

RUPTURE TRAUMATIQUE DES TENDONS PÉRONIERS TRAITÉE PAR GREFFE TENDINEUSE LIBRE

M. MAS¹, A. RODRÍGUEZ², E. PARTOUNE³

SUMMARY : *Traumatic rupture of the peroneal tendons treated by free autologous tendon graft.*

The authors report a case of traumatic rupture of both peroneal tendons following a varus injury of the ankle. The lesion was diagnosed late and was successfully treated by a free autologous tendon graft using the distal end of the peroneus brevis tendon to restore the peroneus longus, which was also reinforced by a plantaris tendon graft.

The authors stress the interest of suspecting the lesion after acute varus trauma and in cases of chronic instability of the ankle.

Keywords : tendon rupture ; peroneal tendons ; free tendon graft.

Mots-clés : rupture tendineuse ; tendons péroniers ; greffe tendineuse libre.

INTRODUCTION

Parmi les lésions traumatiques de la cheville, l'atteinte des tendons péroniers est extrêmement rare. La littérature rapporte quelques cas isolés de rupture traumatique des tendons péroniers. Dans la plupart des cas, il s'agit de ruptures spontanées, associées à une affection prédisposante et dont l'origine traumatique est sujette à caution.

Les auteurs présentent le cas d'une patiente qui avait présenté une rupture des tendons péroniers à la suite d'un traumatisme, et dont le diagnostic initial fut celui d'entorse ligamentaire de la cheville.

La rupture des tendons péroniers, découverte tardivement, fut traitée avec succès par une greffe tendineuse autologue libre utilisant le moignon

distal du court péronier pour restaurer le long péronier. Cette greffe était elle-même renforcée par un second greffon utilisant le plantaire grêle.

CAS CLINIQUE

La patiente, âgée de 50 ans, ménagère, est vue à la consultation d'orthopédie du C.H.R. de Liège, pour des douleurs de la face latérale de la cheville et du pied gauches, avec impotence fonctionnelle et sensation d'instabilité à la marche en terrain plat.

L'anamnèse est sans particularité. Trois mois avant sa consultation la patiente s'était tordu la cheville en heurtant une marche d'escalier, le choc portant sous la malléole externe. Elle avait alors présenté une douleur intense au tiers inférieur de la jambe, à la face latérale de la cheville et au bord externe du pied.

Examinée à ce moment, elle présentait un œdème malléolaire, une ecchymose et une douleur sous-malléolaire externes, la mobilité active de la cheville était normale en flexion-extension et en éversion, les tests cliniques en varus et en tiroir

¹ Hôpital de Puigcerdà. Service d'Orthopédie. Puigcerdà (Espagne).

² Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Service de Chirurgie de l'Appareil Locomoteur. Liège (Belgique).

³ Centre Hospitalier Régional de La Citadelle. Service d'Orthopédie. Liège (Belgique).

Correspondance et tirés à part : M. Mas, Service de Chirurgie Orthopédique, Hospital de Puigcerdà. Centre Hospitalari de la Cerdanya, Plaça Santa Maria, 1-2 17520 — Puigcerdà (Girona) (Espagne).

antérieur de la cheville n'avaient pas démontré d'instabilité, et l'examen radiologique standard était normal. Le diagnostic d'entorse du ligament latéral externe de la cheville fut retenu et la cheville fut immobilisée en botte de marche pendant trois semaines. Après une courte rééducation associée à la prise d'anti-inflammatoires, elle était asymptomatique à la sixième semaine.

Trois mois après l'accident, la situation se dégrade progressivement, avec réapparition d'instabilité de la cheville et de douleurs à la marche, persistant finalement au repos. A l'examen clinique on retrouve une tuméfaction douloureuse rétro-malléolaire externe ; l'éversion active du pied est impossible. A la palpation, on perçoit un vide au niveau des tendons péroniers, l'extrémité proximale de ceux-ci étant palpée à cinq centimètres de l'apex malléolaire.

L'examen podoscopique est normal, et l'échographie comparative des chevilles confirme l'existence d'une solution de continuité, hypoéchogène, de cinq centimètres, correspondant à un hématome intra- et péri-tendineux au niveau des tendons péroniers.

L'indication opératoire est posée, et l'intervention est réalisée en décubitus latéral par voie sous- et rétro-malléolaire externe. On met en évidence une rupture complète des tendons court et long péroniers ; les moignons proximaux accolés sont rétractés à six centimètres au-dessus de l'apex malléolaire (Fig. 1). Les moignons distaux, fixés sous la malléole, adhèrent à la gaine synoviale ; les différents faisceaux du ligament latéral externe sont intacts.

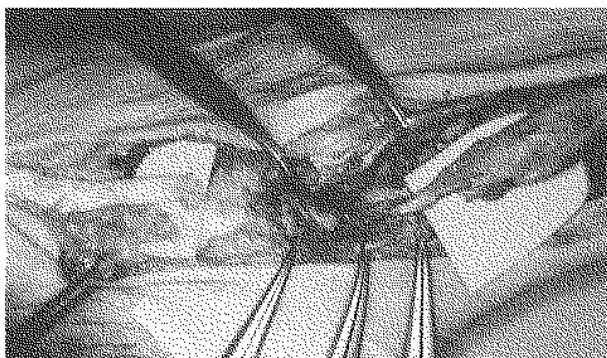


Fig. 1. — Image intraopératoire. Importante solution de continuité.

