

La luxation traumatique des tendons péroniers

A propos de 36 cas

Y. Tourné¹, D. Saragaglia¹, D. Benzakour¹ et H. Bezes²

Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie du Sport¹ et Service d'Urgence et de Traumatologie², CHU de Grenoble, Hôpital Sud, F-38130 Echirolles, France

Accepté le 21 février 1995

Traumatic dislocation of peroneal tendons

Summary. *Between January 1970 and September 1992 we operated on 35 patients with dislocation of the peroneal tendons; in 1 patient both sides were affected. Twelve cases were acute and 24 chronic; 83% were due to injuries at sport, 90% of which were in downhill skiers. In 25 cases the fibroperiosteal detachment and the lax tendon sheath were repaired using either the technique of Meary, or that devised by ourselves. Exner suture of the lesion of the main body of the sheath was carried out in 8 cases, and other procedures in the remainder. Ninety two percent of patients had a satisfactory result. The surgical procedure adopted must depend on the patterns of injury, but the majority of cases require fibroperiosteal release with transosseus reattachment of the sheath.*

Résumé. *Trente six cas de luxations des tendons péroniers ont été opérés correspondant à 35 patients (1 cas bilatéral) entre janvier 1970 et septembre 1992: 12 cas aigus et 24 lésions chroniques. Il s'agissait d'accidents de sport dans 83% des cas dont 90% de skieurs. Dans 25 cas (soit 70%), la technique de Méary (14 cas) et notre technique personnelle (11 cas) ont traité le décollement fibro-périosté et la distension de la gaine tendineuse. La suture selon Exner des lésions directes de la gaine a été mise en œuvre 8 fois et d'autres techniques l'ont été de façon sporadique.*

Sans distinguer les circonstances cliniques, ni les techniques chirurgicales, les patients ont été évalués comme asymptomatiques ou pauci-symptomatiques dans 92% des cas. Le seul traitement valable demeure le traitement chirurgical adapté aux différentes lésions rencontrées. Notre technique, permettant la suppression du décollement fibro-périosté et la réinsertion de la gaine, trouve sa place dans bon nombre de lésions aiguës et dans toutes les lésions chroniques.

Introduction

La luxation des tendons péroniers est une pathologie rare. En effet, si l'on se réfère aux séries de la littérature [5, 21], celles-ci dépassent rarement les 30 cas et sont relativement peu nombreuses. Par ailleurs, si on la compare aux multiples entorses de la cheville qui défilent dans les services d'urgence, elle paraît encore plus rare, à tel point qu'elle est souvent méconnue si on ne la recherche pas de principe. C'est Monteggia (cité par Nivellet [14]), qui, en 1803, en fit la première description chez une danseuse de ballet. Lannelongue (cité par Nivellet [14]), en 1890, prôna le premier le traitement chirurgical. En 1968, Mounier-Kuhn et Marsan [13], firent une description exhaustive, alors que Méary [11] publia les principes de sa technique opératoire, qui est actuellement largement utilisée en France.

Notre travail repose sur l'étude de 36 luxations des tendons péroniers (12 aigus et 24 chroniques)

opérées entre 1970 et 1992. Son objectif est d'une part de présenter la série et ses résultats, d'autre part de présenter une nouvelle technique opératoire, dérivée de la technique de Méary.

Matériel et méthodes

Matériel d'étude

De janvier 1970 à septembre 1992, 36 luxations traumatiques des tendons péroniers ont été opérées chez 35 patients, 25 hommes et 10 femmes. Il s'agissait de 15 pieds droits, 19 pieds gauches et d'une atteinte bilatérale. L'âge moyen des patients était de 26 ans avec des extrêmes allant de 15 à 60 ans, et un pic de fréquence entre 15 et 30 ans (83% des patients). 24 patients étaient issus du service du Pr Bèzes (12 aigus – 12 chroniques) et 12 patients (12 chroniques) provenaient du service du Pr Saragaglia (tableau n° 1).

