Docteur LUCCIANI Pierre

Cher Ami,

Je te remercie de m'avoir adressé le jeune **Marc** qui présente une histoire toute à fait passionnante.

Il s'agit d'un jeune footballeur stagiaire professionnel âgé de 19 ans, de morphotype bréviligne[[1]](#footnote-1) qui a vu sa sémiologie apparaître il y a environ 3 ans par une douleur apparaissant strictement à l'effort des loges antéro-externes à dominance droite sans composante au niveau de la loge postérieure de jambe.

Il maîtrise relativement bien les choses et le tableau s'aggrave à partir du moment où il passe de régional, à moins de 15 ans, national avec sur cette année avec une majoration de la quantification de l'entraînement qui amène à une évolution très nette de la symptomatologie.

Il s'agit d'une sémiologie apparaissant strictement à l'effort que Marc décrit comme une sensation de tension musculaire comme s'il avait des jambes en bois survenant maintenant pour 15 à 20 minutes de match, apparaissant également à l'entraînement à la course, se majorant s'il augmente le rythme.

Le tableau disparaît rapidement au repos puisque sur le banc de touche, lorsqu'il est obligé de sortir à la mi-temps, il ressent une quasi disparition des douleurs en quelques minutes.

Le tableau évoque bien sûr un piège vasculaire ou un syndrome de loge[[2]](#footnote-2), ce qui avait été suspecté par le kiné du club.

L'angiotomodensitométrie[[3]](#footnote-3) des artères poplitées montre des deux côtés l'absence de piège anatomique puisque l'artère poplitée est de morphologie et de perméabilité normales mais par contre lors des épreuves dynamiques, on note du côté droit un refoulement du trajet poplité en dehors en rapport avec la contraction du muscle jumeau interne.

On note une hypertrophie[[4]](#footnote-4) de ce jumeau interne qui recouvre les ¾ médiaux de l'échancrure inter-condylienne toujours à droite et qui occupe pratiquement tout l'espace lors de sa contraction.

Une image est beaucoup moins importante du côté gauche.

Il semble exister par ailleurs un deuxième piège en regard des plateaux tibiaux.

Cet examen est parfaitement corroboré à ton écho-doppler artériel des membres inférieurs qui montre l'existence d'un piège poplité bilatéral prédominant à droite.

Lors de mon examen clinique je ne retrouve aucun argument en faveur d'une pathologie osseuse, de fracture de fatigue ou de périostite[[5]](#footnote-5). Pas d'argument en faveur d'un piège neurologique mais par contre une tension très nette de la loge antérieure droite alors qu'il a effectué un tennis-ballon il y a 24 heures.

Le problème pour lequel tu me l'adresses est donc de celui de l'existence ou non d'un syndrome de loge associé ou dominant puisque le tableau se présente tout de même de manière très élective au niveau des loges antéro-externes.

Le diagnostic est quasi formel dès la prise de pression au repos puisque dans la loge antéro-externe celle-ci est de 36 mm de mercure à droite pour 27 mm de mercure à gauche, alors que cette pression est de 13 mm dans la loge postérieure profonde droite pour 12 mm dans la loge postérieure profonde gauche.

Après effort, où on reproduit exactement la symptomatologie que ressent Marc associée par ailleurs à des sensations paresthésiques[[6]](#footnote-6) sur la face antéro-externe de la jambe, la pression monte de manière caricaturale à 85 mm de mercure à droite pour 40 mm de mercure à gauche mais il nous dit ressentir très souvent une douleur beaucoup plus importante qu'aujourd'hui du côté gauche lorsqu'il s'entraîne.

Cette pression monte dans les limite du physiologique sur les loges postérieures à 26 mm à droite pour 18 mm à gauche.

La prise de pression, 10 minutes après l'effort, permet d'objectiver à droite 39 mm de mercure pour 26 mm à gauche et sur la loge postérieure profonde 19 à droite pour 16 à gauche.

Au total : en ce qui concerne la prise de pression de loge, je suis donc formel pour un syndrome de loge bilatéral antéro-externe et qui, compte-tenu de l'importance de ces résultats, doit conduire à une aponévrotomie[[7]](#footnote-7) qui, à mon sens, par expérience, doit être la plus complète possible et je crois que compte-tenu de la carrière future de Marc il ne faut pas être« économe sur la cicatrice ».

Compte tenu de ces résultats, se pose par ailleurs le problème du piège poplité au niveau de jumeau interne et qui supposera deux temps opératoires, une approche par voie antéro-externe pour l'aponévrotomie et une approche par voie interne pour libérer ce piège, mais à mon sens ce syndrome de loge est très certainement largement dominant dans la sémiologie actuelle présentée par Marc.

Très amicalement à toi.

Aurais-tu la gentillesse de me tenir au courant des suites.

Docteur …

**CREDITS**

* ŒUVRE COLLECTIVE DE L’AFPA

sous le pilotage de la Direction de l’Ingénierie et de l’Innovation Pédagogique (DIIP)  
Centre d’ingénierie sectoriel tertiaire-services

* EQUIPE DE CONCEPTION

Sylvie CULAT (Ingénieur de formation)

Chantal DEKERLE (Formateur)

* DATE DE MISE A JOUR

28/01/2015

© AFPA 2014

Reproduction interdite

Article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle

« Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l’auteur ou de ses ayants droits ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l’adaptation ou la transformation, l’arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

**Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes**

13 place du Général de Gaulle - 93108 Montreuil Cedex

[www.afpa.fr](http://www.afpa.fr/)

1. Morphologie trapue. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ischémie musculaire provoquée par une augmentation anormale de pression au sein d'une loge anatomique. [↑](#footnote-ref-2)
3. Ou *angio-scanner* : Examen permettant la visualisation des vaisseaux sanguins. [↑](#footnote-ref-3)
4. Augmentation du volume. [↑](#footnote-ref-4)
5. Inflammation à caractère dégénératif affectant le *périoste*, ensemble de couches de la périphérie des os longs et plats. [↑](#footnote-ref-5)
6. Troubles de la sensibilité tactile. [↑](#footnote-ref-6)
7. Intervention chirurgicale consistant à l’incision de *l’aponévrose*, membrane qui entoure les masses musculaires. [↑](#footnote-ref-7)