

Présentation générale de la patiente

Mme X est une femme de 45 ans, mère de deux enfants, indépendante depuis 10 ans. Elle est patronne de sa propre chocolaterie, qu'elle gère avec son mari. Tous deux travaillent environ 50 heures par semaine, sans possibilité actuelle d'engager du personnel supplémentaire.

Mme X ne pratique pas d'activité physique encadrée en club, mais décrit un mode de vie actif, notamment à travers des activités de loisirs avec ses enfants, telles que se rendre au parc, participer à des festivals ou pratiquer le ski en hiver.

Depuis trois ans, Mme X présente des douleurs persistantes au niveau du tendon d'Achille, se manifestant quotidiennement et perturbant son sommeil. Elle a consulté plusieurs professionnel·les de santé, dont différents médecins, sans amélioration durable de ses symptômes.

Au cours de ce parcours, des discussions récurrentes autour de son poids et de son obésité ont eu lieu, vécues par la patiente comme difficiles et décourageantes, ce qui a contribué à une diminution de sa confiance dans les prises en charge proposées.

Mme X a bénéficié de deux infiltrations ainsi que d'environ 50 séances de physiothérapie, sans amélioration rapportée. Elle a également été suivie par un psychiatre pendant un an, dans un contexte de douleurs chroniques, avec un traitement antidépresseur, bien qu'elle ne se reconnaisse pas comme dépressive.

Elle a consulté deux podologues, sans bénéfice des semelles proposées. Elle est actuellement suivie par une nutritionniste et envisage une chirurgie bariatrique, tout en exprimant des doutes quant à l'impact de la perte de poids sur ses douleurs, celles-ci étant présentes depuis plusieurs années.

Mme X exprime aujourd'hui une faible confiance envers la physiothérapie, malgré une adhésion antérieure à un programme d'exercices réalisé pendant plusieurs mois.

Elle comprend la nécessité de s'impliquer dans sa rééducation, mais exprime un sentiment de confusion lié à des informations perçues comme contradictoires de la part des professionnel·les de santé consulté·es jusqu'à présent.

Activités et participation

Mme X travaille dans sa chocolaterie environ 50 heures par semaine. Son activité professionnelle implique des périodes prolongées en station debout, du piétinement ainsi que des déplacements répétés.

Elle assure quotidiennement le transport de ses filles, notamment en voiture pour leurs activités sportives. Elle habite dans un village situé sur les hauteurs et doit marcher environ cinq minutes dans une pente raide pour rejoindre son domicile depuis la zone où est garée sa voiture.

Elle participe activement à la vie familiale et sociale et partage des loisirs avec ses enfants. Les douleurs à l'arrière de la cheville rendent cependant certaines activités plus difficiles, en particulier la marche prolongée, la marche en pente, le port de certaines chaussures et le maintien prolongé en station debout. La douleur perturbe également son sommeil.

Malgré ces difficultés, Mme X continue à assumer ses rôles professionnels et familiaux, au prix d'un effort important.

Localisation et distribution des symptômes

La douleur est localisée à l'arrière de la cheville, au niveau du tendon d'Achille. Elle est décrite comme localisée et ne diffuse pas vers d'autres régions du membre inférieur.

Aucune irradiation n'est rapportée.

Body chart (représentation corporelle de la douleur)

Le body chart est complété par la patiente lors de l'anamnèse. Il met en évidence une zone douloureuse circonscrite à la portion postérieure de la cheville, correspondant au trajet du tendon d'Achille.

Aucune autre zone douloureuse n'est rapportée.



Caractéristiques de la douleur

Concernant la douleur à l'arrière de la cheville, la patiente décrit une raideur matinale, une sensation de brûlure, et rapporte des douleurs ressenties comme des « coups de couteau » à l'arrière du talon, survenant notamment lorsqu'elle marche plus rapidement ou en pente.

La douleur est principalement présente au réveil, puis s'améliore au cours de la journée, tout en fluctuant en fonction de l'activité. Elle est évaluée à 5/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA).

