

Luxation isolée de l'articulation tibio-fibulaire proximale. A propos d'un cas

Isolated dislocation of the proximal tibiofibular joint. A case report

Tlili N., Jeridi Y., Belkadhi A., Saadaoui F., Zouari M.

Institut National d'Orthopédie M.T. Kassab. La Mannouba – Tunisie.

CORRESPONDANCE : **Dr. Naoufel TLILI**

Institut National d'Orthopédie MT Kassab. Rue Ksar Said, 2010 La Mannouba – Tunisie.

E-mail : tlili.naoufel@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Les luxations isolées de l'articulation tibio-fibulaire proximale constituent une entité rare. Leur fréquence est probablement sous-estimée car elles peuvent facilement passer inaperçues.

Les auteurs rapportent un cas de luxation antérolatérale isolée de la tibio-fibulaire proximale en mettant l'accent sur le mécanisme lésionnel.

Cette observation est analysée à la lumière d'une revue de quelques cas de la littérature.

ABSTRACT

Isolated dislocations of the proximal tibio-fibular joint are a rare entity. Their frequency is probably underestimated. The dislocation easily can go unrecognized in patients with multiple injuries.

The authors report an isolated anterior and lateral dislocation of the tibiofibular joint and discuss the injury mechanism of such an entity.

A review of some cases of literature highlights this case.

I. INTRODUCTION

La luxation de l'articulation tibio-fibulaire proximale (TFP) est une lésion rare. L'étude de la littérature retrouve de nombreuses publications qui font état de luxations soit isolées soit associées à une fracture du tibia ou de la cheville. Cette lésion relève le plus souvent d'un mécanisme à haute énergie. Celui-ci est souvent responsable de lésions osseuses, ligamentaires, nerveuses et vasculaires qui peuvent faire méconnaître la luxation tibio-fibulaire.

II. OBSERVATION

Un jeune sportif de compétition âgé de 28 ans, avait consulté pour des douleurs au niveau du genou droit suite à un accident sportif. Le patient a ressenti des douleurs latérales à la réception d'un saut. L'examen objectivait une disparition de la dépression anté-fibulaire avec une douleur exquise à ce niveau. La mobilité du genou était complète. Le testing du genou était gêné par les douleurs. Par ailleurs, il n'y avait pas de signes d'atteinte du nerf sciatique poplité externe. La radiographie a objectivé une luxation antéro-latérale de la TFP sans lésion osseuse associée (Figure 1).

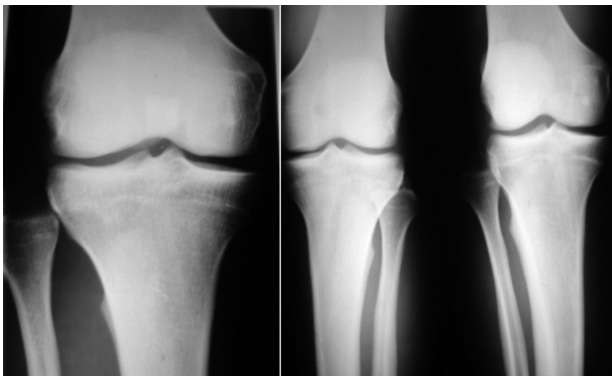


Figure 1 : Luxation de la tibiofibulaire proximale (A) plus évidente sur les radiographies comparatives (B)

Figure 1: Dislocation of the proximal tibiofibular joint (A) more clear on comparative X-rays (B)

La réduction de la luxation a été obtenue sous anesthésie générale et confirmée par la radiographie standard (Figure 2).



Figure 2 : Luxation réduite
Figure 2: Dislocation reduced

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été faite afin d'étudier les structures ménisco-ligamentaires associées ; elle n'avait pas montré aucune lésion (Figure 3). Le genou a été immobilisé par une attelle pendant trois semaines. La rééducation a été entreprise précocement et le patient a repris son activité sportive au bout de deux mois. Au dernier recul de deux ans, le patient est complètement asymptomatique.

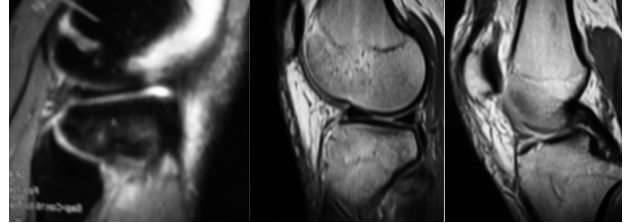


Figure 3 : L'IRM confirme la réduction (A) et élimine une lésion ménisco-ligamentaire (B, C)

Figure 3: MRI confirms reduced dislocation (A) and shows no meniscus (B) or ligamentum tears (C)

III. DISCUSSION

La première classification anatomo-clinique des luxations isolées de la TFP revient à LYLE [1] qui a décrit quatre types : antérieure, postérieure, supérieure et bipolaire. Cette dernière associe une luxation tibio-fibulaire proximale à une luxation tibio-fibulaire distale sans lésion du tibia. HARRISSON et HINDENACH [2] ont proposé ultérieurement une classification différente également en quatre types : antérolatéral, postérolatéral, supérieur et subluxation ou instabilité chronique. Ces classifications ne mentionnent pas la variété inférieure décrite par GABRION et al. [3].

