


Periosite & Structure osseuse

COMPOSANTS

- Collagène
- Fibro blastes
- Osteoblastique:

3 formations

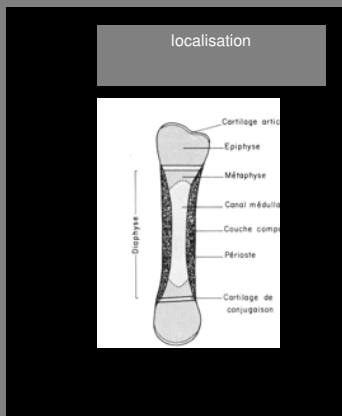


↑ os compact 80% os trabéculaire os compact

Scieur J, Parrot S, Fauret B, Cournez C. Physiologie. Livres Médicales de Neurologie
 Osseuse-ostéome. <http://www.osseuse.com>
osseuse@orange.fr | <http://www.osseuse.com> | www.osseuse.com

Os

localisation



Perioste
 = tissu conjonctif
 qui entoure l'os en périphérie

Os et métabolisme

Le diagramme illustre le cycle de l'ion calcium dans l'organisme. À l'intestin, l'absorption intestinale apporte 300 mg de calcium dans la circulation sanguine (vaisseaux), où la calcémie est maintenue à 10 000 mg. Les reins éliminent 9 800 mg de calcium par la calciurie et 200 mg par la phosphaturie. Les os et les dents (totalisant 1 kg de calcium) libèrent et captent 500 mg de calcium par jour. Le liquide extra-cellulaire (LEC) agit comme un réservoir, contenant 45% du calcium et étant lié à la magnésémie.

Figure 3 – Les principaux organes de l'homéostasie phosphocalcique (LEC : liquides extra-cellulaires).

Intestin, circulation sanguine, rein

Schae J, Parrot S, Fauret B, Corraze C. Physiologie. Livre Médecine de Sciences
 (Osse - articulaire) <http://www.Chimedical.net>
osse@chimedical.net / fauret@chimedical.net / corraze@chimedical.net

Structure osseuse

Remaniement

Le cycle de remodelage osseux (QARIF) est un processus continu. Il commence par la formation d'ostéoblastes (non médullaires ou médullaires) qui se différencient en pré-ostéoclastes. Ces derniers s'activent pour devenir des ostéoclastes, responsables de la résorption osseuse. Les produits de la résorption sont ensuite évacués par inversion, devenant des pré-ostéoblastes qui se différencient en ostéoblastes, complétant ainsi le cycle.

– Les différentes phases du cycle de remodelage osseux (QARIF).

Equilibre
Osteoclastes
Osteoblastique = Unité BMU

Schae J, Parrot S, Fauret B, Corraze C. Physiologie. Livre Médecine de Sciences
 (Osse - articulaire) <http://www.Chimedical.net>
osse@chimedical.net / fauret@chimedical.net / corraze@chimedical.net

Ossification

PROGRESSION
vers la minéralisation

Schaefer J, Parisi S, Faustel H, Correas C. Physiologie. Livres Multimédia de Neurologie. Osmo-ostéologie. <http://www.osteologie.net/>. osteologie@orange.fr. <http://www.osteologie.net/osteologie/osteologie/osteologie.html>

Os

Perioste

deux couches

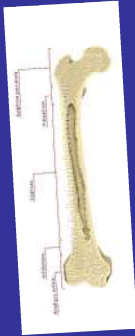
une couche externe, fibreuse, et
une couche interne, plus cellulaire

Interface muscle / os

1. Tissu musculaire strié squelettique
2. Perioste
3. Feuillet fibreux du périoste (couche externe fibreuse)
4. Feuillet cellulaire du périoste (couche interne cellulaire)
5. Tissu osseux fibreux
6. Moelle osseuse

