

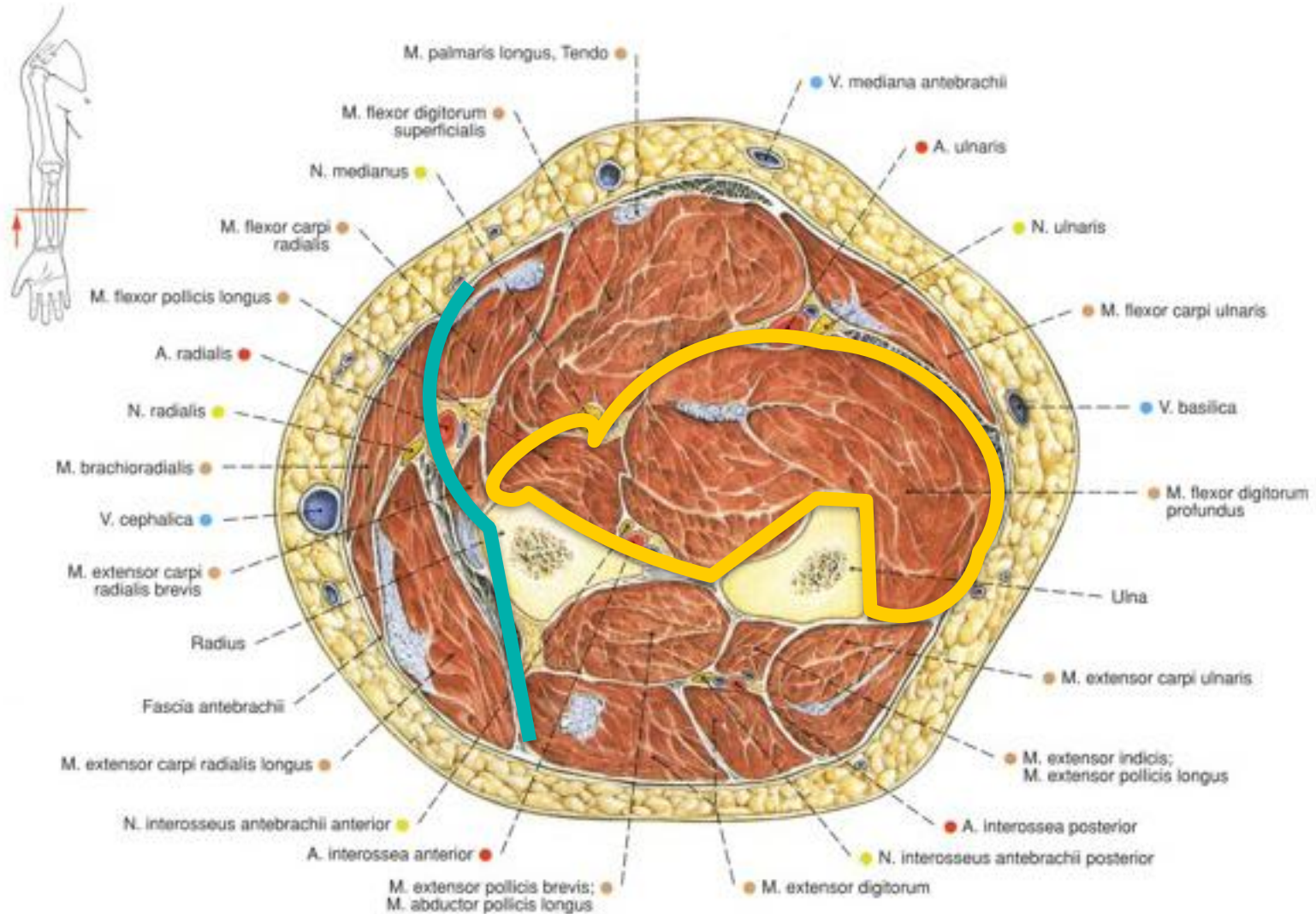
SYNDROME CHRONIQUE DE LOGES DE L'AVANT- BRAS