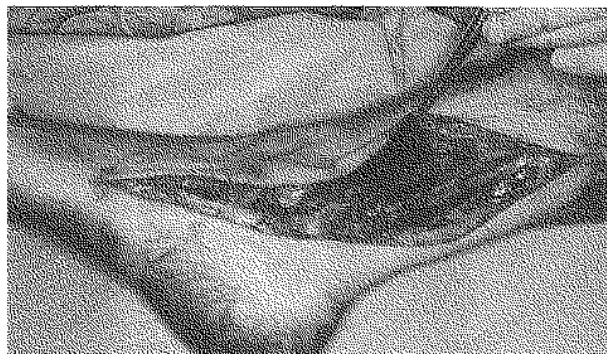


Fig. 2. — Image intraopératoire. Reconstruction tendineuse.

Après libération des moignons tendineux, la suture bout à bout s'avère impossible. On décide de réparer le long péronier en utilisant le moignon distal du court péronier qui est détaché de son insertion osseuse et interposé en greffe libre sur le long péronier. La greffe est suturée par points de Kessler au fil monofilament non résorbable 4/0, renforcés d'un surjet épitendineux de polypropylène 5/0. Le plantaire grêle, suturé en Pulvertaft, en greffe libre lui aussi, double la plastic réalisée (Fig. 2). Les sutures sont placées en éversion maximale du pied.

L'immobilisation plâtrée, avec reprise progressive de l'appui, sera prolongée 6 semaines. A l'ablation du plâtre, on note l'absence d'adhérences sous-cutanées, la flexion dorsale du pied et l'éversion active du pied s'effectuent correctement, tandis que la plastic est aisément palpée en flexion plantaire.

La patiente a repris ses activités à la dixième semaine post-opératoire. Elle n'a plus présenté d'entorses de la cheville et on note une mobilité normale et une morphologie plantaire conservée. Elle signale une fatigabilité accrue de la cheville lors des marches prolongées. Sept ans après l'intervention, la situation clinique est identique et une échographie met en évidence l'intégrité de la greffe tendineuse.

DISCUSSION

L'étiologie des ruptures isolées des tendons péroniers est soit traumatique, soit spontanée. Dans le premier cas, la rupture survient au cours

d'un traumatisme violent, décrit comme une entorse brutale, généralement chez les patients jeunes et actifs (6). Ces sportifs, qui pratiquent un sur-entraînement, subissent des microtraumatismes tendineux à répétition (3). Chez ces patients, en l'absence d'affection systémique, l'aspect macroscopique des tendons est normal.

Un traumatisme d'apparence mineure, le plus souvent en varus-inversion de la cheville (2) ou un coup direct peuvent produire des ruptures tendineuses partielles ou complètes, comme dans le cas présent. Ces lésions intéressent le patient d'âge moyen, non sportif, ou le sportif ayant subi de multiples infiltrations de corticoïdes au niveau de la cheville. Plus rarement, il existe des remaniements post-traumatiques du calcanéum ou de la malléole externe. Chez ces patients, on parlera de rupture spontanée ou traumatique selon l'importance accordée au traumatisme initial.

On trouve enfin de nombreux cas de rupture tendineuse spontanée associée à des affections systémiques telles que l'hyperparathyroïdie, l'insuffisance rénale chronique, le diabète, le lupus érythémateux disséminé ou la polyarthrite rhumatoïde, que ces affections soient traitées ou non par corticothérapie générale (1). Chez les patients où la lésion survient de manière spontanée, l'étude anatomo-pathologique des tendons montre des remaniements dégénératifs similaires à ceux observés dans les ruptures de la coiffe des rotateurs de l'épaule.

La rupture des tendons péroniers peut passer inaperçue ou être confondue avec une lésion ligamentaire externe de la cheville (5). En cas d'instabilité de la cheville ou de localisation douloureuse inhabituelle, l'examen clinique systématique permettra de suspecter la rupture tendineuse (6). Le diagnostic différentiel doit être fait avec diverses pathologies, comme la parésie ou paralysie du nerf sciatique poplité externe, la radiculopathie L5 ou S1, le syndrome du tunnel tarsien, l'hyperlaxité ligamentaire (5), la rupture du retinaculum des extenseurs (1) ou la subluxation des tendons péroniers.

Il faut souligner l'intérêt de rechercher cette lésion, certainement plus fréquente que ne le laisse paraître la littérature, aussi bien dans le bilan des lésions ligamentaires aiguës de la cheville que dans

le diagnostic différentiel des instabilités secondaires. On utilisera avec discernement un large éventail d'examen complémentaires afin d'étayer ce diagnostic : examen radiologique standard et épreuves ligamentaires, ténographie isolée ou associée à l'arthrographie de la cheville, échographie tendineuse, résonance magnétique nucléaire. Le CT-scan peut être utile dans la mise en évidence des remaniements malléolaires après fracture, à l'origine de microtraumatismes tendineux et cause possible de douleurs chroniques.

