



Muscle soléaire accessoire : à propos d'un cas

Accessory soleus muscle: a case report

Tlili N., Ouertatani M., Jeridi Y., Saadaoui F., Zouari M.

Service des Urgences – Institut Kassab d'Orthopédie. La Mannouba – Tunisie.

CORRESPONDANCE : Dr. Naoufel TLILI

Service des Urgences – Institut Kassab d'Orthopédie. Rue Ksar Said, 2010 La Mannouba – Tunisie.

E-mail : tlili.naoufel@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Le muscle soléaire accessoire est un muscle surnuméraire rare qui se présente sous forme d'une masse sur le versant postéro-médial de la cheville, pouvant être prise pour une tumeur des parties molles.

Les auteurs rapportent un cas de muscle soléaire accessoire symptomatique en mettant l'accent sur le tableau clinique les méthodes de diagnostic et les modalités thérapeutiques.

Mots clés : muscle soléaire accessoire, IRM, chirurgie

ABSTRACT

The accessory soleus muscle is a rare supernumerary muscle presenting as a posterior and medial mass of the ankle, which can be taken for a soft tissue tumor. The authors report a case of a symptomatic accessory soleus muscle and discuss the features, diagnostic methods, and treatment modalities.

Keywords: accessory soleus muscle, MRI, surgery

I. INTRODUCTION

Le muscle soléaire accessoire (MSA) est connu depuis la fin du 19^{ème} siècle. Il s'agit d'un faisceau musculaire surnuméraire développé à partir du muscle soléaire, situé en avant du tendon calcanéen et se terminant soit sur ce dernier soit sur le calcaneum. Avant l'avènement de l'imagerie par résonance magnétique, le diagnostic d'une telle anomalie sans une chirurgie invasive relevait du défi.

II. OBSERVATION

Patient de 20 ans, sportif d'endurance, sans antécédent particulier, avait consulté pour des douleurs de la cheville gauche évoluant depuis une année. Les douleurs surviennent à l'effort et siègent au niveau d'une tuméfaction latéro-achilléenne médiale qui augmentait de volume et devenait tendue et dure. Toute la symptomatologie disparaissait après l'arrêt de l'activité physique. L'examen objectivait une tuméfaction postéro-médiale molle au repos, devenant dure à la contraction musculaire (Figure 1). Il n'y avait aucun autre signe local et les amplitudes articulaires étaient normales.



Fig. 1 : Tuméfaction postéro-médiale de la cheville gauche, molle au repos devenant dure à la contraction musculaire

La radiographie de profil de la cheville gauche montrait un comblement du triangle pré-achilléen de Kager. L'échographie objectivait une masse sans pour autant être sûre de sa nature musculaire. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) révélait la présence d'une masse postéro-médiale de signal intermédiaire en séquences

pondérées T1 et T2 située en avant du tendon calcanéen (Figure 2). Le diagnostic de muscle soléaire accessoire fut ainsi posé.