En ce qui concerne les circonstances de survenue, il s'agissait d'un accident de sport dans 30 cas sur 36. Le ski était en cause dans 27 cas (soit 90% des accidents de sport) et les autres sports concernés étaient le volley-ball (2 cas) et la randonnée pédestre (1 cas). Les 6 cas restants correspondaient à des chutes banales (dont 2 accidents du travail) et à 2 dossiers incomplets. Le tiers de nos blessés étaient soit des skieurs de haut niveau (7 cas), soit des moniteurs de ski (2 cas). Le mécanisme le plus fréquemment retrouvé correspondait à une flexion dorsale forcée du pied, associée à une éversion pour se rattraper d'une chute.

Nous avons dénombré 12 luxations aiguës et 24 luxations chroniques. En ce qui concerne les luxations aiguës, le délai écoulé entre l'accident initial et le diagnostic variait de 0 à 10 jours avec un délai moyen de 3 jours. En ce qui concerne les lésions chroniques, à chaque fois le diagnostic a été méconnu en urgence (diagnostic d'entorse grave de la cheville porté à tort), et le délai écoulé entre l'accident initial et le diagnostic allait de 15 jours à 9 ans avec une moyenne de 19 mois. Tous les patients présentaient un tableau d'instabilité de la cheville avec luxation permanente ou intermittente des tendons péroniers.

En ce qui concerne les lésions anatomo-pathologiques, celles-ci ont été évaluées en per-opératoire et notées dans le compte rendu. Sur les 12 lésions opérées en urgence, il y avait 5 déchirures en plein corps de la gaine et 3 décollements fibro-périostés pré-malléolaires latéraux (4 lésions non précisées dans le dossier). Sur les 24 lésions chroniques, il y avait 2 ruptures de la gaine en plein corps, 6 gaines «distendues» et 16 chambres de décollement fibro-périosté plus ou moins étendues sur la malléole latérale.

Méthodes

Toutes les luxations diagnostiquées en urgence ont été opérées. Aucun traitement orthopédique n'a été proposé ni devant une lésion aiguë ni devant une lésion chronique.

Notre technique opératoire (fig. 1). Cette technique a été utilisée par D. SARAGAGLIA dès 1982. Le patient est installé en décubitus latéral. La voie d'abord est centrée sur la malléole externe puis se recourbe vers l'avant au niveau de sa pointe en suivant les tendons péroniers que l'on perçoit sous la peau. Contrairement à la technique de MEARY (fig. 2), la gaine n'est pas ouverte, mais l'on incise verticalement sur la malléole le décollement fibro-périosté en évitant de léser les tendons, si ceux-ci sont en luxation permanente. On progresse

ainsi de l'avant vers l'arrière en décollant le périoste jusqu'à se retrouver dans la chambre de décollement qui peut être plus ou moins étendue (de quelques millimètres à un ou deux centimètres). Un lambeau fibro-périosté de 3 à 4 centimètres de long est ainsi créé et l'on va le réinsérer au bord postérieur de la malléole péronière par 3 points de fil résorbable de gros diamètre, un au niveau de la pointe de la malléole, un autre un centimètre au dessus, et un autre encore un centimètre au dessus. Les fils sont judicieusement placés pour que la gaine ne soit ni trop tendue (gênant la course des tendons) ni trop lâche (risque de récurrence), puis passés dans trois tunnels osseux forés à la mèche de 2 mm. Ces tunnels sont forés d'arrière en avant, à l'aide d'un guide mèche pointu (pour ne pas déraiper sur le rebord postérieur de la malléole externe). Les fils sont noués 2 à 2 en avant de la malléole. La peau est refermée sur un drain aspiratif et la cheville est immobilisée dans un plâtre pour 45 jours (30 jours de plâtre de marche).

