

PERONEUS QUARTUS ET INSTABILITE DE CHEVILLE



LOTITO Guillaume

Pruvost J., Collado H., , Bensoussan. L, Coudreuse. JM, Curvale G., Viton. JM, Delarque. A.

Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation, Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille



Histoire de la Maladie

Homme de 27 ans ayant présenté des entorses à répétition des chevilles.

Persistance sensation instabilité et douleurs rétromalléolaires latérales malgré prise en charge en rééducation bien menée (renforcement excentrique des fibulaires, proprioception...)

Examen physique

Morphotype: pied plat valgus bilatéral

Déficit de force musculaire des fibulaires à 4-/5

Hyperlaxité en varus bilatérale prédominant à droite

Douleur à la palpation de la gouttière rétromalléolaire latérale

Examens complémentaires

Clichés dynamiques : hyperlaxité en varus évaluée à 20,5° à droite et 15° à gauche

Echographie: mise en évidence d'un muscle surnuméraire, le Peroneus Quartus dont l'origine est le corps musculaire du court fibulaire et l'insertion distale le tendon du long fibulaire.

IRM: ténosynovite des fibulaires

Electromyogramme normal

Test isocinétique: déficit de force musculaire des éverseurs de cheville bilatéral en mode excentrique et à droite en mode concentrique.



Fig. 1 : Clichés dynamiques de cheville en varus forcé: hyperlaxité mesurée à 20,5° à droite et 15° à gauche

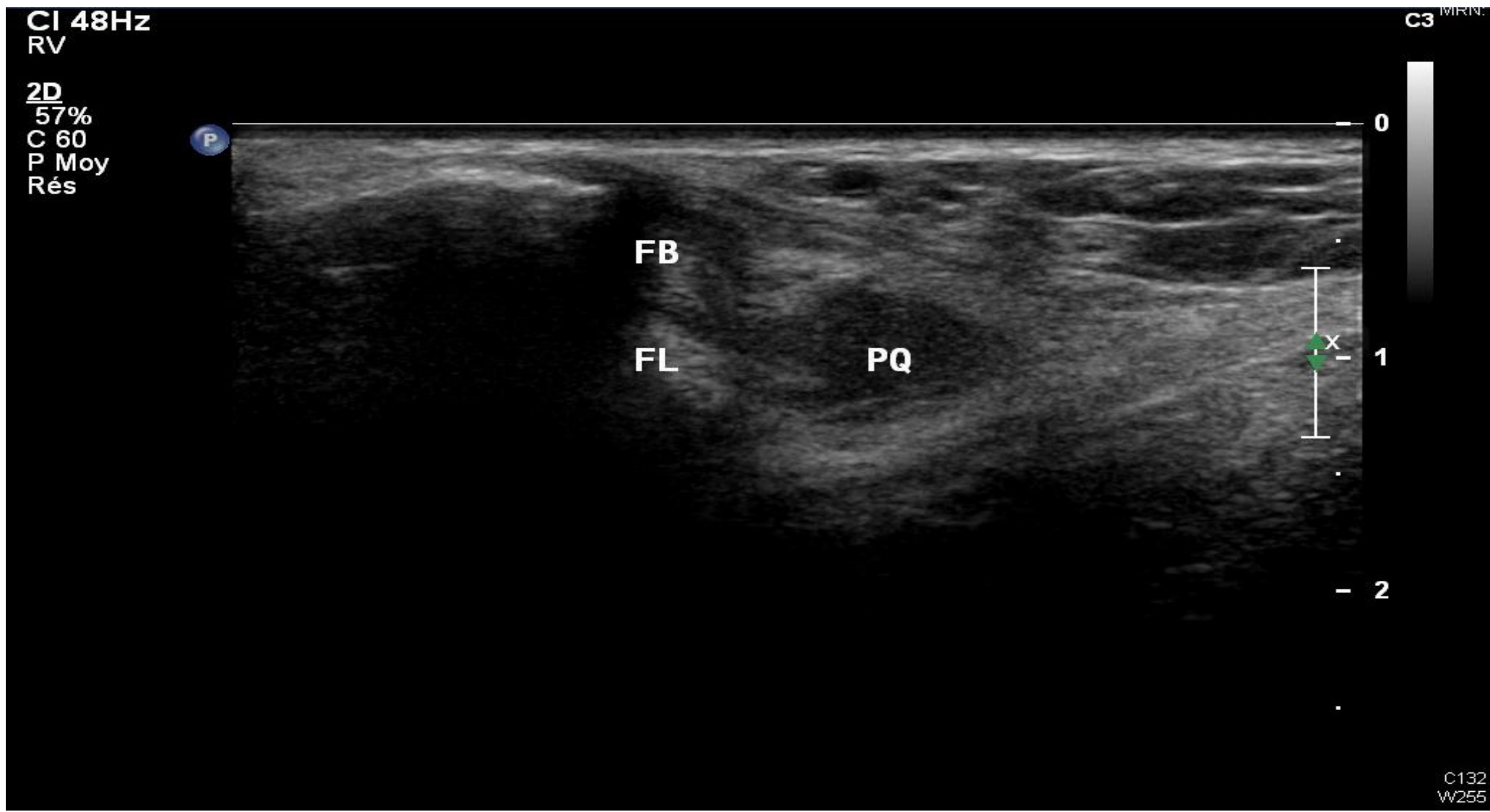


Fig. 2 : Echographie en coupe transversale rétromalléolaire latérale: corps musculaire du peroneus quartus au sein de la gaine des fibulaires.

