

FRACTURE-LUXATION DU CALCANEUS : À propos d'un cas

••• Par Yousria AKLOUL-HAMDAOUI, Amel DJERBAL, Samir TEBANI

Introduction

Les fractures du calcaneus (calcaneum) sont caractérisées par un enfoncement de la surface thalamique, soit vertical, soit horizontal, avec une corticale externe soufflée, ou fracturée. Dans des cas particuliers, la corticale externe est avec un gros fragment latéral comprenant, aussi, la tubérosité postérieure restant intacte, mais luxée latéralement, sous la malléole externe, sans enfoncement thalamique. Ces cas ont été décrits par Bigga et Thomine(1) en 1977, les nommant "fracture-luxation du calcaneus". Ils citent la reconnaissance d'une telle lésion, en 1936, par R. Merle d'Aubigné, puis par Warrick et Bremer ; plus tard, par Duparc et JY de la Caffinière. Sanders et Clare (2), dans Rokwood & Green's Fractures in Adults, rapportent 26 cas.

Dans tous les cas, le diagnostic se fait par une analyse minutieuse des radiographies, de face et profil, de la cheville, ainsi que par les incidences axiales du calcaneus(3), la tomодensitométrie apportant encore plus de précision, dans la description et l'étendue des lésions. Il faut noter la présence fréquente de lésions associées : la luxation des tendons péroniers et la rupture des ligaments externes de la cheville. Une réduction à foyer ouvert, dans de brefs délais, est préconisée par tous les auteurs, dans tous les cas.

Nous rapportons, ici, un cas observé, opéré au 5ème jour avec lésions neurologiques sensibles s'amendant avec le temps.

Matériel Et Méthode

Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans, alors en vacances à l'étranger, après une chute dans un fossé, se tord le pied gauche et consulte en urgence, où il est diagnostiqué une fracture comminutive du calcaneus et une subluxation de la Chopart. Il est procédé à une réduction et une botte plâtrée. La patiente est rapatriée 2 jours après. A l'arrivée le pied était tuméfié et ne permettait, en aucun cas, une chirurgie immédiate.

Analyse des radiographies : De face, on note une position en varus de l'astragale, la présence d'une partie osseuse anormale sur la face latérale de l'astragale et sous la pointe de la malléole externe. De profil, il y a un double contour du thalamus, dont une partie se projette à la partie inférieure de l'astragale, sans qu'on puisse reconnaître un intervalle articulaire entre l'astragale et le thalamus. Il y a de même un double contour dans l'articulation calcaneó-cuboïdienne. Sur l'incidence axiale, on reconnaît la luxation du fragment externe (figure 1).



Figure 1 : Radiographie de face (a), de profil(b) et incidence rétro-plantaire(c).

Analyse du scanner : On retrouve 2 fragments : un fragment latéral avec la tubérosité postérieure du calcaneus, qui est luxé (figure 2) sur la face latérale de l'astragale et qui touche la pointe de la malléole externe et un fragment médian prenant le sustentaculum tali et la partie interne de la surface articulaire calcaneó-cuboïdienne. Il n'y a pas d'enfoncement du thalamus, la paroi latérale du calcaneus est intacte.

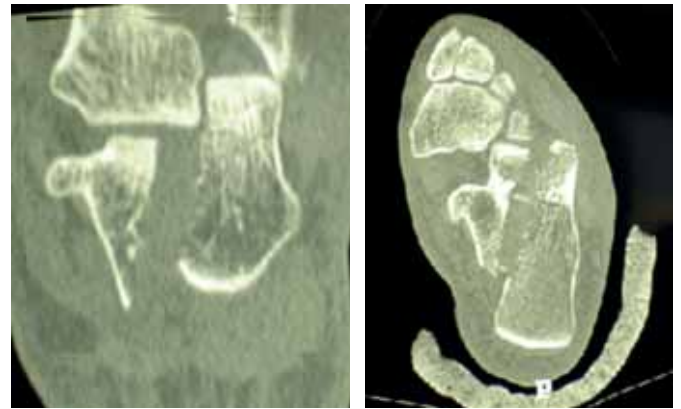


Figure 2 : Tomодensitométrie montrant la luxation du fragment latéral du calcaneus.