Les techniques utilisées. Notre technique a été utilisée à 11 reprises uniquement pour des lésions chroniques. La technique de Méary a été utilisée à 14 reprises: 5 fois pour des lésions aiguës et 9 fois pour des lésions chroniques. La suture simple à la manière d'Exner [8] a été utilisée 8 fois dont 6 fois pour des lésions aiguës. Enfin, les 3 cas restants ont été opérés l'un selon le procédé d'Ellis-Jones [10], l'autre selon la technique de Lannelongue (citée par Nivellet [14]) et le dernier selon le procédé de Pöll [16].

Suites opératoires. Tous les opérés ont eu une immobilisation par botte plâtrée, 2 semaines sans appui et 4 semaines avec appui complet (botte plâtrée de marche). Après une période de rééducation d'un mois débutée à l'ablation du plâtre, la reprise des activités sportives a été autorisée aux alentours du 75ème jour post-opératoire.

Résultats

Ils portent sur 34 cas (1 perdu de vue et un dé-cédé), et le recul moyen est de 9,5 ans (18 mois à 24 ans). Les résultats ont été évalués de manière fonctionnelle. Les critères d'évaluation sont la douleur, la mobilité de l'articulation tibio-tarsienne, la stabilité de la cheville et la reprise ou non de l'activité sportive antérieure.

Les patients peuvent être asymptomatiques avec reprise des activités sportives au même niveau.

Certains présentent des symptômes mineurs avec une cheville stable et fonctionnelle, pour toutes les activités ainsi que pour la pratique sportive intensive mais avec douleurs intermittentes à la course et des épisodes d'œdèmes vespéraux.

D'autres vont avoir une gêne pour des activités intensives avec douleurs intermittentes, limitation des mouvements de la cheville mais sans instabilité ni craquements. Il n'y a pas de retour au niveau antérieur.

Enfin, certains sont gênés dans la vie courante avec des douleurs permanentes et instabilité (échecs).

Table 1

N° dossier	Sexe	Age	Côté	Sport en cause	Diagnostic initial	Délai 1er acc/d./interv.	Recul	Origine du service ^a	Lésions macroscopiques	Techniques chirurgicales	Résultats
5527	M	17	Droit	ski	L.T.P.	5 jours	24 ans	HB	Décollement fibro-périosté	Méary	Bon
17433	M	28	Droit	ski	Entorse externe de la cheville	1 mois	21 ans	HB	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary	Excellent
21337	F	19	Gauche	ski	L.T.P.	1 jour	20 ans	HB	Décollement fibro-périosté	Méary	Excellent
22311	M	24	Gauche	ski	L.T.P.	2 jours	20 ans	HB	?	Méary	Excellent
32650	M	17 1/2	Droit	ski	Entorse externe de la cheville	2 semaines	18 ans	HB	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary	Excellent (reprise du sport en compétition)
39942	M	23	Droit	ski	Entorse externe de la cheville	2 mois	18 ans	HB	Chambre de décollement jusqu'au 1/3 inf de la malléole	Exner	Récidive à 3 mois, malade a trop forcé, champion du monde en ski acrobatique
40860	M	49	Gauche	ski	Entorse externe de la cheville	3 semaines	17 ans	HB	Brèche aponévrotique avec rupture de la gaine luxation cutanée	Exner	Excellent
48127	M	21	Gauche	ski	Entorse externe de la cheville	3 mois	16 ans	HB	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary	Excellent
67132	M	19	Droit	volley	Entorse externe de la cheville	3 mois	16 ans	HB	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary	Excellent reprise du sport en compétition
68361	M	50	Gauche	ski	Entorse externe de la cheville	9 ans	14 ans	HB	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary	Bon
39318	M	15	Gauche	volley-ball		24 mois	14 ans	HB	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary	DCD
69378	M	32	Droit	ski	Entorse externe de la cheville	5 ans	13 ans	HB	Chambre de décollement + tendon littéralement dilacéré	Méary	Excellent
71359	F	48	Droit	ski	L.T.P.	0	13 ans	HB	Rupture de la gaine	Exner	Assez bon
71793	F	30	Gauche	ski	L.T.P.	0	13 ans	HB	Rupture de la gaine et des muscles péroniers	Lamelongue + réparation des muscles péroniers	Perdu de vue
75170	M	23	Gauche	randonnée pédestre	L.T.P.	9 jours	13 ans	HB	?	Exner	Excellent
1255	M	25	Gauche	ski	Entorse externe de la cheville	7 mois	12,5 ans	DS	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary modifié	Excellent
89037	M	28	Gauche	ski	Entorse externe de la chevillerosse	2 mois 1/2	11 ans	HB	Chambre de décollement fibro-périosté	Ellis Jones	Excellent
94793	M	21	Gauche	ski	L.T.P.	1 jour	10 ans	HB	Rupture de la gaine	Exner	Excellent
19532	M	24	Gauche	AT	L.T.P.	10 jours	7 ans	HB	?	Méary	Excellent
4648	F	21	Bilatéral	ski	Entorse externe de la cheville	1 an à D - 2 ans à G	7,5 ans	DS	Distension de la gaine Distension de la gaine	Méary modifié des 2 côtés	Excellent à droite, Bon à gauche
23520	F	25	Droit	ski		8 mois	7,5 ans	HB	Distension de la gaine	Stabilisation par passage sous le faisceau moyen du LLE selon Poll	Bon