passage des fibroblastes vers les osteoblastes

Periostite & Fract de fatigue



désadaptations:
des structures osteo musculaires
aux contraintes

2004-1

pathologie d ancrage osteo musculaire

pathologie de contrainte osteo musculaire

Periostite

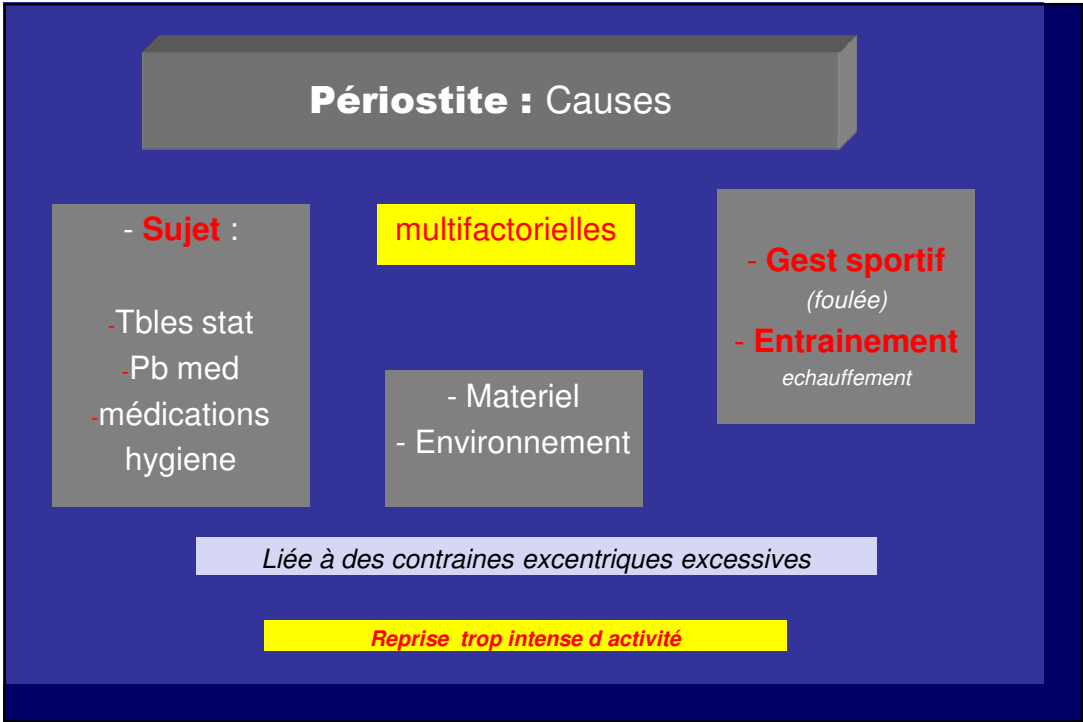
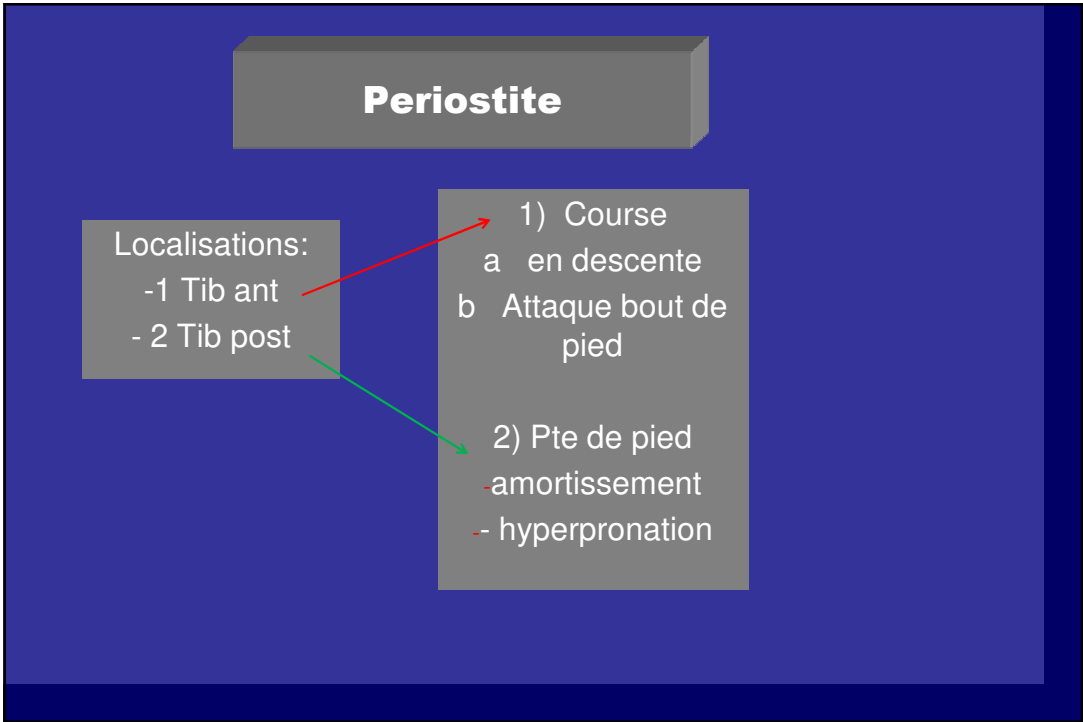
Localisations:

- Tib ant
- Tib post

Rechercher:

- Pd plat valgus
- Hyper pronation
- Pd creux




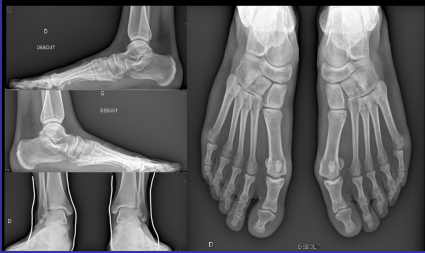


pied

Type d'appui

Pied plat
Loge post hypotonique





Périostite : signes

:douleur locale
à effort
à palpation

Puis invalidante:
gene à l'appui

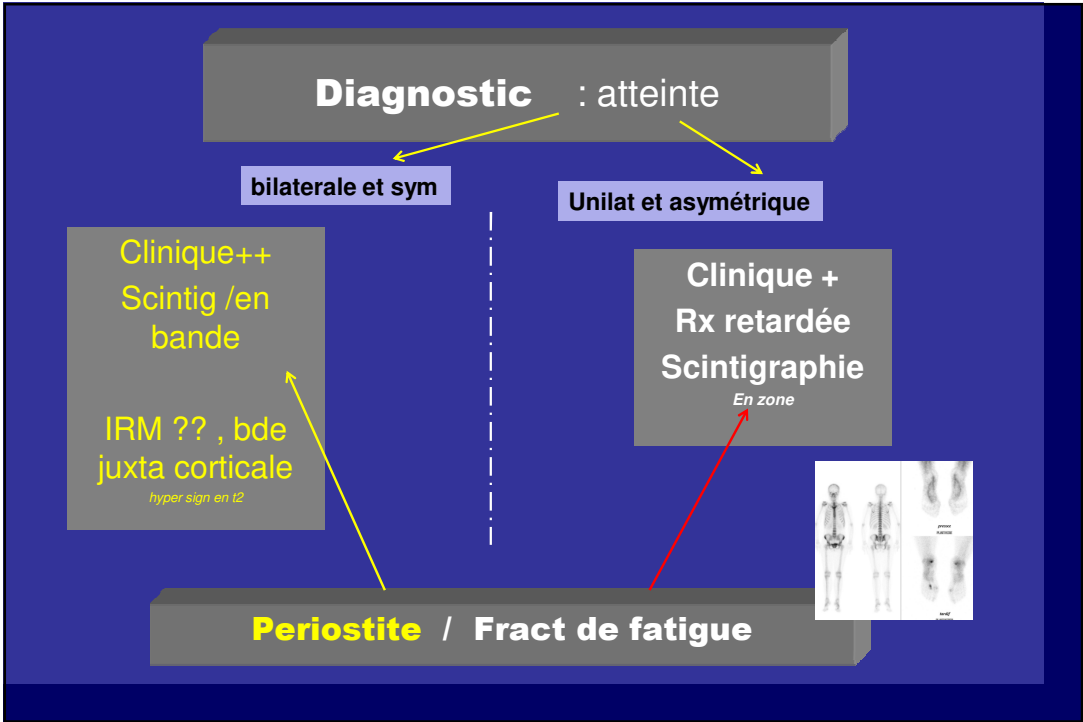
Evol
s' aggrave en **fract**
de fatigue !!!

Traitement précoce = guérison précoce

Periostite : attitude

- Repos *(en my 3 sem/ antalgie)*
- Glace
- Antalgiques Ains..???

