Luxation de l'articulation tibiofibulaire proximale

Isolated Proximal Tibiofibular Joint Dislocation

A. Schohn · N. Hazaparu · A. Sanchez

Reçu le 28 août 2018 ; accepté le 3 février 2019
© SFMU et Lavoisier SAS 2019

Introduction

La gonalgie est une plainte fréquente en médecine d'urgence, en particulier chez les personnes physiquement actives. Les pathologies aiguës et chroniques de l'articulation tibiofibulaire proximale sont rares et peu connues des urgentistes, mais elles peuvent avoir de graves conséquences. La luxation tibiofibulaire proximale est une cause de douleur chronique fonctionnellement invalidante du genou souvent méconnue si l'épisode inaugural n'est pas diagnostiqué. Nous nous proposons, grâce à un cas clinique sur une luxation tibiofibulaire supérieure, de rappeler les caractéristiques cliniques et l'imagerie de cette pathologie traumatique et d'en aborder les différentes possibilités thérapeutiques.

Cas clinique

Un homme de 30 ans se présente au service d'accueil des urgences pour douleur intense de la face latérale du genou droit à la suite d'une chute de sa hauteur avec réception sur la jambe droite. L'appui sur le membre lésé est impossible. L'examen clinique du genou retrouve une modification du relief osseux (Fig. 1) et une douleur élective à la palpation de la tête de la fibula. La mobilité passive et active du genou droit est conservée, mais l'extension est douloureuse. On ne note aucun épanchement articulaire, pas de douleur à la palpation du contour méniscal, ni de laxité antéropostérieure. Le testing des plans ligamentaires médial et latéral du genou

ne relève pas de laxité pathologique, mais le varus forcé exacerbe la douleur par la mise en tension du ligament collatéral latéral qui s'insère directement sur la tête de la fibula. Les symptômes algiques sont exacerbés par le testing en varus/valgus forcé de la cheville. L'examen clinique de la cheville est sans autre particularité. L'examen neurologique, en particulier au niveau du nerf fibulaire commun, est normal.

Les radiographies du genou de face et de profil retrouvent un trouble de rotation de l'extrémité proximale de la fibula et une perte des rapports entre les surfaces articulaires tibiales et fibulaires proximales (Fig. 2). Les radiographies de la cheville sont normales. Un scanner comparatif des deux genoux en extension est réalisé et confirme la suspicion diagnostique de luxation de l'articulation tibiofibulaire proximale (Fig. 3). La réduction est réalisée sous sédation légère, par le chirurgien orthopédiste, grâce à une manœuvre de pression sur l'extrémité fibulaire dans le sens inverse de la luxation, genou fléchi. Cliniquement, on note une disparition de la

Fig. 1 Photographie du patient avec visualisation d'une modification du relief osseux du genou droit avec une proéminence de la tête de la fibula (flèche)

A. Schohn (✉) · A. Sanchez
Service d'accueil des urgences,
centre hospitalier de Haguenau,
64, avenue du Professeur-Leriche,
F-67500 Haguenau, France
e-mail : anna.schohn@hotmail.fr

N. Hazaparu
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique,
centre hospitalier de Haguenau,
64, avenue du Professeur-Leriche,
F-67500 Haguenau, France

proéminence osseuse de la tête fibulaire et une sédation immédiate des douleurs. Après réduction, l'intégrité du plan ligamentaire latéral est vérifiée en testant le point d'angle postéroexterne et le ligament collatéral latéral. L'intégrité du tendon du biceps fémoral est également vérifiée. Une attelle d'immobilisation du genou droit de type Zimmer (genou à 0°) est mise en place, et le patient est convoqué à trois semaines en consultation externe d'orthopédie.

Fig. 2 Radiographie du genou droit de face. Visualisation d'un déplacement latéral de fibula (flèche) avec un élargissement de l'espace intertibiofibulaire (astérisque)

Discussion

La luxation de l'articulation tibiofibulaire proximale est une pathologie rare qui représente moins de 1 % des lésions du genou [1]. Une revue de la littérature réalisée en 2017 a retenu seulement 44 études concernant 96 patients. La plupart étaient des reports de cas clinique ne permettant pas d'établir de véritable consensus sur la prise en charge [2]. Cette pathologie est souvent non diagnostiquée car peu connue. Elle peut se compliquer de douleurs chroniques du genou en cas de diagnostic et de traitement tardif, et elle peut également se compliquer d'atteintes vasculonerveuses au niveau du nerf fibulaire commun [1].

L'articulation tibiofibulaire proximale est composée d'une surface articulaire tibiale à la partie postérolatérale du plateau latéral et d'une surface articulaire fibulaire à la face médiale de l'extrémité supérieure de la tête de la fibula. Sa stabilité est maximale lorsque le genou est en extension, ce qui explique que les luxations se produisent principalement lorsque le genou est fléchi [3].

Les luxations de l'articulation tibiofibulaire proximales ont été classées anatomiquement par Ogden en 1974 [1]. Il en distingue quatre types : le type I est une subluxation antéropostérieure sans luxation (hypermobilité de la tête fibulaire), le type II est une luxation antérolatérale principalement lors des mouvements de torsion en flexion du genou, le type III est une luxation postérolatérale le plus souvent par traumatisme direct et le type IV est une luxation supérieure par traumatisme à haute énergie souvent associée à une fracture de la tête de la fibula. Le type II, celui décrit dans notre cas clinique, est le plus fréquent et représente 85 % des cas.