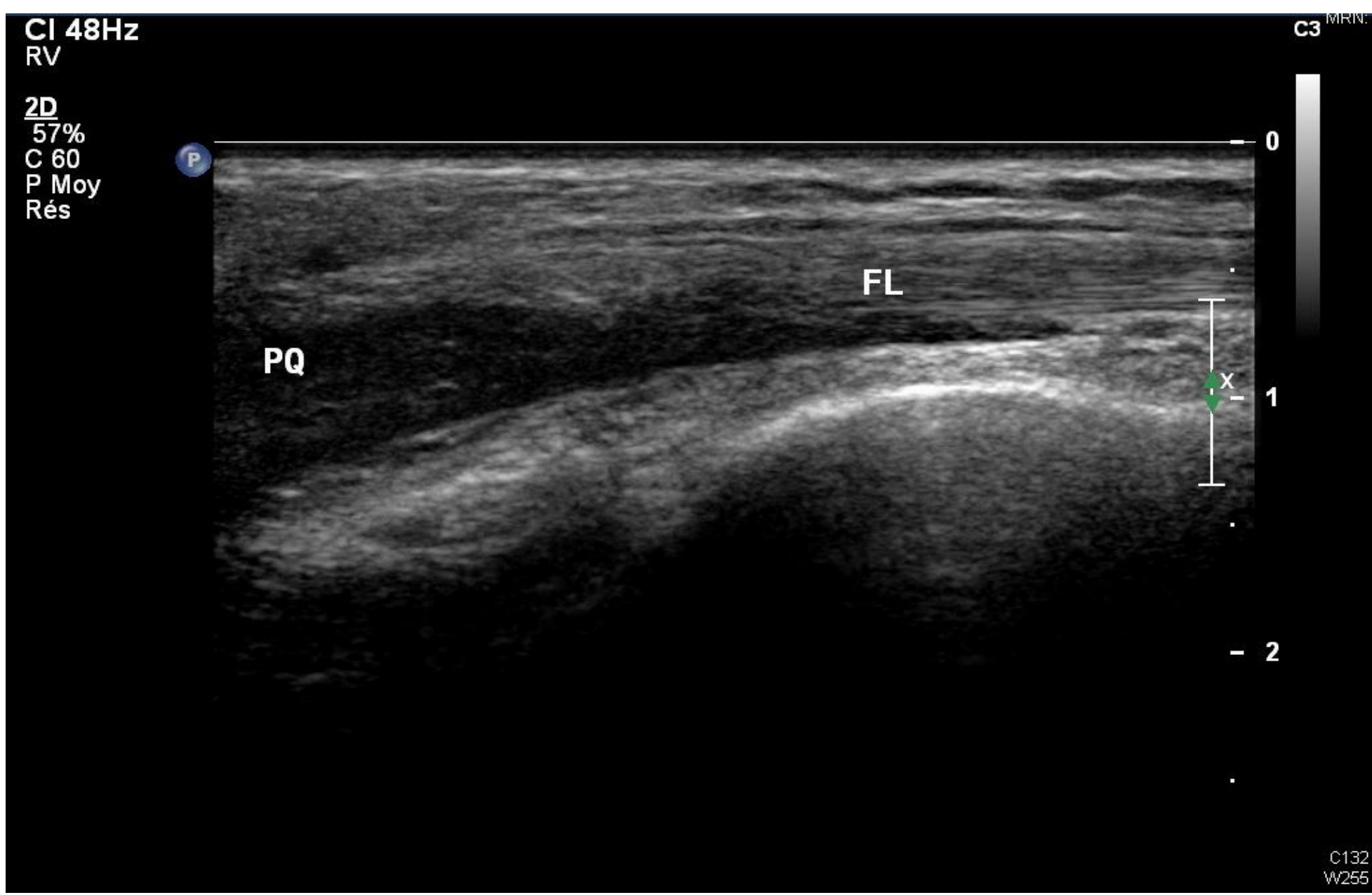


Fig. 3: Echographie en coupe longitudinale. Insertion distale du peroneus quartus sur le tendon du long fibulaire