Étirements : Il sont à effectuer en dehors de toute phase aigüe et plutôt après un échauffement. Il ne doivent pas augmenter la douleur.



	periostite	fract fatigue
causes	statique hygiene environnement materiel geste sportif entrainement	statique hygiene environnement materiel geste sportif entrainement
localisations	jbe: tibiales	jbe pied bassin
signes	douleur locale a l effort puis repos invalidant / appui ?	douleur locale a l effort puis repos invalidant / appui

attitude prat	repos	repos
	decharge?	decharge
	glace	glace
	antalgique	antalgique
indisponibilité	3 4 sem	3 à 6m

	periostite	fract fatigue

Periostite / Fract de fatigue


II) Fracture de fatigue

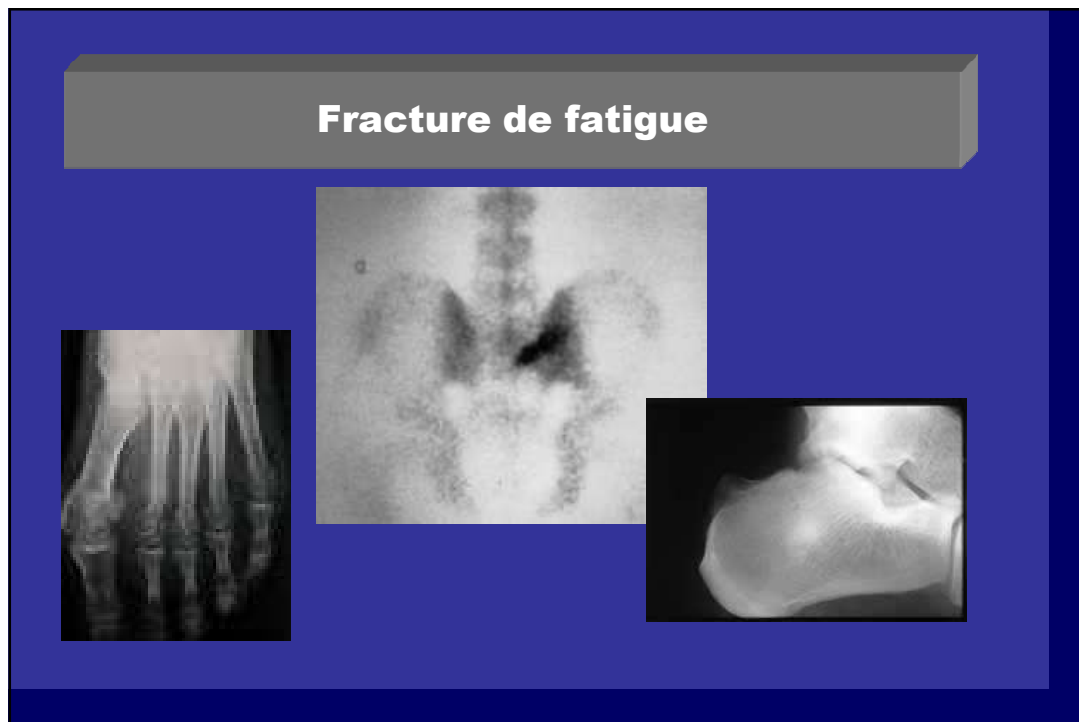
Doul mecanique
À l effort
invalidante
Puis au repos

