hématome. Des épreuves dynamiques sont souvent indispensables, permettant d'affirmer le diagnostic ; attention au tendon du plantaire grêle, petit tendon accessoire qui peut ne pas être rompu (*Photo 21*).



Photo 20. – Rupture totale du tendon d'Achille



Photos 20 et 21. – Coupes longitudinales du tendon d'Achille
Photo 21. – Rupture totale du tendon d'Achille avec persistance du tendon du plantaire grêle

La tendinite d'Achille (1, 3)

Clinique : Elle objective un œdème modéré et une douleur importante du tendon d'Achille et du bas du mollet à la marche. A l'examen, il existe un gros tendon sensible.

Échographie : On note un aspect hypoéchogène du corps ou de l'insertion du tendon avec ou sans présence de calcifications, le tendon étant épaissi. Il existe pratiquement toujours une hypervascularisation au Doppler couleur (*Photos 22 et 23*).



Photos 22 et 23. – Coupes longitudinales du tendon d'Achille.
Tendinites typiques du corps du tendon d'Achille
Noter l'hypervascularisation au Doppler couleur

Étiologie : On distingue 2 types de tendinopathies, l'atteinte de l'insertion calcanéenne du tendon ou l'atteinte du corps du tendon.

La ténosynovite des péroniers (4, 5)

Clinique : On note un œdème modéré et une douleur externe de la cheville et du bas du mollet. Il existe aussi des douleurs à la marche et un empatement de la région malléolaire externe.

Échographie : Elle montre des zones hypoéchogènes du corps ou de l'insertion d'un et/ou des deux tendons avec ou sans calcification, avec hypervascularisation au Doppler couleur. La gaine synoviale peut montrer un épanchement (*Photos 24 et 25*) avec ou sans épaississement de sa paroi en fonction de l'étiologie. On peut observer parfois des fissures tendineuses.

La ténosynovite du jambier postérieur (1, 4, 5)

Clinique : On note un œdème modéré et une douleur interne de la cheville et du bas du mollet, avec des notions de douleur à la marche et un empatement de la région malléolaire interne.

Échographie : Elle montre des zones hypoéchogènes du corps ou de l'insertion du tendon avec ou sans calcification, avec hypervascularisation au Doppler couleur. La gaine synoviale peut montrer un épanchement et/ou un épaississement de sa paroi (*Photos 26 et 27*) en fonction de l'étiologie. On peut voir parfois des fissures tendineuses.



Photos 24 et 25. – Coupes transversale et verticale rétro-malléolaires externes

Photo 24. – La ténosynovite du jambier postérieur

Photo 25. – Tendinopathies du long fibulaire (long péronier latéral) le cours fibulaire est normal

Photos 26 et 27. – Coupes verticale (en haut) et transversale (en bas) rétro-malléolaires internes. Synovite isolée hypertrophique de la gaine du tendon du jambier postérieur, le tendon est normal. Il s'agit d'une polyarthrite rhumatoïde

CONCLUSION

L'écho-Doppler permet certes de faire le diagnostic de thrombose veineuse mais il permet aussi de faire la plupart des diagnostics différentiels ou associés. Si certains diagnostics sont difficiles, les plus fréquents restent d'accès assez aisé si on les recherche et si le praticien est formé à l'interprétation des images rencontrées.

Un diagnostic précis permet une meilleure prise en charge. Il évite et permet un traitement adapté et efficace qui peut être rapidement mis en œuvre.

RÉFÉRENCES

1 Peetrans P., Chhem R. Atlas d'échographie du système locomoteur, tome 2 : Le membre inférieur, Sauramps, 2000.

2 Lefebvre E., Pourcelot L. Échographie musculo-tendineuse, 2^e édition, Masson Éd., 1991.

3 Roger B. Mollet, cheville et pied : monographie de la Pitié. Sauramps Medical, octobre 1999.

4 Brasseur J.L. Pathologie des ligaments de la cheville. *JBR-BTR* 2003 ; 86 : 96-101.

5 Brasseur J.L., Tardieu M., Lazennec J.Y. *Feuilles de Radiologie*, volume 39, n° 3, p. 181.