Table 1

N° dossier	Sexe	Age	Côté	Sport en cause	Diagnostic initial	Délai 1er acc/d./interv.	Recul	Origine du service ^a	Lésions macroscopiques	Techniques chirurgicales	Résultats
25752	F	33	Gauche	ski	L.T.P.	5 jours	6 ans	HB	Rupture de la gaine	Exner	Excellent
26155	M	17	Gauche	ski		3 mois	6 ans	HB	Rupture de la gaine + L.T.P.	Méary	Excellent reprise du sport en compétition
26167	F	29	Gauche	ski	L.T.P.	1 jour	6 ans	HB	Décollement fibro-périosté	Méary	Excellent
26978	M	30	Gauche	ski	L.T.P.	3 jours	6 ans	HB	Rupture de la gaine	Exner	Excellent
27159	M	59	Droit	ski	L.T.P.	0	6 ans	HB	?	Exner	Excellent
2519	M	19	Droit	ski	Entorse externe de la cheville	15 jours	3 ans	DS	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary modifié	Excellent reprise du sport en professionnel
6352	F	19	Droit	ski	Entorse externe de la cheville	9 ans	3 ans	DS	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary modifié	Bon
6197	M	17	Droit	ski	Entorse externe de la cheville	4 mois	3 ans	DS	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary modifié	Excellent
6901	F	20	Gauche	chute	L.T.P. dans les suites d'une ostéosynthèse d'une fracture bimalléolaire	1 an	3 ans	DS	Distension de la gaine	Méary modifié	Excellent
4001	M	19	Gauche	ski	Entorse grave de la cheville	5 mois	3 ans	DS	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary modifié	Excellent
6129	M	25	Droit		Entorse externe de la cheville	4 mois	2,5 ans	DS	Distension de la gaine, tendons inflammatoires	Méary modifié	Bon
4710	M	30	Droit	AT	Entorse externe de la cheville	7 mois	2,5 ans	DS	Distension de la gaine	Méary Ellis Jones	Récidive
12261	F	19	Droit	chute	Entorse externe de la cheville	5 mois	2 ans	DS	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary modifié	Bon
16860	M	21	Droit		Entorse externe de la cheville	3 ans	1,5 ans	DS	Chambre de décollement fibro-périosté	Méary modifié	Excellent