Douleur locale
Appui
Pression

Rien / rx
Revoir en décalé

Oedeme local






Topog lésionnelle à tout age

- 1) Sacrum
- 2) Tibia >
- 3) Pied

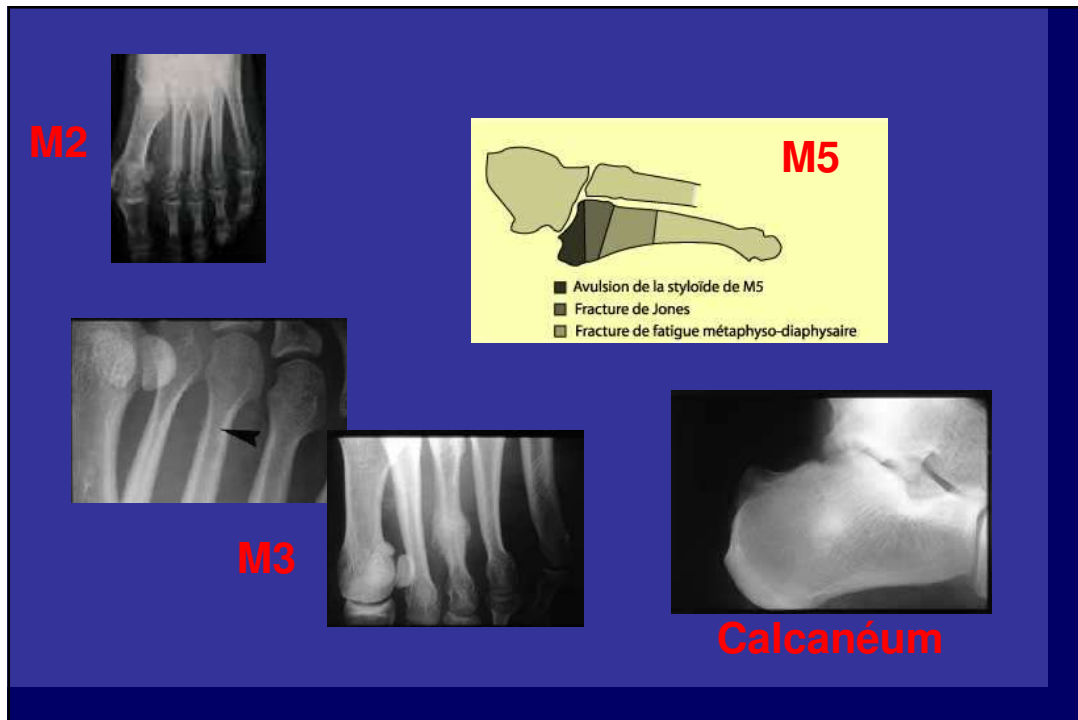
- Métas M2M3
- Calca



sacrum

- 1) Douleur fesse
- 2) appui monop= D
- 3) palp & tension=D
- 4) contracture Gd fess & pyramidal

Arrêt course= 4 MOIS



Causes des lésions

1) Morpho statique

2) micro Ttiq

- la reprise récente de l'entraînement ;
- l'augmentation de votre charge d'entraînement ;
- l'augmentation du rythme des compétitions

3) environnement:

- l'utilisation de chaussures usées ou inadaptées ;
- la pratique du footing sur des sols durs (bitume, piste) ;

diagnostic

Après un effort intensif, inhabituel
(soutenu, intense & répétitif)

- **douleur mécanique en charge**
 - **gonflement local**
 - **douleur à la pression**
- **décalage / signes Radio 1 à 3sem**
(Rx std, scintigraphie, IRM)

Coureur de fond

Fractures de fatigue
fem= 1 à 3x >

Calca
Tibia Méta M2 (M3)
Sésamoïdes
Bassin (sacro iliaque)

En pratique: traitement

**1) repos décharge 45jrs
glaçage, antalgiques, AINS**

2) orthopédique svt

3) délai long :

- entretien en décharge vélo piscine...
- reprise du sport (consolid à 3mois)

4) 4 à 6sem de rrf (reconditionnement)

Prévention

Correctifs Morpho statique ??



1) entraînement progressif (3sem)

