

Luxation sous talienne externe pure : à propos d'un cas ***Lateral subtalar dislocation : a case report***

I. Zeroual, A. El baroudi, B. El Mghabar, H. Abid, M. El Idrissi, A. El Ibrahimy,
A. El Mrini

Service de chirurgie traumatologique et orthopédique B, 30000 CHU Hassan II de Fès, Maroc

Résumé :

La luxation sous talienne est une lésion rare. Sa variante externe est exceptionnellement rencontrée. Elle survient le plus souvent suite à des accidents de haute énergie. Le délai de prise en charge conditionne le pronostic. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 30 ans, qui présente une luxation sous talienne externe pure suite à un traumatisme de basse énergie par une simple torsion de la cheville en descendant les escaliers, traitée orthopédiquement avec un résultat fonctionnel satisfaisant à un an de recul.

Abstract :

Subtalar dislocation is a rare injury. Lateral variety is exceptionally encountered. It is usually the result of high energy trauma. Delayed diagnosis and management may lead to poor results. We report a case of lateral subtalar dislocation secondary to low velocity mechanism in a 30 years old woman, who underwent orthopedic treatment with satisfying functional outcomes at one year follow up.

Mots clés : luxation sous talienne, latérale, basse énergie

Key words : *subtalar dislocation, lateral, low velocity*

Date of Submission: 12-01-2022

Date of Acceptance: 27-01-2022

I. Introduction :

La luxation sous talienne est une lésion rare, représentant 1% de toutes les luxations observées en traumatologie. Elle correspond à une perte des rapports anatomiques entre le talus, le calcaneum et le naviculaire. La variante interne est la plus fréquente, représentant 80 %, tandis que la variante externe représente 17% uniquement. Le diagnostic est clinique, confirmé par les radiographies du pied et de la cheville. La réduction doit être réalisée en urgence sous anesthésie.

II. Observation :

Il s'agit d'une patiente de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté aux urgences pour un traumatisme fermé de la cheville gauche, suite à un accident de basse énergie par torsion du pied en descendant les escaliers, occasionnant chez elle une douleur et une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur gauche. L'examen clinique trouve une déformation du pied en inversion, flexion plantaire et déplacement latéral du talon par rapport à la jambe, sans ouverture cutanée ni déficit vasculo-nerveux (fig. 1). Le bilan radiologique initial a objectivé une luxation sous italieenne externe avec un diastasis tibio-fibulaire distal, sans fractures associées (fig. 2). La patiente a bénéficié d'une réduction orthopédique par manoeuvre externe en urgence, au bloc opératoire sous anesthésie générale, par la technique de l'arrache botte. Après la réduction, l'articulation était stable et le contrôle radiologique a montré une bonne congruence articulaire et une syndesmose intacte (fig. 3). L'immobilisation a été assurée par une botte plâtrée pendant 6 semaines sans appui, puis la rééducation a été démarrée. Le résultat fonctionnel était satisfaisant à un an de recul.



Fig. 1. Aspect clinique de la déformation du pied.



Fig. 2. Radiographie montrant la luxation sous talienne externe.



Fig. 3. Radiographie après réduction montrant une bonne congruence articulaire et réduction du diastasis tibio-fibulaire.

III. Discussion :

La luxation sous talienne est une entité rare, représentant 1% de toutes les luxations articulaires en traumatologie (1) et 15% des luxations péritaliennes (2,3). Le déplacement du pied sous le talus peut être médial, latéral, postérieur ou antérieur selon la classification de Malgaigne (4) publiée en 1856. La luxation médiale est la forme la plus fréquente, alors que la luxation latérale ne représente que 17%. Cette dernière résulte d'une éversion forcée ou abduction et pronation du pied (5). Fahey (6) et Mann (7) ont constaté dans leurs études que le pied doit être bloqué en équin lors de l'éversion forcée. La physiopathologie de cette lésion correspond, selon les travaux expérimentaux de Marotte (8), dans un premier temps à la rupture du ligament deltoïdien d'avant en arrière sous la poussée de la tête du talus. Ensuite, le ligament en haie se déchire par étirement, avec luxation talo-calcanéenne. Enfin, la contrainte se poursuit et la rotation interne du squelette jambier provoque la rupture du ligament talonaviculaire dorsal, permettant l'échappée totale du pied sous le talus vers le dehors. Une prédominance masculine est retrouvée dans les données de la littérature. En effet, cette lésion est trois à quatre fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme (9,10). Cette affection intéresse essentiellement l'adulte jeune avec une moyenne d'âge de 31 ans (11,12). Elle survient généralement après un traumatisme de haute énergie (13). À notre connaissance, seul six cas de luxations sous taliennes suite à des accidents de faible énergie ont été rapportés dans cinq études (13,14,15,16,17). Le diagnostic est en général évident devant la déformation de la cheville, le pied fixé en éversion. Les radiographies de la cheville de face et du pied de profil confirment le diagnostic. Sur le cliché de face, le talus est en place dans la mortaise tibio-fibulaire, alors que le calcanéum est déjeté en dehors. Sur le cliché de profil, l'interligne de l'articulation sous talienne est effacée en raison du chevauchement du talus et du calcanéum. La TDM permet de confirmer le diagnostic et d'évaluer les lésions ostéo-cartilagineuses présentes dans 20 à 30% des cas (8,18). L'ischémie du pied est plus fréquente dans la luxation latérale car l'artère tibiale postérieure est prise en chevalet au niveau du talus (19). Le traitement consiste à une réduction en urgence par la manœuvre de l'arrache botte, le genou étant fléchi à 90° afin de relâcher le triceps sural. L'irréductibilité doit faire suspecter une interposition et impose une réduction sanglante. Une contention complémentaire par une botte plâtrée pendant 3 à 6 semaines est nécessaire. La rééducation est entreprise dès l'ablation du plâtre pour assurer un bon résultat fonctionnel. Le pronostic est relativement bon chez la plupart des auteurs si la réduction est réalisée dans les heures suivant l'accident (20). À long terme, les complications à craindre sont dominées essentiellement par l'arthrose sous talienne et la nécrose talienne (21).