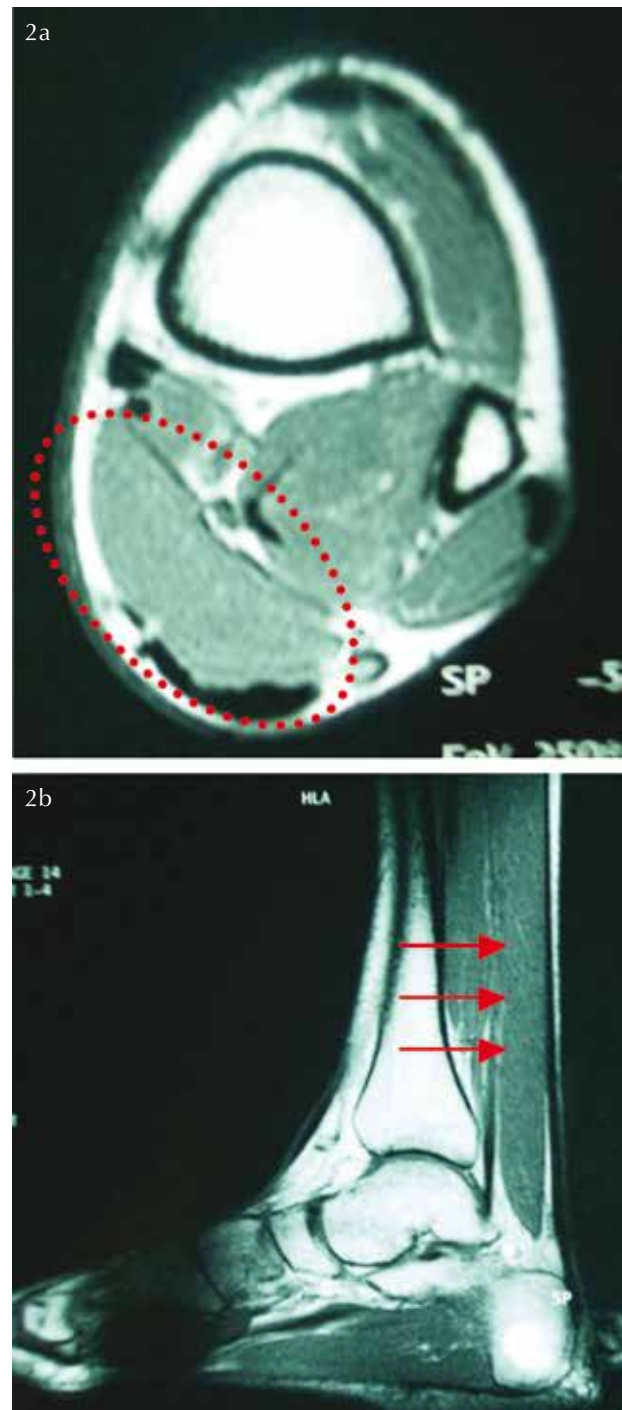


Fig. 2 : IRM : Masse postéro-médiale de signal musculaire en séquences pondérées T1 et T2 située en avant du muscle soléaire et du tendon calcanéen et en arrière du tibia

Devant la gêne fonctionnelle et le désir du patient de poursuivre ses activités sportives de compétition, l'exérèse du muscle surnuméraire a été indiquée. Elle a été réalisée par un abord latéro-achilléen médial. Le muscle soléaire accessoire fut facilement clivé de ses rapports et progressivement libéré de la face antérieure du tendon calcanéen (Figure 3). Un drainage aspiratif a été laissé en place pendant 3 jours. La rééducation a été entreprise d'emblée et l'appui était immédiat. Au dernier recul de 3 ans, l'examen notait une absence totale de douleur, des amplitudes articulaires complètes et une force musculaire

symétrique. Le patient a pu reprendre ses activités sportives au même niveau antérieur.



Fig. 3 : Exérèse du muscle soléaire accessoire par un abord latéro-achilléen médial

III. DISCUSSION

Dès la fin du 19^{ème} siècle, les travaux de LUSCHKA, BANKART, PYE-SMITH, TESTUT et LEDOUBLE décrivaient le muscle soléaire accessoire [1]. Et c'est DUNN [1] qui a établi en 1965 le rapport entre la symptomatologie douloureuse et l'existence du MSA. Depuis, hormis la série de ROMANUS [2] qui comportait 11 cas, les autres séries de la littérature ne faisaient état que de 1 à 4 cas [3-10]. Néanmoins, en 1997, BRODIE et al. [11] rapportaient 67 cas dans la littérature anglo-saxonne et en 2005, KOUVALCHOUK et al. [12] ont publié une série de 21 cas de MSA chez 20 patients. PETERSON et al. [7] ont estimé, dans une étude cadavérique, l'incidence du muscle soléaire accessoire à 2%. L'incidence du MSA symptomatique est actuellement inconnue mais elle est sûrement inférieure aux 2% de PETERSON.

L'anatomie du MSA est bien définie. L'insertion proximale est quasi constante : les faces postérieures du tibia et de l'aponévrose des muscles de la loge profonde, et la face antérieure du muscle soléaire. L'insertion distale, en revanche, est beaucoup plus variable. YU et RESNICK [13] ont défini 5 types : le long du tendon calcanéen, sur la face supérieure du calcanéum par un tendon séparé ou par un corps charnu et sur la face médiale du calcanéum

soit par un tendon propre soit par le corps charnu. Dans notre cas, le MSA se terminait par le corps charnu sur la face supérieure du calcanéum. L'innervation est assurée par une branche du rameau antérieur du muscle soléaire, venu du nerf tibial postérieur [14].

Le motif de la consultation est une douleur d'effort de la face postérieure de la cheville, accompagnée d'une tuméfaction latéro-achilléenne médiale. Cette douleur est inconstante [11]. L'insertion possible MSA sur la face médiale du calcanéum peut entraîner une attitude vicieuse du pied [4, 11]. L'examen physique objective la tuméfaction postéro-médiale indolore et molle, devenant dure à la flexion plantaire résistée. La bilatéralité est très évocatrice. L'examen doit s'attacher à éliminer une tumeur des parties molles [1, 12].