2) terrain souple

3) chaussures adaptées

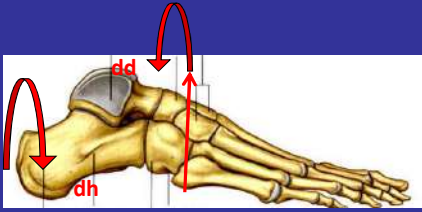
4) échauffement, repos fractionné

Medio pied torsion

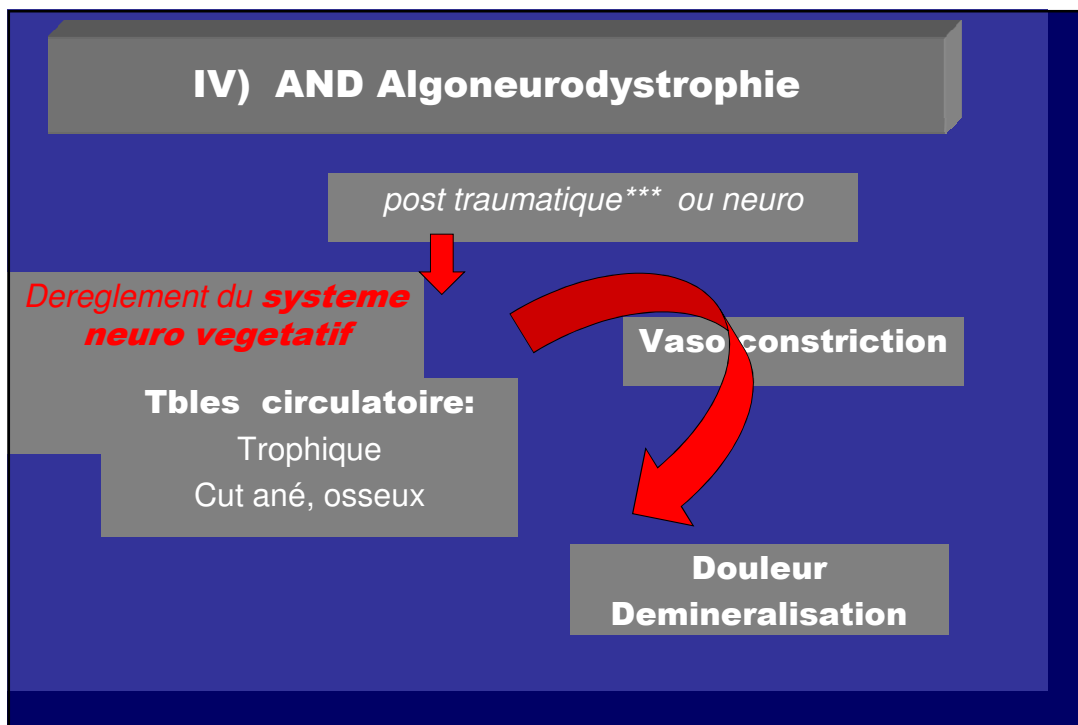
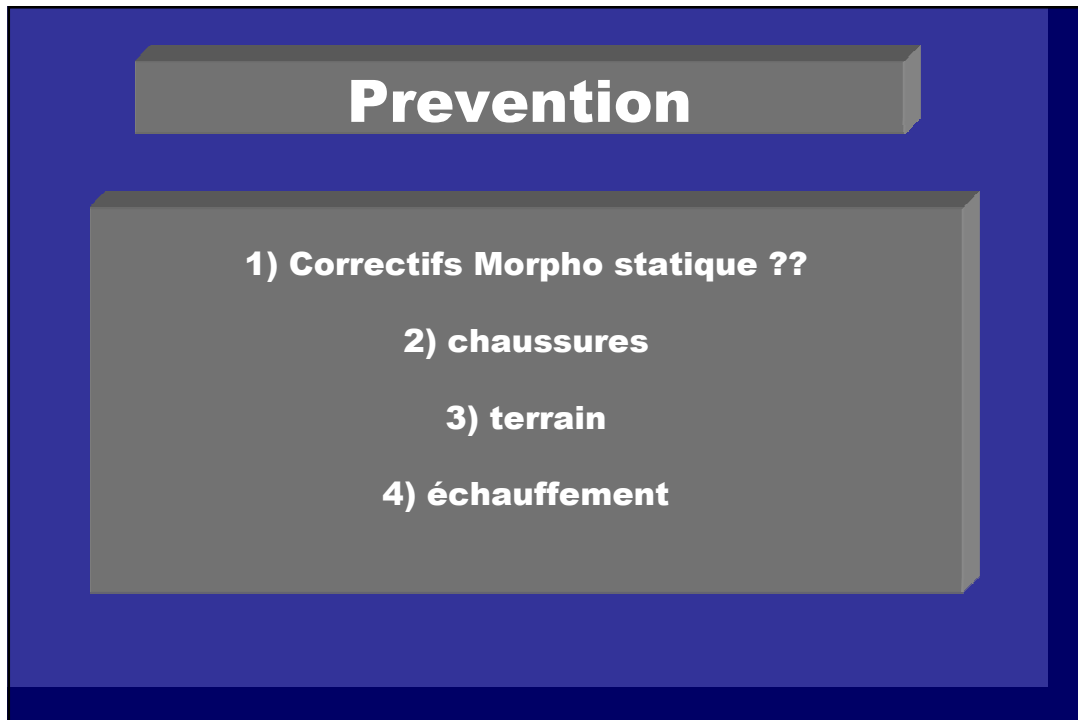
Association

