bibliographie:

Le pied de la personne âgée; approche médicale et prise en charge de pédicurerie-podologie.

Pathologie du pied et de la cheville: Elsevier Masson Par T LEEMRIJSE, J L BESSE, B D BEVERNAGE, B VALTIN

Examen clinique de l'appareil locomoteur Elsevier Masson par J A CLELAND, S KOPPENHAVER ,J SU

Le pied et la cheville Sauramps M BOUYSSSET, M DELMI , G MORVAN

Podologie du sport Masson A GOLDCHER, E NATAF

Les déformations du pied de l'enfant et de l'adulte Cahiers de la SOFCOT

Imagerie du pied et de la cheville Elsevier Masson par J-L DRAPIER

Tomoscintigraphie osseuse de la cheville et du pied Sauramps par G CHUTO, E RICHELME, C CERMOLACCE, M NICAUD, B PUECH

Semelles orthopédiques et sports Laboratoires Ciba Geigy par Dr P BOISSINOT- F PIERRE

Les orthèses plantaires Sauramps par C HERISSON, P ABOUKRAT, L SIMON

Thèse de Docteur en Pharmacie Dieppe 2017: Place de la podologie à l'officine; De la fabrication à la délivrance d'orthèses plantaires par A ICARD

Thèse STAPS Université REIMS CHAMPAGNE-ARDENNES 2019: Gestions des modifications podales et des pressions plantaires en ultra-trail par des semelles orthopédiques équipées de barres rétro-capitales métatarsiennes

Corriger le pied sans semelle Ed désiris F BRIGAUD

La cheville dégénérative et post-traumatique Masson par J RODINEAU, C HERISSON, P ABOUKRAT, L SIMON

Médecine du Sport et Thérapies manuelles " le pied et la cheville" Sauramps par D BONNEAU, C HERISSON, P VAUTRAVERS

Monographies Volume 81, Issue 2, APRIL 2014? Pages 71-75 par E ZING, A GOLDCHER

Bilan du pied Manuel MSD par A VILLA-FORTE MD,MPH, Cleveland Clinic

**Anamnèse et examen clinique du pied OER-UCLOUVAIN Université catholique par B DEVOS
BEVERNAGE 2015**

**The Foot and Ankle -Campbell's Opérative Orthopedics Tenth Edition, Mosby, 2003 par EG
RICHARDSON**

Examen clinique du pied et de la cheville chez l'adulte Elsevier Revue du Rhumatisme

**Recommandations 2020 sur la prise en charge médicale des douleurs neuropathiques centrales X.
Moisset (Clermont-Ferrand) et coll.**

Pas d'années sans recommandations. Pour l'année 2020, on retiendra les recommandations de la SFETD concernant les douleurs neuropathiques, par exemple les douleurs radiculaires si fréquentes en rhumatologie. Nous les résumerons en 3 niveaux :

> en première intention, ou première ligne :

- duloxétine,
- gabapentine, en allant jusqu'à 3 600 mg/j en 3 prises à augmenter progressivement,
- antidépresseurs tricycliques dont l'effet commence dès 10 mg par jour ;

> en deuxième intention ou deuxième ligne :

- prégabaline : 150 à 600 mg par jour en 3 prises, avec les mêmes effets indésirables que la gabapentine, un risque de mésusage plus important dû à un effet euphorisant et anxiolytique utilisé par les toxicomanes. X. Moisset de préciser que cette molécule a un effet global décevant inférieur à la gabapentine.
- tramadol LP : 100 à 400 mg/j mais risque de mésusage, car correspondant à 40 à 68 en équivalent morphine,
- techniques cognitivo-comportementales et méditation en pleine conscience en association avec d'autres traitements ;

> en troisième intention ou troisième ligne :

- rTMS toutes les 3 semaines au long court,
- opioïdes forts à moins de 250 mg/j en équivalent morphine.

Association of tramadol use with risk of hip fracture. J Bone Miner Res. 2020 Apr ;35(4) :631-40. Wei J et al. J Bone Miner Res. 2020 Apr; 35(4): 631-40.

Une étude de cohorte a montré récemment une augmentation du taux de mortalité toutes causes confondues chez des patients souffrant d'arthrose traités par tramadol comparés aux patients sous AINS. D'autres études ont montré une augmentation du risque de chutes.

Les auteurs de cet article ont recherché une association entre la consommation de tramadol et le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). A partir des données de santé en médecine générale (2000-2017) en Grande Bretagne, ils ont réalisé cinq études de cohortes appariées selon un score de propension séquentiel avec des patients de plus de 50 ans débutant du tramadol, de la codéine, du naproxène, de l'ibuprofène, du célécoxib ou de l'étoricoxib. Le score de propension a été calculé grâce à : âge à l'inclusion, sexe, indice de déprivation sociale de Townsend, IMC, consommation d'alcool, tabagisme, comorbidités, médicaments, nombre d'hospitalisations et de visites médicales au cours de l'année écoulée avant la date d'entrée dans l'étude. Par contre, la fragilité et la densité

osseuse n'ont pas pu être prises en compte. L'appariement de chaque sujet débutant du tramadol à un sujet débutant un des autres traitements et ayant un score de propension identique a permis la constitution de cohortes de sujets avec des caractéristiques très proches, cette méthodologie diminuant le risque de biais. Le critère de jugement était la survenue de FESF sur une période d'un an. L'âge moyen de la population était de 65 ans avec 66% de femmes. Le risque de FESF était supérieur dans la cohorte tramadol comparée à la cohorte codéine avec un hazard ratio (HR) de 1,28. Les risques étaient également plus élevés avec le tramadol en comparaison avec les cohortes naproxène (HR=1,69), ibuprofène (HR=1,65), célécoxib (HR=1,85) et étoricoxib (HR=1,96). Ce type d'étude ne permet pas de connaître la cause des FESF, mais il est probable que ce soit une augmentation des chutes.

Ainsi, le risque de FESF est plus élevé chez les patients débutant un traitement par tramadol comparés aux patients débutant de la codéine ou des AINS. Compte tenu de l'impact sur la morbidité et la mortalité des FESF, les auteurs insistent sur la nécessité de prendre en compte ces résultats dans les futures guidelines de prise en charge de la douleur des sujets de plus de 50 ans.