Les radiographies peuvent objectiver une image allongée qui comble le triangle pré-achilléen de Kager. L'échographie et la tomodensitométrie montrent parfaitement la masse occupant l'espace pré-achilléen mais elles ne permettent pas d'affirmer sa nature. L'électromyogramme peut montrer une activité électrique synchrone entre muscles soléaire et soléaire accessoire [7, 8]. Cependant, l'examen de référence demeure l'IRM. Le diagnostic est confirmé si le signal de la masse en séquences pondérées T1 et T2 est le même que celui d'un muscle normal [7, 8, 11, 15]. L'IRM permet également de préciser les variétés anatomiques d'insertion distale du MSA.

Les indications thérapeutiques se fondent sur deux éléments : le diagnostic positif du muscle soléaire accessoire et sa responsabilité dans la symptomatologie en dehors de toute autre cause de douleurs postérieures de la cheville (ténosynovites, tendinopathies achilléennes, syndrome du carrefour postérieur) [11,12]. L'abstention peut alors se justifier. Aucune aggravation ou complication spécifique n'ont été décrites [2]. En revanche, la chirurgie est indiquée si la gêne est importante interdisant au patient la poursuite de ses activités au niveau désiré [12, 13]. Deux techniques peuvent être proposées : la fasciotomie simple [2, 8, 11] et l'exérèse du muscle accessoire [6, 8, 12]. Dans notre cas, nous avons réalisé une exérèse du muscle accessoire. La majorité des auteurs préfèrent cette alternative dans la mesure où la douleur est liée à la présence du muscle accessoire et que celui-ci n'a aucune valeur fonctionnelle [12]. La fasciotomie expose au risque de récurrence de la symptomatologie, même si elle paraît moins invasive.

Les résultats du traitement chirurgical sont excellents. Les suites postopératoires sont simples et rapides. La reprise des activités sportives antérieures est quasi constante.

IV. RÉFÉRENCES

- 1) Dunn AW. Anomalous muscles simulating soft-tissue tumors in the lower extremities. A report of three cases. *J Bone Joint Surg* 1965; 47A:1397-400.
- 2) Romanus B., Lindahl S., Stener B. Accessory soleus muscle. A clinical and radiographic presentation of eleven cases. *J Bone Joint Surg* 1986; 68A:731-4.
- 3) Mestdagh H., Vasseur J., Berger M., Urvoy P., Maynou C. Le muscle soléaire accessoire: à propos de deux cas. *J Trauma Sport* 1980; 7:217-20.
- 4) Lozach P., Conard JP., Delarue P., Le Saout J., Courtois B. Une observation de soléaire accessoire. *Rev Chir Orthop* 1982; 68:391-3.

- 5) Peterson DA., Stinson W., Carter J. Bilateral accessory soleus: a report of four patients with partial fasciectomy. *Foot Ankle* 1993; 14:284-8.
- 6) Travis MT., Pitcher JD. Accessory soleus presenting as a posterior ankle mass: a case report and literature review. *Foot Ankle Int* 1995; 16:651-4.
- 7) Boisgard S., Peronne E., Kalfon P., Levai JP., Michel JL. Le muscle soléaire accessoire. À propos de deux cas et revue de la littérature. *Rev Rhum* 1996; 63:999-1002.
- 8) Downey MS., Siegeman J. Accessory soleus muscle: A review of the literature and case report. *J Foot Ankle Surg* 1996; 35:537-43.
- 9) John MM., Borrelli AH. Asymptomatic accessory soleus muscle. *J Foot Ankle Surg* 1999; 38:150-3.
- 10) Van Den Bossche T., Pillard F., Riviere D. Diagnostic étiologique d'une douleur de jambe : le muscle soléaire accessoire. *Science Sports* 2003; 18:264-6.
- 11) Brodie JT., Dormans JP., Gregg JR., Davidson RS. Accessory soleus muscle. A report of four cases and review of literature. *Clin Orthop Relat Res* 1997; 337:180-6.
- 12) Kouvalchouk JF., Lecocq J., Parier J., Fischer M. Le muscle soléaire accessoire. À propos de 21 observations et revue de la littérature. *Rev Chir Orthop* 2005; 91:232-8.
- 13) Yu JS., Resnick D. Imaging of the accessory soleus muscle appearance in six patients and review of the literature. *Skeletal Radiol* 1994; 23:525-8.
- 14) Sekiya S., Kumaki K., Yamada TK., Horiguchi M. Nerve supply to the accessory soleus muscle. *Acta Anat* 1994; 149:121-7.
- 15) Petterson H., Giovannetti M., Gillespy T., Slone R., Springfield D. Magnetic resonance imaging appearance of supernumerary soleus muscle. *Europ J Radiol* 1987; 7:149-150.

Share with us your cases
Share with us your experience

Submit a case report now