JF Luciani
Service de Médecine du Sport
Hôpital Edouard Herriot
Lyon

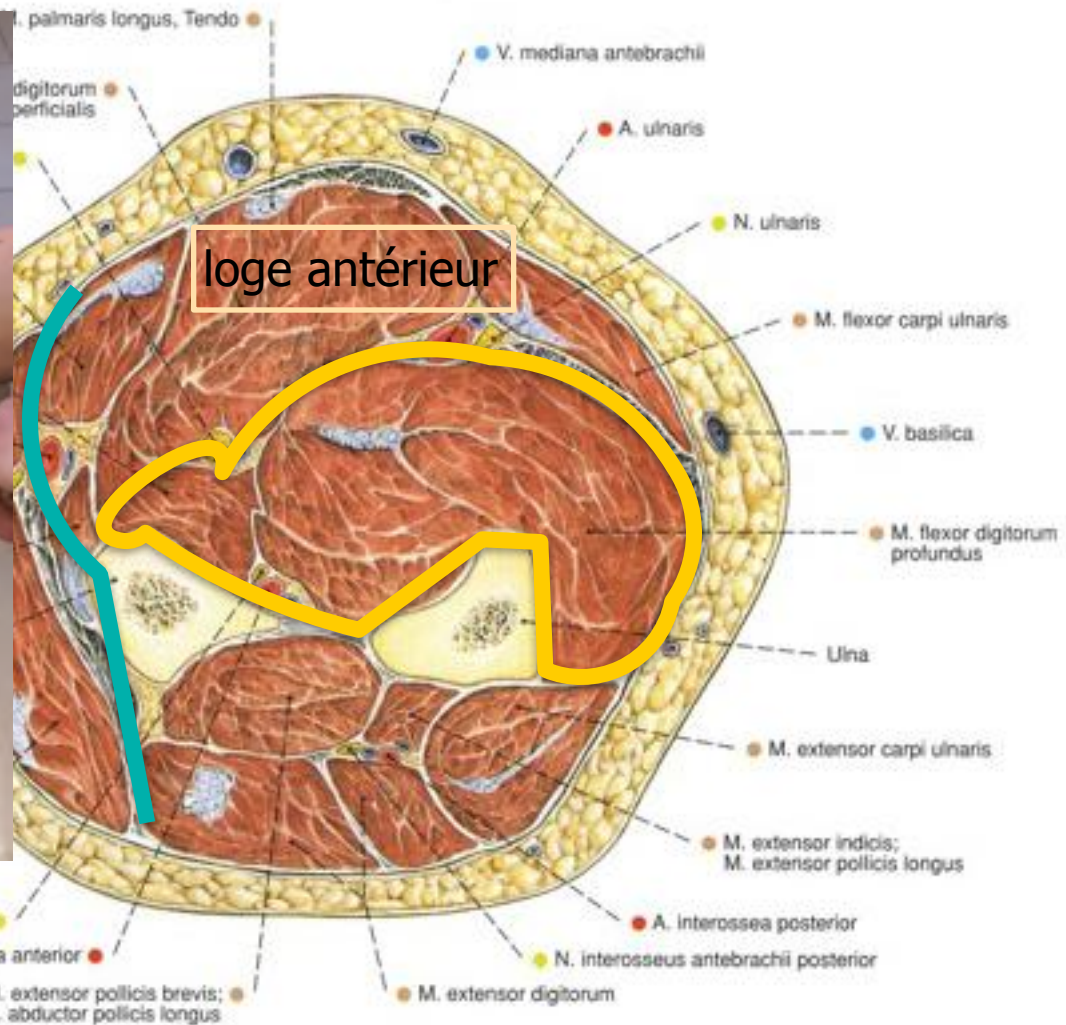
- A différencier du syndrome aigu post-traumatique (séquelles +++)
- Cédation spontanée à l'arrêt de l'effort
- Augmentation anormale de la pression intra-musculaire à l'effort
- Sportif, travailleur manuel