Le diagnostic est suspecté à l'interrogatoire à l'évocation d'une douleur de la face latérale du genou apparue à la suite d'un mouvement de torsion violente sur un genou fléchi [3]. L'examen clinique recherche une douleur latérale majorée à la palpation ou lors des mouvements de cheville ainsi qu'une déformation des reliefs osseux avec proéminence de la tête fibulaire. La manœuvre de stress en varus genou fléchi exacerbe les douleurs par la mise en tension du ligament

Fig. 3 Scanner comparatif des deux genoux confirmant la luxation de l'articulation tibiofibulaire proximale. Visualisation d'une perte de congruence entre les surfaces articulaires tibiales et fibulaires proximales (flèche)

collatéral latéral qui s'insère directement sur la tête de la fibula. Il peut y avoir un œdème localisé, mais le plus souvent on ne retrouve pas d'épanchement [4]. La recherche d'une lésion nerveuse est impérative à la recherche d'une paralysie transitoire du nerf fibulaire commun (présence d'un steppage à la marche). De principe, comme pour tout traumatisme du genou, il faut s'assurer de l'absence de lésions vasculaires (très rares), notamment au niveau du paquet poplité [5]. Les principaux diagnostics différentiels sont la déchirure du ménisque latéral ou la lésion ligamentaire du plan postérolatéral du genou avec une douleur également située à la face latérale du genou [3]. Afin d'éliminer une déchirure du ménisque latéral ou une atteinte du plan ligamentaire postérolatéral, un examen précis du genou est nécessaire. L'intégrité du ligament collatéral latéral et du point d'angle postéroexterne est vérifiée par l'absence de laxité en varus fléchi à 90° et par réalisation du dial-test (recherche d'une laxité rotatoire externe asymétrique par rapport au genou controlatéral).

Les radiographies constituent l'examen de première intention le plus souvent réalisé [1]. Des clichés comparatifs des deux genoux de face et de profil sont nécessaires. Les signes sont cependant discrets avec sur la radiographie de face un déplacement latéral de la tête fibulaire et un élargissement de l'espace intertibiofibulaire proximal, et sur la radiographie de profil un déplacement antérieur de la tête de la fibula et un chevauchement plus important de la fibula et du tibia. Une fracture ou une avulsion doivent également être recherchées [3]. On associera également des radiographies de la cheville afin de détecter des lésions de la syndes-mose. Le scanner avec des coupes coronales des deux genoux constitue l'examen de référence en vue d'une confirmation diagnostique [6]. Il permet également de déterminer la direction de la luxation.

Le traitement consiste en une réduction simple par pression sur la tête de la fibula dans le sens inverse de la luxation lors d'une flexion du genou à 90° avec la cheville en dorsiflexion et rotation externe [1]. Elle peut être réalisée aux urgences sous sédation ou au bloc sous anesthésie générale. La réduction des luxations de type II est généralement aisée, en revanche elle est plus délicate pour les luxations de

types III et IV. Après la manœuvre, l'intégrité du plan ligamentaire latéral et postérolatéral, notamment au niveau du ligament collatéral latéral, du tendon du biceps fémoral et du point d'angle postéro doit être vérifiée. Après réduction, les modalités d'immobilisation ne font pas consensus. Certains auteurs préconisent une immobilisation sans appui par une attelle ou un plâtre pour une durée de trois à six semaines avec une reprise progressive de l'appui après trois semaines. En cas d'échec ou d'instabilité persistante, une réduction chirurgicale est réalisée, associée si nécessaire à une fixation tibiofibulaire temporaire ou à une correction d'une anomalie de la syndes-mose [1]. Une revue de la littérature en 2017 a permis d'établir que la réduction est associée à 2,9 % de complications, principalement des douleurs chroniques du genou et une instabilité, contre 28 % pour la fixation chirurgicale [2]. Le traitement doit être réalisé le plus tôt possible pour éviter les complications à long terme comme la douleur chronique du genou et l'instabilité chronique de l'articulation tibiofibulaire proximale [1].

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Van Seymourtier P, Ryckaert A, Verdonk P, et al (2008) Traumatic proximal tibiofibular dislocation. *Am J Sports Med* 36:793–8
2. Kruckeberg BM, Cinque ME, Moatsche G, et al (2017) Proximal tibiofibular joint instability and treatment approaches: a systematic review of the literature. *Arthroscopy* 33:1743–51
3. Turco VJ, Spinella AJ (1985) Anterolateral dislocation of the head of the fibula in sports. *Am J Sports Med* 13:209–15
4. Van Wulfften Palthe AF, Musters L, Sonnegra RJ, et al (2015) Dislocation of the proximal tibiofibular joint, do not miss it. *BMJ Case Rep* 2015:bcr2014207875 (Dernier accès le 22 août 2018)
5. Gabrion A, Vernois J, Havet E, et al (2004) Luxation tibiofibulaire proximale : témoin d'un traumatisme grave de la jambe et du genou. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 90:749–56
6. Keogh P, Masterson E, Murphy B, et al (1993) The role of radiography and computed tomography in the diagnosis of acute dislocation of the proximal tibiofibular joint. *Br J Radiol* 66:108–11