^a HB: Pr Henri Bèzes, DS: Pr Dominique Saraglia

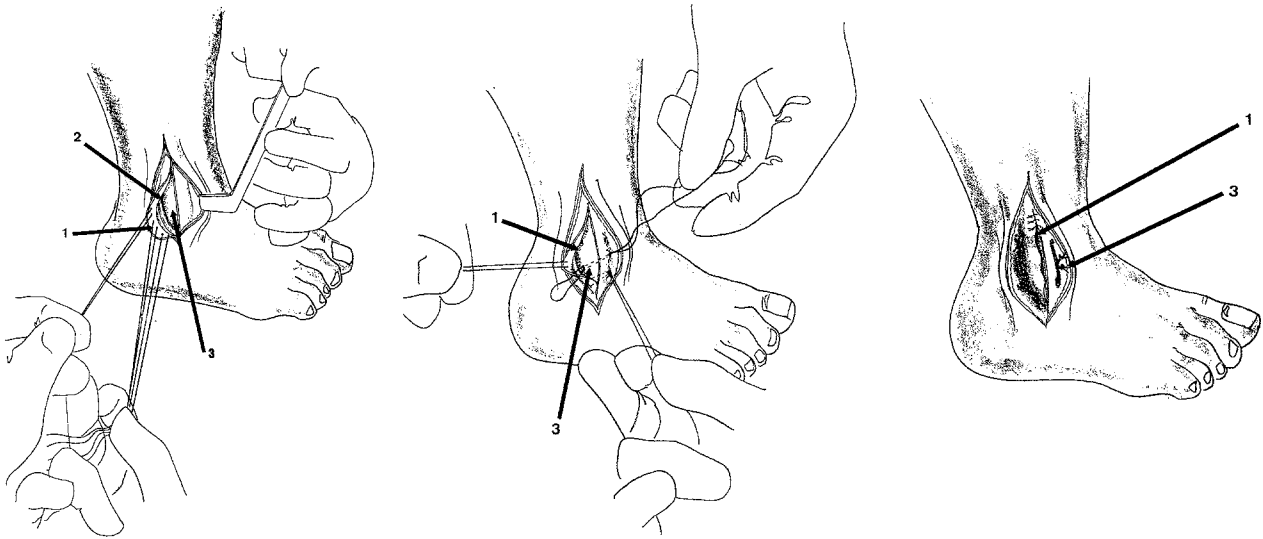
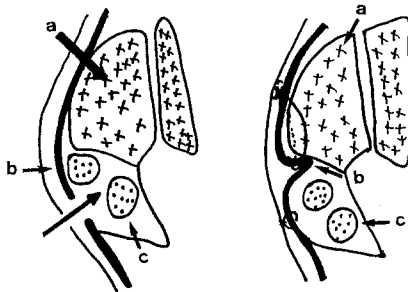


Fig. 1. a Dissection d'un lambeau (1) composé du périoste malléolaire latéral et de la gaine des tendons péroniers. Les tendons péroniers (2) sont réduits en arrière de la malléole externe (3). b Forage de 3 tunnels antéro-postérieurs dans la

malléole externe (3). Passage de points en U invaginant le lambeau (1) en arrière de la malléole externe (3). c Les points sont noués en avant de la malléole externe (3). Le reliquat de lambeau (1) est refixé au périoste restant



Technique de MEARY

Technique personnelle

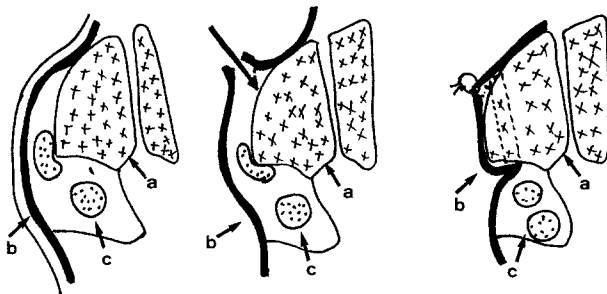


Fig. 2. Comparaison technique de Méary et technique personnelle. a fibula, b complexe gaine et périoste, c tendons péroniers

Résultats globaux

Toutes techniques chirurgicales confondues, sans distinction des luxations aiguës et chroniques, nous avons dénombré: 24 patients totalement asymptomatiques, 7 porteurs de symptômes mineurs, 1 patient gêné pour des activités intensives (mais sans instabilité), 1 patient enfin gêné dans la vie courante avec instabilité, douleurs permanentes et oedème. Le traitement chirurgical permet d'obtenir 92% de patients asymptomatiques ou paucisymptomatiques.