IV. Conclusion :

La luxation sous talienne est une lésion rare et grave. Le diagnostic est suspecté cliniquement et confirmé par les examens radiologiques. Une prise en charge en urgence est nécessaire, correspondant à une réduction par manœuvres externes avec immobilisation plâtrée complémentaire. La rééducation doit être démarrée le plus précocement possible afin d'obtenir un bon résultat fonctionnel. Une surveillance à long terme permet de dépister les complications tardives, qui sont dominées essentiellement par l'arthrose sous talienne et la nécrose talienne.

Références :

- [1]. Bacon GE, Bacon PJ, Griffiths RK. A neutron diffraction study of the bones of the foot. *J Anat.* 1984; 139(Pt 2): 265-273.
- [2]. Syed AA, Agarwal M, Dosani A, Giannoudis PV, Matthews SJ. Medial subtalar dislocation: importance of clinical diagnosis in distinguishing from other dislocations. *Eur J Emerg Med* 2003;10: 232-5.
- [3]. Bibbo C, Anderson RB, Davis WH. Injury characteristics and the clinical outcome of subtalar dislocations: a clinical and radiographic analysis of 25 cases. *Foot Ankle Int* 2003;24:158-63.
- [4]. Malgaigne JF. *Traité des fractures et des luxations* Baillière édition.-Paris : 1855, 1030-107
- [5]. Daniel J. Tucker, DPM, Gideon Burian, DPM, and Joseph P. Boylan, DPM. lateral Subtalar Dislocation: Review of the Literature and Case Presentation. *The Journal of Foot & Ankle Surgery* 37(3):239-247, 1998
- [6]. Fahey, J. J., Murphy, J. D. Dislocations and fractures of the talus. *Surg. Clin. North Am.* 45:433-437, 1982.
- [7]. DeLee, J. Fractures and dislocations of the foot. In *Surgery of the Foot and Ankle*. 6th ed. pp. 1465-1597, edited by M. J. Coughlin, R. A. Mann. C. V. Mosby, St. Louis, 1993.
- [8]. Marotte JH, Samuel P., Moati JC, Lord G., Bombart M. Luxation sous astragaliennes internes et externes à propos de 20 cas. *Rev. Chir. Orthop.* 1979 ; 65(7) :377-385
- [9]. Rida-Allah B, Aitbenali H, Mahfoud M, et al (2015) Rare case of pure medial subtalar dislocation: conservative treatment and 32 months follow-up. *J Emerg Trauma Shock* 8:174-5
- [10]. Pesce D, Wethern J, Patel P (2011) Rare case of medial subtalar dislocation from a low-velocity mechanism. *Eur J Emerg Med* 6:121-4
- [11]. Merchan ECR. Subtalar dislocation long term follow up of 39 cases. *Injury* 1992; Vol. 23 N°2
- [12]. Kenwright J, Taylor RG. Major injuries of the talus. *J. Bone Joint Surg.(B)*.1970; 52: 36-48
- [13]. De Luna V, Caterini A, Petrungraro L, Barosso M, De Maio F, Farsetti P. Medial subtalar dislocation from a low-energy trauma. A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2021;83:105954. doi:10.1016/j.ijscr.2021.105954
- [14]. Jungbluth P., Wild M., Hakimi M., Gehrman S., Djuricic M., Windolf J., Muhr G., Kälicke T. Isolated subtalar dislocation. *J. Bone Joint Surg. Am.* 2010;92:890-894.

- [15]. Bryson D., Khan Z., Aujla R., Bromage J.D. A near miss: an uncommon injury following a common mechanism. *BMJ Case Rep.* 2011 Aug 4;2011
- [16]. Pesce D., Wethern J., Patel P. Rare case of medial subtalar dislocation from a low-velocity mechanism. *J. Emerg. Med.* 2011;41:121–124.
- [17]. Mc Keag P., Lyske J., Reaney J., Thompson N. Subtalar dislocation secondary to a low energy injury. *BMJ Case Rep.* 2015 Feb 3
- [18]. Meyer JM, Hoffmeyer P. la luxation sous-astragalienne. *Med et Hyg.* 1985; 43: 1520-2.
- [19]. Tricoire JL, Colombier JA, Chiron P, Duraffour H, Puget J, Utheza G. Les luxations sous-astragaliennes: appréciation pronostique, attitude thérapeutique. Strasbourg, 9ème Congrès de Chirurgie d'Urgence. 1989.
- [20]. Amhaji L, Berrada MS, El Yazidi A, Lamrani O, Wahbi S, El Yaacoubi M, El Ouazzani, El Manouar M. Les luxations sous astragaliennes (A propos de 15 cas). *Revue marocaine de chirurgie orthopedique et traumatologique* n7 Avril 1998.
- [21]. Schuind F, Andrianne Y, Burny F, Donkerwolcke M, Saric O. Fractures et luxations de l'astragale. Revue de 359 cas. *Acta Orthop Belg* 1983; 49(6): 652-89.

I. Zeroual, et. al. “Luxation sous talienne externe pure : à propos d'un cas Lateral subtalar dislocation : a case report.” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 21(01), 2022, pp. 61-64.