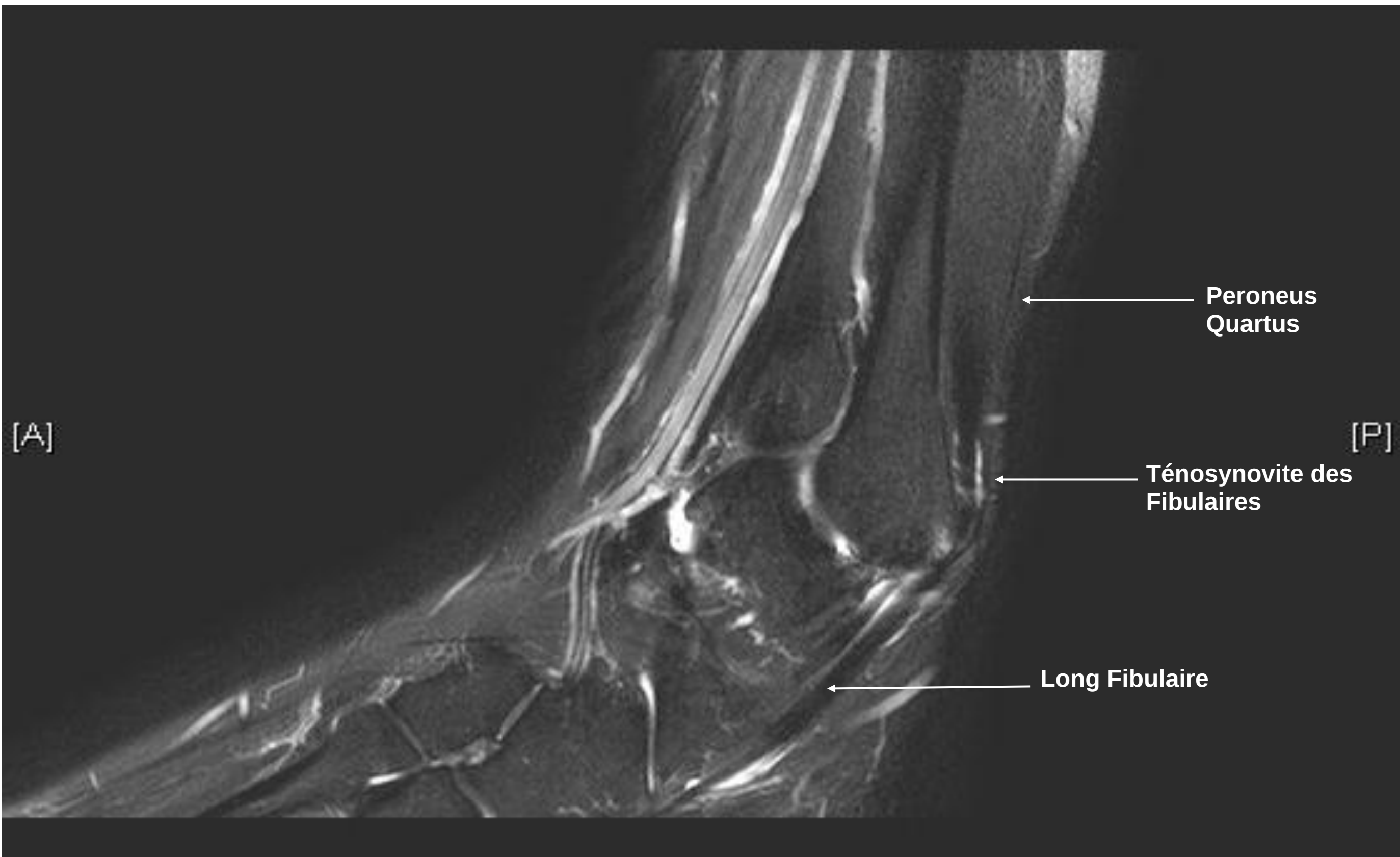


Fig. 4 : IRM de cheville droite (séquence en T2 fat sat) Peroneus quartus dont l'origine est le corps musculaire du court fibulaire et l'insertion le tendon du long fibulaire. Ténosynovite des fibulaires.

Discussion

Chez notre patient, l'instabilité est multifactorielle (pied plat valgus, insuffisance ligamentaire, déficit de force des muscles tibulaires).

Rôle probable du peroneus quartus dans cette instabilité

- Persistance déficit force musculaire des fibulaires malgré rééducation
- Douleurs rétromalléolaires latérales
- Corps musculaire du peroneus quartus au sein de la gaine des fibulaires réduisant l'espace disponible pour les tendons du court et long fibulaire. Epaississement du rétinaculum supérieur des fibulaires.

Physiopathologie

- Conflit par inadéquation de volume contenu/contenant au sein de la gaine des fibulaires (Coudert et al)
- Retromalleolar attrition syndrom (Sobel et al)
- Ovecrowding effect (White et al)
- Lateral ankle stenosis syndrom (Donley et al puis Moroney et al)

Majoration de la symptomatologie à l'effort par phénomène de globulisation musculaire. De même, en renforçant les fibulaires, on renforce probablement le peroneus quartus et ainsi on majore le conflit par augmentation de son volume musculaire au sein de la gaine des fibulaires.

Conclusion

Intérêt de faire un diagnostic précoce avant lésions ligamentaires qui font le lit de l'instabilité

Y penser si persistance douleurs/gonflement/instabilité post traumatique ou persistance déficit force musculaire malgré rééducation , en l'absence de déficit neurologique. Confirmation simple par imagerie (échographie, IRM).

Solution thérapeutique = exérèse chirurgicale suivie courte immobilisation puis rééducation +/- ligamentoplastie associée.