Les luxations de la TFP peuvent avoir des facteurs prédisposant tels une hyperlaxité constitutionnelle ou un interligne tibio-fibulaire proximal oblique supérieur à 20° [4]. Des traumatismes isolés de l'articulation tibio-fibulaire proximale ou associée à une fracture simple du tibia ont été décrits. Différents mécanismes ont été évoqués pour expliquer le type de luxation. Le mécanisme des luxations antérieures, en règle isolée, est généralement indirect, jambe fléchie en adduction avec souvent une inversion de la cheville. Cette luxation peut être facilitée par une violente contraction des muscles fibulaires résistant à l'inversion de la cheville [5, 6]. Le mécanisme des luxations postérieures est souvent un choc direct antéro-postérieur. LYLE [1] a décrit un mécanisme indirect par contraction du tendon du muscle biceps fémoral, genou fléchi. Les luxations supérieures sont souvent dues à une fracture du tibia avec fibula intacte, équivalent à une fracture de MONTEGGIA au membre supérieur [7]. Quant aux luxations inférieures, le mécanisme lésionnel est un traumatisme à haute énergie responsable d'une fracture tibiale avec mécanisme d'arrachement de la jambe [3]. Les subluxations de l'articulation tibio-fibulaire proximale peuvent être idiopathiques ou le résultat d'une luxation négligée ou de traumatismes répétés [6].

Le tableau clinique d'une luxation aiguë isolée de la TFP est dominé par la douleur et l'impotence fonctionnelle.

La douleur est localisée à la partie latérale du genou et s'accroît quand le pied est porté en inversion. L'examen clinique note souvent une disparition de la dépression anté-fibulaire ou un hématome ou une saillie osseuse en regard de la tête fibulaire, et doit rechercher systématiquement des signes d'une lésion associée du nerf sciatique poplité externe [8].

La radiographie confirme le diagnostic et précise la variété anatomique de la luxation. La tomodynamométrie a un intérêt surtout en cas de subluxation négligée. L'IRM recherche des lésions méniscales et ligamentaires associées. Ailleurs, des lésions associées peuvent faire méconnaître la luxation. La lésion la plus fréquemment associée est la fracture du tibia. Les lésions du pivot central, du ligament collatéral fibulaire ou du tendon du muscle biceps fémoral au niveau de la tête de la fibula sont rarement évoqués [9]. Les lésions du nerf fibulaire commun sont rares et peuvent apparaître soit immédiatement [9] soit secondairement [10]. En revanche, la lésion du nerf tibial est exceptionnelle [3].

Le traitement des luxations isolées de la TFP doit toujours commencer par une réduction à ciel fermé genou fléchi à 90° [8]. Si la réduction est stable, une immobilisation incluant le ligament latéral du genou est instaurée. Le traitement chirurgical est réservé aux échecs de la réduction à ciel fermé et aux lésions instables. La stabilisation est généralement assurée par un vissage fibulo-tibial [9]. En conclusion, la luxation de l'articulation tibio-fibulaire proximale est une lésion rare qui risque de passer inaperçue surtout si elle est isolée. La parfaite connaissance de cette entité permet d'éviter ce genre d'erreur.

IV. RÉFÉRENCES

- 1) Lyle M.H. Traumatic luxation of the head of the fibula. *Ann Surg* 1925; 82:635-9.
- 2) Harrison R., Hindenach J.C. Dislocation of the upper end of the fibula. *J Bone Joint Surg* 1959; 41B:114-20.
- 3) Gabrion A., Jardé O., Mertl P., De Lestang M. Inferior dislocation of the proximal tibio-fibular joint. A report of four cases. *Acta Orthop Belg* 2003; 6:522-7.
- 4) Weinert C., Raczka R. Recurrent dislocation of the superior tibio-fibular joint. *J Bone Joint Surg* 1986; 68A:126-8.
- 5) Parkes J.C., Zelko R.R. Isolated acute dislocation of the proximal tibiofibular joint. *J Bone Joint Surg* 1973; 55A:177-80.
- 6) Ogden J.A. Subluxation and dislocation of the proximal tibiofibular joint. *J Bone Joint Surg* 1974; 56A:145-54.
- 7) Brana Vigil A., Miere Baredo P., Montes Moriera S. Traumatic luxation of the tibiofibular joint, superior variety. A case report. *Acta Orthop Belg* 1983; 49:479-82.
- 8) Laing A.J., Lenehan B., Ali A., Prasad C.V. Isolated dislocation of the proximal tibiofibular joint in a long jumper. *Br J Sports Med* 2003; 37:366-7.
- 9) Valenti P., Nordin J.Y. Luxations péronéo-tibiales supérieures post-traumatiques. Revue de la littérature à propos de 6 observations. *Rev Chir Orthop* 1989; 75:112-9.
- 10) Shelbourne A.D., Pierce R.O., Ritter M.A. Superior dislocation of the fibular head associated with a tibia fracture. *Clin Orthop* 1981; 160:172-4.