- Observations plus rares à l'avant-bras qu'à la jambe:
 - publications de cas isolés (1 à 6)
 - 1 série (Fontes, 41 cas c/25 patients – 2003)
- Connaissance plus récente
 - Kutz, 1985
- Homme +++
- Loges antérieures, exceptionnellement externe ou postérieure
- Bilatéralité habituelle \pm symétrique

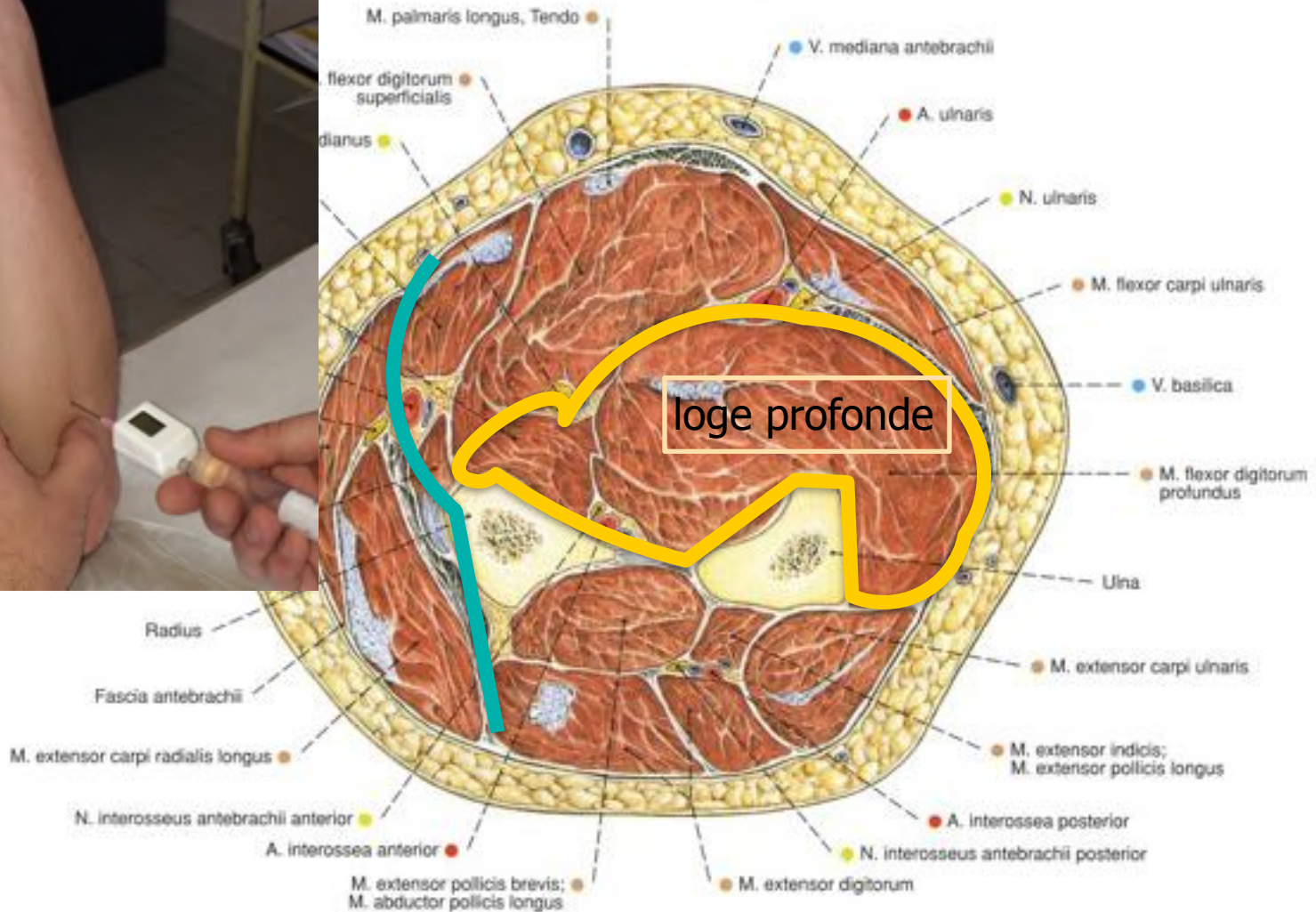
Rappel anatomique



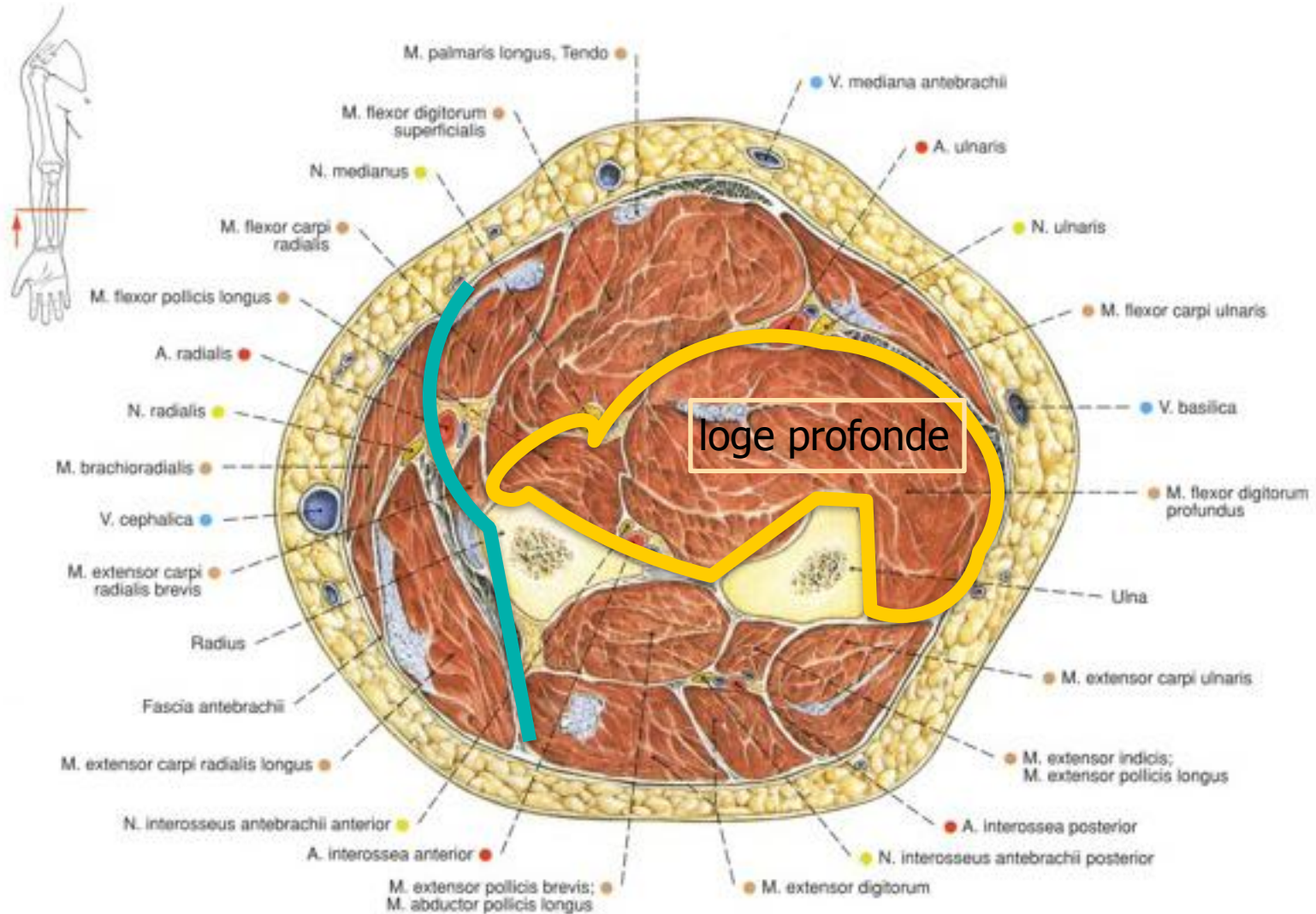
Rappel anatomique



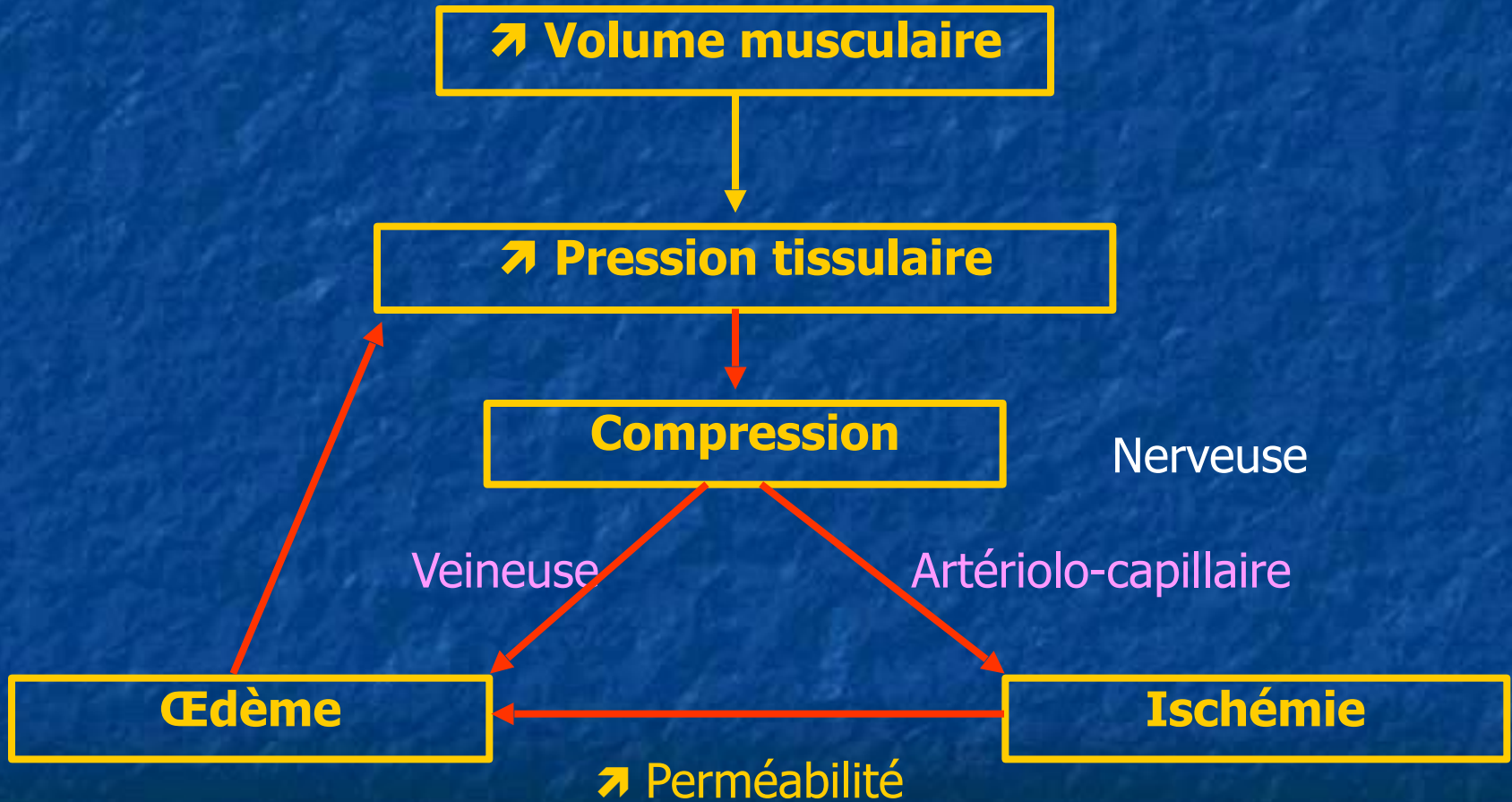
Rappel anatomique



Rappel anatomique



Physiopathologie



Sports concernés