Des douleurs apparaissent typiquement lors de la mise en charge après une position assise prolongée ou lors de périodes prolongées en station debout avec piétinement. La patiente ne peut plus porter certaines chaussures rigides qui appuient sur la zone douloureuse.

La douleur reste locale et ne diffuse pas. Aucun symptôme neurologique, tel que des fourmillements ou des paresthésies, n'est rapporté.

Fonctions et activités affectées

Aucun déficit de mobilité articulaire n'est objectivé.

La montée sur la pointe de pied à une jambe est impossible, la patiente refusant d'essayer. La montée sur la pointe de pied avec les deux jambes en position debout est très difficile ; le talon décolle à peine du sol. Lors de cette tentative, la patiente présente des grimaces et semble convaincue que l'effort va générer des douleurs importantes dans les heures suivantes.

Examen clinique et tests pertinents

Les tests fonctionnels sollicitant la mise en charge du tendon d'Achille, notamment la montée sur la pointe des pieds, reproduisent la douleur.

La palpation de la portion moyenne du tendon d'Achille reproduit les symptômes décrits par la patiente.

Les tests de provocation de la douleur sont positifs.

Précautions et contre-indications

Lors de la première séance, les critères d'Ottawa sont négatifs :

- Absence d'impossibilité de mise en charge immédiate ou de faire quatre pas,
- Absence de douleur à la palpation sur les 6 cm distaux des malléoles interne et externe,
- Absence de douleur à la palpation à la base du cinquième métatarsien,
- Absence de douleur à la palpation de l'os naviculaire.

Une imagerie a déjà été réalisée, permettant d'exclure un éventuel conflit postérieur.

Facteurs contextuels et contributifs

Mme X rapporte un niveau de stress élevé lié à son activité professionnelle. Elle exprime également un sentiment d'incompréhension et de lassitude vis-à-vis des prises en charge précédentes et des informations reçues au cours de son parcours de soins.

Les contraintes mécaniques quotidiennes (marche en pente, station debout prolongée, piétinement) constituent des facteurs susceptibles de contribuer au maintien des symptômes.

Hypothèse diagnostique

L'ensemble des éléments cliniques (localisation de la douleur, caractéristiques des symptômes, tests de provocation positifs et palpation douloureuse) est compatible avec une tendinopathie d'Achille de la portion moyenne.

L'hypothèse diagnostique est confortée par les résultats de l'imagerie, montrant un remaniement du tendon d'Achille associé à un rehaussement Doppler.

Prise en charge proposée

La prise en charge initiale repose sur plusieurs axes complémentaires :

- Éducation thérapeutique : explication de la tendinopathie d'Achille comme une diminution de la capacité tissulaire du tendon, associée notamment à une raideur matinale.
- Douleur et facteurs contextuels : information sur l'influence des facteurs émotionnels et contextuels sur le signal douloureux.
- Adaptation des activités quotidiennes : discussion autour des déplacements, du travail, du sommeil et du chaussage.
- Remise en charge progressive : mise en place d'un planning d'exercices, avec explication de l'importance de la remise en charge pour favoriser l'adaptation du tendon, en recherchant une charge appropriée et tolérable pour la patiente.

Pronostic

Mme X présente une douleur chronique évoluant depuis plusieurs années, associée à des facteurs contextuels et psychosociaux importants.

L'évolution est susceptible d'être lente. Le pronostic est considéré comme moyennement favorable, avec une amélioration attendue progressive des capacités fonctionnelles et de la tolérance à la charge, plutôt qu'une disparition immédiate des symptômes.

Durabilité forte

Un raisonnement clinique intégrant la durabilité forte consiste à concevoir une prise en charge efficace, mais aussi soutenable dans le temps pour la patiente, le·la professionnel·le et le système de soins. Il vise à éviter la surmédicalisation, les interventions redondantes et les protocoles irréalistes, au profit d'une prise en charge proportionnée, contextualisée et favorisant l'autonomie. La durabilité forte ne constitue pas une contrainte externe au soin, mais un critère de qualité du raisonnement clinique.