Résultats selon les stades évolutifs

Sur les 11 luxations aiguës (1 perdu de vue), 9 patients sont asymptomatiques, 1 présente des symptômes mineurs et 1 est gêné pour les activités intenses, soit 91% de patients asymptomatiques ou paucisymptomatiques.

Sur les 23 luxations chroniques (un décédé), 15 patients sont asymptomatiques, 6 ont des signes mineurs, 2 sont gênés en permanence, soit 91% de patients peu ou pas symptomatiques.

Résultats en fonction des techniques chirurgicales les plus utilisées

Par la technique de Méary (14 cas), 10 patients sont asymptomatiques, 2 ont des signes mineurs et 1 est gêné en permanence (échec), soit 86% de patients peu ou pas symptomatiques.

Par notre technique (11 cas), 7 patients sont asymptomatiques et 4 ont des signes mineurs, soit 100% de patients asymptomatiques ou paucisymptomatiques.

Enfin, la technique d'Exner (8 cas), permet à 6 patients, d'être asymptomatiques, à 1 d'être gêné pour des activités intenses mais fait état d'un échec.

Discussion – Conclusion

La luxation des tendons péroniers est une lésion rare puisque nous l'avons observée 36 fois en 22 ans.

Pendant la même période, nous avons traité des milliers d'entorses de la cheville, ce qui explique qu'elle est très souvent méconnue en urgence. Il s'agit la plupart du temps d'un adulte jeune (85% des blessés âgés de 15 à 30 ans) de sexe masculin (71,5%). Le ski est de loin le sport le plus fréquemment en cause (90% des accidents sportifs), ce qui est d'ailleurs retrouvé dans les autres séries de la littérature [21–23]. Le mécanisme habituellement retrouvé [7, 9, 15] correspond à une flexion dorsale forcée du pied associée à une éversion pour se rattraper d'une chute.

Le diagnostic est rarement fait en urgence, surtout si la luxation n'est pas permanente et s'est réduite spontanément. Les différentes séries de la littérature font les mêmes constatations [1–3, 5, 19, 21] et le diagnostic n'est fait en urgence que dans un tiers à un quart des cas (1 cas sur 3 dans notre série).

En ce qui concerne les lésions anatomo-pathologiques, il faut différencier les lésions aiguës des lésions chroniques. En urgence, les lésions rencontrées sont de 3 types: soit rupture en plein corps de la gaine, soit désinsertion au ras de la malléole péronière, soit décollement fibro-périosté. Au stade chronique, la lésion la plus fréquente est de loin le décollement fibro-périosté (67%) qui ressemble à la chambre de décollement capsulo-périosté de Broca et Hartman des luxations récidivantes de l'épaule [6, 11, 12]. Dans quelques cas (25%) la gaine peut paraître distendue comme si elle avait cicatrisé spontanément mais avec un certain relâchement.

Le traitement ne peut être que chirurgical compte tenu des échecs habituels du traitement par immobilisation plâtrée [2, 13, 19] ou par bandage type Bragard [4]. La technique opératoire doit être adaptée aux lésions: lorsque la gaine est rompue en plein corps (surtout en urgence) il paraît logique de proposer une suture simple à la manière d'Exner [8], parfois renforcée par un lambeau périosté [14]

surtout si la gaine paraît pellucide ou de mauvaise qualité; lorsque la gaine est désinsérée au ras de la malléole externe, la réinsertion trans-osseuse est tout à fait justifiée sans qu'il soit utile de faire un quelconque geste complémentaire; par contre lorsqu'il existe un décollement fibro-périosté ou que la gaine est distendue, notre technique a toute sa place comme en témoigne la qualité des résultats (11 résultats satisfaisants sur 11 cas opérés). L'ouverture de la gaine en arrière du décollement [6, 11, 12] est inutile et les autres techniques [7, 10, 15, 16, 18, 20, 21], nous paraissent bien agressives par rapport à la nôtre qui ne fait que reconstituer l'anatomie locale.