- **Motocyclisme** : circuit, moto-cross, ...
- Planche à voile, kite-surf
- Canoë-kayak
- Jet-ski
- Aviron ...



Contractions prolongées, courtes périodes de relâchement musculaire

Symptômes

- Douleurs d'effort
- Sensation de tension, de gonflement, de durcissement, de brûlure
- Crampes
- Paresthésies digitales

Symptômes

- Difficulté de relâcher la flexion des doigts
- Déclenchement de + en + précoce dans l'effort
- Obligation d'arrêt de l'effort
- Disparition \pm rapide avec l'arrêt de l'effort



Diagnostic

- Prise de pression tissulaire au repos et après effort :
 - Examen long (un membre après l'autre), invasif : 8 ponctions musculaires (loges antérieures superficielle et profonde, 2 avant-bras, repos et effort)
- Pas de protocole standardisé
- Il faut reproduire les symptômes spontanés

- Musclet
- Testeur de préhension : nombre de mouvements, force développée



- Moniteur de pressions miniaturisé
- Normalement :
 - Au repos : 10 à 20 mm Hg
 - Après effort : maxi 30
 - Pressions observées dans les syndromes de loges 50 à 80





- Excellente valeur prédictive positive
- Des valeurs normales n'éliminent pas le diagnostic surtout si l'activité sportive a été arrêtée plusieurs semaines avant le test (involution musculaire)

Autres examens

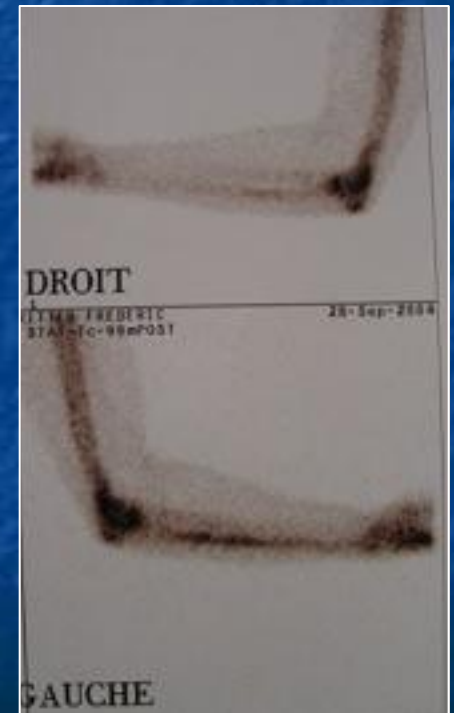
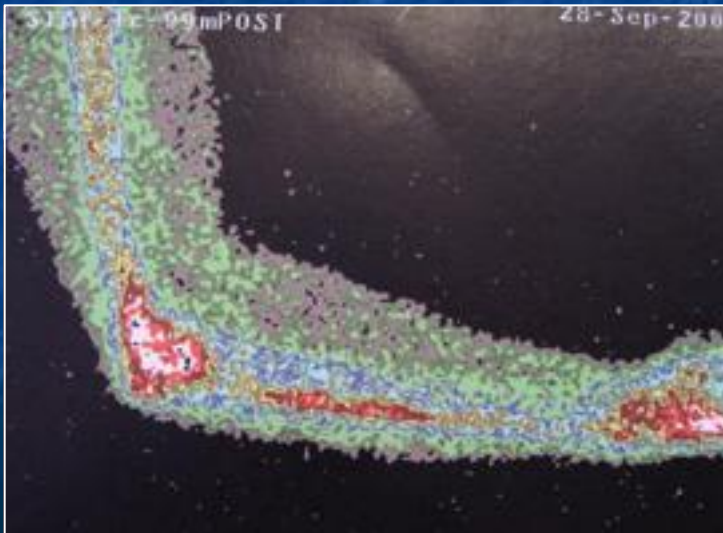
- Peu utilisés car difficiles à réaliser en pratique rapidement après effort
- Scintigraphie au thallium : retard d'arrivée du traceur, stase
- IRM : utile pour rechercher une anomalie musculaire (muscle surnuméraire, jonction MT basse d'un fléchisseur)
- EMG