- **Pronation** (valgus) avt pied et
- **Valgisation** arr pied



Coureur de fond

Rupture quadriceps
Fractures de fatigue
 Calca
 Tibia, Métas M2
 Sésamoïdes
 Bassin



AND Algoneurodystrophie

douleurs:
À l'appui
Aux contraintes



Rx
Scintig
IRM

Fragilité cut
Amyotrophie
raideurs

AND Algoneurodystrophie

Evolution:

P1 chaude
P2 froide

La phase froide se caractérise par:

- un refroidissement du membre, une peau lisse et pâle
- une régression progressive de l'œdème survenu pendant la phase chaude
- et par une rétraction du membre atteint.

Evolution:
12 à 18 m

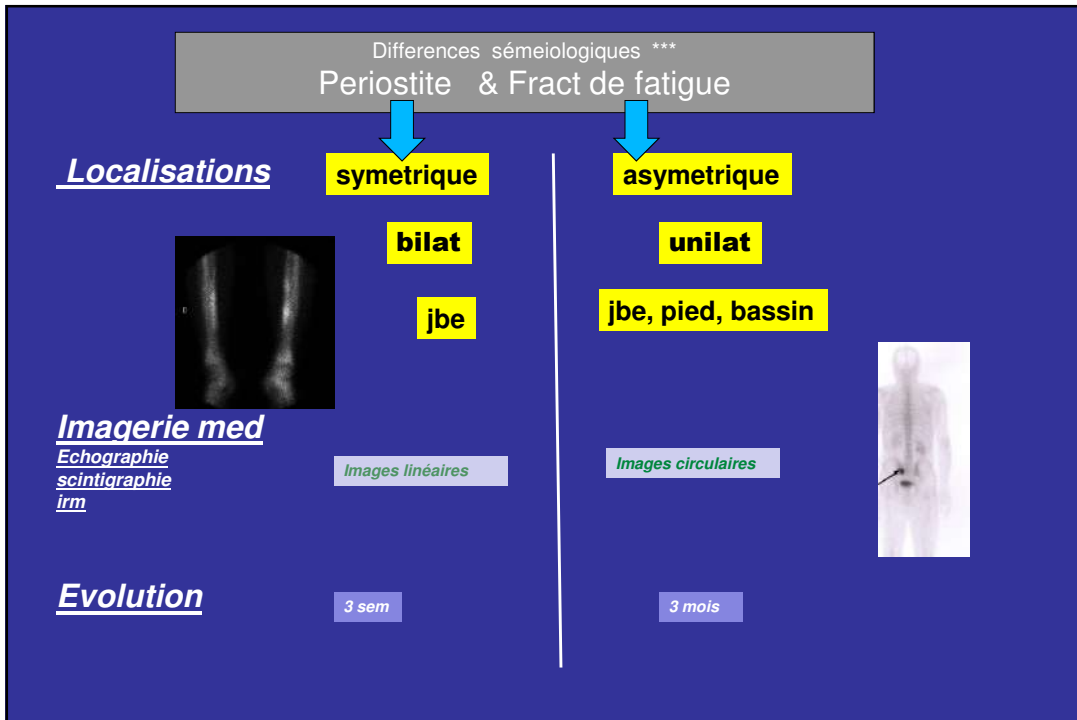
Evolution:
Guerison spontanée et
sans sequelles

AND Algoneurodystrophie

Traitements:

Décharge articulaire
Antalgiques art
Balneotherapie kine

Le traitement inclut la mise au repos du membre,





Conclusions:

- Etudier l'aspect statique et dynamique.
- **Ne pas se limiter à l'examen du pied et cheville**
Considérer le pied et l'ensemble des membres inférieurs.
- Traçabilité et simplicité des bilans .

++ Prévenir & réadapter



Traitement précoce respect repos