Le diagnostic est parfois tardif : c'est après plusieurs mois, voire plusieurs années d'évolution, qu'il est évoqué devant l'apparition de séquelles : diminution de la mobilité, effondrement unilatéral de la voûte plantaire, absence d'éversion active du pied (1).

La rupture tendineuse survient habituellement à la jonction musculo-tendineuse, ou à l'entrée de la gouttière rétro-malléolaire (1), où l'on pratique habituellement les infiltrations. La lésion peut encore survenir dans la gouttière rétro-malléolaire, aux points de réflexion et de friction maximaux des poulies ligamentaires.

Plusieurs auteurs prônent l'abstention thérapeutique lorsque les ruptures spontanées surviennent chez le patient âgé ou lorsque le diagnostic est tardif.

Dans le cas d'une rupture fraîche, sur un tendon de qualité acceptable, le traitement de choix sera la suture primaire bout à bout. Celle-ci sera, cependant, souvent impossible.

L'attrition progressive du tendon rompu produit une perte de substance définitive. De plus, la rétraction musculaire accentue encore le défaut tendineux. En cas d'affection métabolique, la structure fibrillaire du tendon est en outre de mauvaise qualité.

Des lésions tendineuses anciennes, sans grosse perte de substance tendineuse (1), seront traitées de préférence par suture simple termino-terminale lorsqu'elle est possible. S'il existe un défaut tendineux important et que le moignon n'est pas de bonne qualité, la préférence va aux techniques de transfert tendineux (4), mais dans le cas présent, la rupture des deux tendons péroniers au même niveau nous a obligés à recourir à une greffe tendineuse libre.

La restauration de la continuité tendineuse par greffe interposée dans les cas de lésions anciennes a été proposée dès le début du siècle. De multiples variantes techniques ont été décrites et permettent de traiter correctement la majorité des lésions anciennes (4).

Le bon résultat fonctionnel obtenu par cette technique, avec un recul de 7 ans, nous autorise à la proposer comme une alternative valable lorsqu'un transfert tendineux s'avère impossible.

CONCLUSION

La rupture traumatique des tendons péroniers est une lésion rare, mais probablement plus fréquente que ne le laisse supposer la littérature. La suture primaire est le traitement de choix dans les cas vus précocement, mais comme le diagnostic est habituellement tardif, le traitement chirurgical est souvent le transfert ou la greffe tendineuse. Notre patiente a été traitée avec succès par greffe tendineuse libre interposée.

RÉFÉRENCES

1. Abraham E., Stirnman J. Neglected rupture of the peroneal tendons causing recurrent spains of the ankle. Case report. J. Bone Joint Surg., 1979, 61-A, 1247-1248.
2. Cachia V., Grumbine N., Santoro J., Sullivan J. Spontaneous rupture of the peroneus longue tendon with fracture of the os peroneum. J. Foot Surg., 1988, 27, 328-333.
3. Cross M., Crichton K., Gordon H., Mackie I. Peroneus brevis rupture in the absence of the peroneus longue muscle and tendon in a classical ballet dancer. A case report. Am. J. Sports Med, 1988, 16, 677-678.
4. Hamlin C., Littler J. W. Restoration of the extensor pollicis longue tendon by an intercalated graft. J. Bone Joint Surg., 1977, 59-A, 412-414.
5. Konradsen L., Sommer H. Ankle instability caused by peroneal tendon rupture. A case report. Acta Orthop. Scand., 1989, 60, 723-724.
6. Thomson F., Patterson A. Rupture of the peroneus longus tendon. Report of three cases. J. Bone Joint Surg., 1989, 71-A, 293-295.

SAMENVATTING

M. MAS, A. RODRÍGUEZ, E. PARTOUNE. Traumatische ruptuur van de peroneuspezen behandeld met een vrije pees-ent.

De auteurs melden een succesvolle behandeling van een traumatische ruptuur van beide peroneuspezen na een varusongeval van de enkel.

Ondanks de late diagnose was de behandeling gunstig door het gebruik maken van een autologe pees-ent.

Deze werd gepreleveerd uit het distale deel van de peroneus brevis om de peroneus longus te herstellen. Een plantarispees verstevigde de montage.

De auteurs trekken de aandacht op dit letsel na een acuut varustrauma van de enkel en bij gevallen van chronische instabiliteit.

RÉSUMÉ

M. MAS, A. RODRÍGUEZ, E. PARTOUNE. Rupture traumatique des tendons péroniers traitée par greffe tendineuse libre.

Les auteurs présentent un cas de rupture traumatique des tendons péroniers diagnostiquée tardivement. La rupture fut traitée avec succès par greffe tendineuse autologue libre utilisant le moignon distal du court péronier pour restaurer la continuité du long péronier, avec renforcement par le plantaire grêle. Les auteurs soulignent l'intérêt de penser à cette lésion, aussi bien après un traumatisme aigu que devant une instabilité chronique de la cheville.