Diagnostics différentiels

- Syndromes canaux du membre supérieur
 - Syndrome de la traversée thoraco-brachiale : doppler artériel et veineux avec épreuves dynamiques
 - Canal carpien, compression du nerf ulnaire : EMG, échographie ++

▪ Périostite ulnaire

- Surtout chez le gymnaste
- Douleurs postéro-médiales
- Pendant et après effort
- Retrouvées à la palpation de l'ulna
- Pas de durcissement de la loge
- Scintigraphie++



Traitement

- Aucun traitement médical
- Réduction de l'activité
- Changement d'activité
- Traitement chirurgical ++

- Aponévrectomie à ciel ouvert (Kouvalchouk, Pietu)
 - Ouverture loge superficielle et loge profonde
 - Pas de risque de récurrence
 - Cicatrices importantes

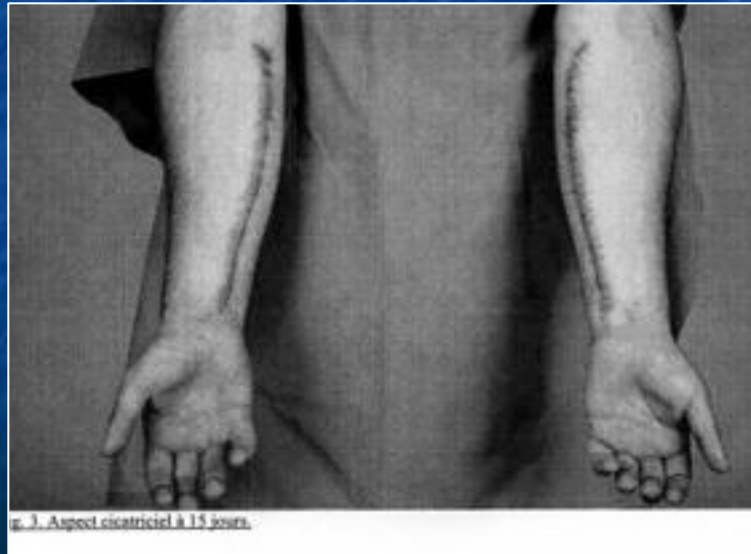


Fig. 3. Aspect cicatriciel à 15 jours.

Photo Pietu

- Aponévrotomie percutanée par mini-incisions :
 - Avantage esthétique
 - Risque de lésion vasculo-nerveuse
 - Risque de récurrence par cicatrisation de l'aponévrose et du fait de l'absence de geste sur la loge profonde

- Aponévrotomie sous contrôle endoscopique (Fontes)
 - Avantage esthétique ++
 - Pas de risque de lésion vasculo-nerveuse
 - Risque de récurrence par cicatrisation de l'aponévrose et du fait de l'absence de geste sur la loge profonde

Suites opératoires et résultats

- Pas d'immobilisation
- Reprise sportive entre 4 et 6 semaines après la chirurgie
- Résultats excellents ou bons dans 80 à 100% des cas à court terme
- Risque de récurrence à moyen terme, variable selon la technique utilisée