Éléments volontairement laissés ouverts dans ce cas clinique

Ce cas clinique a été conçu de manière à soutenir le raisonnement clinique des étudiant·es. Certains éléments ne sont volontairement pas précisés afin d'encourager l'analyse, le questionnement et la prise de décision clinique.

Les éléments suivants sont notamment laissés ouverts :

- Le côté atteint (droite/gauche) n'est pas précisé.
- Aucun score standardisé (par ex. questionnaire spécifique ou score fonctionnel) n'est fourni.

- Le contenu détaillé du protocole d'exercices n'est pas décrit.
- Aucun objectif chiffré ou critère de succès n'est explicitement formulé.
- Aucune timeline précise de suivi ou de réévaluation n'est indiquée.

Ces choix pédagogiques visent à amener les étudiant-es à identifier les informations manquantes pertinentes, à formuler des hypothèses cliniques et à proposer une prise en charge adaptée et évolutive.

Références conseillées

Chimenti, R. L., Neville, C., Houck, J., Cuddeford, T., Carreira, D., & Martin, R. L. (2024). *Achilles pain, stiffness, and muscle power deficits: Midportion Achilles tendinopathy revision—Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health*. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 54(12), CPG1–CPG32.

Cook, J. L., & Purdam, C. R. (2009). Is tendon pathology a continuum? A pathology model to explain the clinical presentation of load-induced tendinopathy. *British Journal of Sports Medicine*, 43(6), 409–416.

Malliaras, P., Barton, C. J., Reeves, N. D., & Langberg, H. (2013). Achilles and patellar tendinopathy loading programmes: A systematic review comparing clinical outcomes and identifying potential mechanisms. *Sports Medicine*, 43(4), 267–286.

Maffulli, N., Longo, U. G., Kadakia, A., & Spiezia, F. (2020). Achilles tendinopathy. *Foot and Ankle Surgery*, 26(3), 240–249.

Nicholas, M. K. (2022). The biopsychosocial model of pain 40 years on: Time for a reappraisal? *Pain*, 163(Suppl. 1), S3–S14.

Rio, E., Moseley, L., Purdam, C., Samiric, T., Kidgell, D., Pearce, A. J., Jaberzadeh, S., & Cook, J. (2014). The pain of tendinopathy: Physiological or pathophysiological? *Sports Medicine*, 44(1), 9–23.

Rio, E. K., & Murphy, M. C. (2024). Warming-up for the latest on diagnosing and managing tendinopathy. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 54(1), 1–2.

Scott, A., Docking, S., Vicenzino, B., Alfredson, H., Murphy, R. J., Carr, A. J., Zwerver, J., Lundgreen, K., Finlay, O., Pollock, N., Cook, J. L., Fearon, A., Purdam, C. R., Hoens, A., Rees, J. D., Goetz, T. J., & Danielson, P. (2013). Sports and exercise-related tendinopathies: A review of selected topical issues by participants of the Second International Scientific Tendinopathy Symposium (ISTS), Vancouver 2012. *British Journal of Sports Medicine*, 47(9), 536–544.

Silbernagel, K. G., Thomeé, R., Eriksson, B. I., & Karlsson, J. (2007). Continued sports activity, using a pain-monitoring model, during rehabilitation in patients with Achilles tendinopathy. *The American Journal of Sports Medicine*, 35(6), 897–906.

van der Vlist, A. C., Breda, S. J., Oei, E. H. G., Verhaar, J. A. N., & de Vos, R. J. (2019). Clinical risk factors for Achilles tendinopathy: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(21), 1352–1361.

AUTEURES

Clémence Artières, PhD candidate (Haute École de Santé – Vaud)

Emmanuelle Opsommer, PhD (Haute École de Santé – Vaud)