Indication chirurgicale : L'intervention a eu lieu 2 jours après l'arrivée de la patiente, soit au 5ème jour après l'accident. L'abord a été externe, depuis la face latérale de la malléole externe suivant le trajet des tendons péroniers jusqu'à la base du 5ème métatarsien. Pour éviter toute lésion du nerf sural, passage au-dessus des tendons péroniers, sans détacher leur gaine. Vérification de l'absence de luxation des péroniers. En progressant distalement, mise en évidence du sinus du tarse, dans lequel est placée une spatule, manœuvre de démonte-pneu, pour réduire la facette latérale du calcaneus, sous l'astragale. Le foyer est comprimé par des vis transversales (figure 3) pour obtenir une réduction parfaite, contrôle de la calcaneó-cuboïdienne. A la mobilisation de la cheville, on constate, alors, une subluxation antéro-externe de l'astragale, dans la fourchette malléolaire et ce n'est qu'après suture des ligaments sectionnés que celle-ci est devenue stable. Après fermeture de la plaie, le pied est placé dans une attelle jambière, pendant 8 semaines. Mobilisation de la cheville, sans appui.



Figure 3 : Radiographie post-opératoire, de face et de profil.

Resultats

A part quelques troubles de cicatrisation superficiels, les suites ont été simples, la patiente a pu marcher sans cannes après 14 semaines. Au contrôle à 1 an, la marche est normale, aussi sur la pointe et les talons, la mobilité de la cheville est complète, la mobilité du couple de torsion est réduite de plus de la moitié (inversion 15, éversion 5).

Cependant, la patiente a développé des troubles sensitifs dans le territoire du nerf tibial postérieur avec, aussi, des orteils en griffe, par parésie des interosseux.

Nous ne pouvons pas dire si ces troubles étaient déjà présents avant l'opération. Dans l'évolution, nous avons observé un signe de Tinnel au niveau du tunnel tarsien, dont la localisation a progressé distalement, avec le recul. En 1 an, la symptomatologie s'est améliorée, les orteils sont devenus souples, mais il subsiste, encore, des paresthésies et la sensibilité profonde est encore altérée.

Discussion

La fracture-luxation du calcaneus est une entité rare, parmi les fractures articulaires du calcaneus. On la reconnaît aisément, avec de bonnes incidences radiologiques, d'autant plus qu'aujourd'hui le scanner est demandé dans presque tous les cas de fractures articulaires du calcaneus.

Le traitement chirurgical, le plus rapidement possible, est

impératif, car une réduction à foyer fermé est illusoire.

Le pronostic est bon, il n'y a pas d'enfoncement articulaire. Il ne faut pas omettre de traiter les lésions associées éventuelles, telles que la luxation des tendons péroniers ou les lésions ligamentaires de la cheville.

Dans notre cas, nous avons eu une parésie sensitivomotrice du nerf tibial postérieur. Il nous est impossible de dire si elle est due au traumatisme, ou si elle est secondaire à un étirement du nerf, lors des manœuvres de réduction. Elle ne nécessite pas de révision, si le nerf n'a pas été sectionné et si la récupération progresse avec le temps ■

* Prs Yousria AKLOUL-HAMDAOUI, Amel DJERBAL, Samir TE-BANI

EHS Salim Zemirli, Faculté de médecine d'Alger.

Références

- 1- N. Biga, J-M. Thomine La fracture-luxation du calcaneum. A propos de 4 observations. *Rev chir orthop* 1977, 63, 191-202.
- 2- R Sanders, M Clare Fractures of the Calcaneus Dans *Rockwood & Green's Fractures in Adults 6th Edition* Chap 55 p 2327-2330.
- 3- N. Ebraheim, H. Elgafy, F. Sabry, S. Tao Calcaneus Fractures with Subluxation of the Posterior Facet A surgical Indication *Clin orthop* 377, Aug 2000, 210-216.