Références

1. Aucouturier P, Tomeno B (1979) Luxation traumatique des tendons péroniers. In: Actualités en médecine du sport: le pied du sportif. Sous la direction de L Simon, J Claustre, C Benezis. Masson, Paris, pp 95–98
2. Benazet JL, Saillant G, Candelier G, Roy Camille R (1993) Luxation récidivante des tendons péroniers. In: Actualités en médecine et chirurgie du pied. 8ème série sous la direction de C Herisson, L Simon. Masson, Paris, pp 145–149
3. Benazet JL, Saillant G, Segal P, Roy-Camille R (1994) Luxation récidivante des tendons péroniers. J Traumatol Sport 11: 26–28
4. Bragard K (1934) Bandage gegen Luxation der peroneal schuen. Munch Med Wochenschr 81: 2008–2009
5. Coudane H, Beck M, Mole D, Féry A, Sommelet J (1984) La luxation post-traumatique des tendons péroniers latéraux, traitement par la technique de Meary à propos de 20 cas. Ann Méd Nancy et Est 23: 487–490
6. Das de D, Balasubramaniam P (1978) A repair operation for recurrent dislocation of peroneal tendons. J Bone Joint Surg [Br] 67: 585–587
7. Eckert WR, Lakes M, Davis AE (1976) Acute rupture of the peroneal retinaculum. J Bone Joint Surg [Am] 58: 670–673
8. Exner GU (1909) Zur Behandlung frischer peroneauesehen Luxation. Zentralbl Chir 1: 1794
9. Folschveiller J (1967) Abriss des Retinaculum Musculi Fibularium proximale und seine Folgen. Hefte Unfallheilkd 92: 98–100
10. Jones E (1932) Operative treatment of chronic dislocation of the peroneal tendons. J Bone Joint Surg 14: 574–576
11. Méary R (1968) Luxation récidivante des tendons péroniers. Rev Prat XVIII: 4559–4564
12. Méary R, Toméno B (1979) Luxation récidivante des tendons péroniers. Encycl Méd Chir Paris, Techniques chirurgicales Orthopédiques. Fasc 44 900 IA, 1–5
13. Mounier-Kuhn A, Marsan C (1968) Le syndrome des tendons péroniers. Ann Chir 22: 641–649
14. Nivellet R (1984) Luxation des tendons péroniers latéraux chez le sportif. Thèse Méd de Reims, n° 46
15. Platzgummer H (1967) Über ein einfaches Verfahren zur operativen Behandlung der habituellen Peroneauesehen-luxation. Arch Orthop Unfall Chir 61: 144–150
16. Poll RG, Duijffes F (1984) The treatment of recurrent dislocation of the peroneal tendons. J Bone Joint Surg [Br] 66, n° 1, 98–101

17. Pozo JL, Jackson MA (1984) A rerouting operation for dislocation of peroneal tendons. Operative technique and case report. *Foot Ankle* 5: 42–44
18. Sarmiento A, Wolf M (1975) Subluxation of peroneal tendons. *J Bone Joint Surg*: 115–116
19. Segal Ph, Nivelet R, Dehoux E (1985) La luxation des péroniers latéraux chez le sportif. *J Traumatol Sport* 2: 12–16
20. Stein R (1987) Reconstruction of the superior peroneal retinaculum using a portion of the peroneus brevis tendon. *J Bone Joint Surg [Am]* 69: 298–297
21. Steinbock G, Pinsger M (1994) Treatment of peroneal tendon dislocation by tranposition under the calcaneofibular ligament. *Foot Ankle* 15: 107–111
22. Wirth CJ (1990) Eine modifizierte Operationstechnik nach Viernstein und Kelly zur Behebung der chronisch rezidivierenden peroneal Sehnen-Luxation. *Z Orthop* 128: 170–173
23. Zoellner G, Clancy W (1979) Recurrent dislocation of the peroneal tendon. *J Bone Joint Surg [Am]* 67: 292–294