



INFORMATIONS THÉRAPEUTIQUES

SYNDROME DE LOGE

DE JAMBE À L'EFFORT



PÔLE LOCOMOTEUR

SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, RÉPARATRICE ET TRAUMATOLOGIQUE

PÔLE IMAGERIE ET EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

SERVICE DE MÉDECINE DU SPORT

LE SYNDROME DE LOGE À L'EFFORT

Le syndrome de loge à l'effort se manifeste au niveau d'un membre lors d'un effort. Il entraîne une douleur assimilable à la pression d'un étau, à un gonflement ou, parfois, à des paresthésies (sensation de fourmis).

Il est dû à une ischémie musculaire (manque d'oxygène) réversible déclenchée par l'effort. L'ischémie douloureuse correspond à une augmentation anormale de la pression dans le muscle.

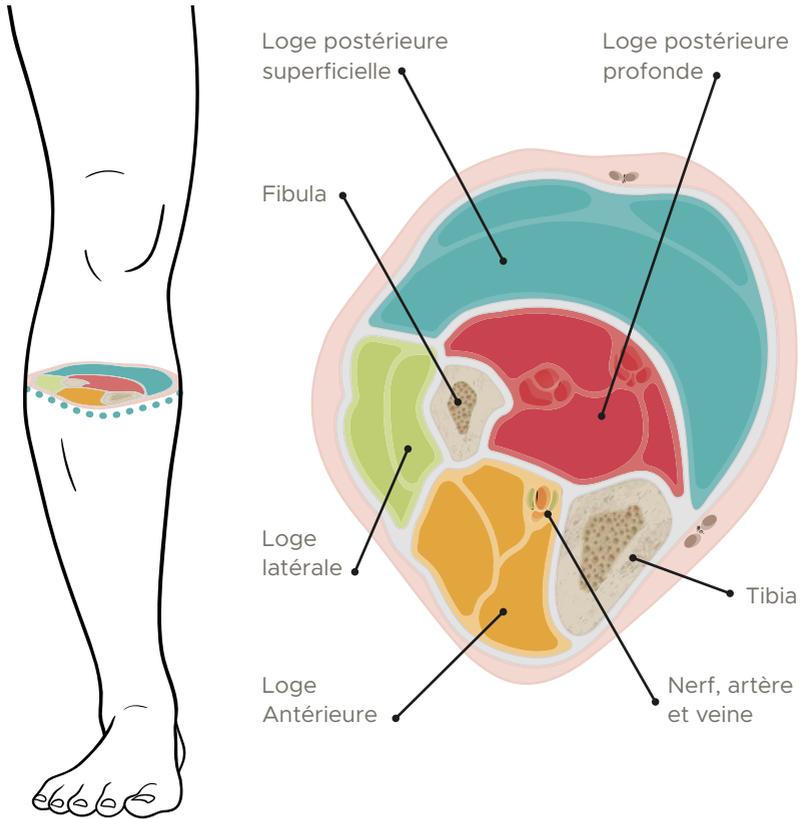
Durant les premiers mois, les symptômes sont modérés et non spécifiques mais s'accroissent avec le temps. L'intolérance progressive à un effort particulier se traduit par une douleur similaire à une crampe s'accompagnant d'une tension et d'une raideur du muscle.

La douleur et la sensation d'enraidissement entraînent une réduction progressive de la force. Ces manifestations cliniques s'atténuent à l'arrêt de l'effort mais la douleur peut perdurer deux ou trois jours. L'évolution des symptômes est longue et variable mais l'aggravation est inéluctable. En effet, les douleurs évoluent et surviennent lors d'efforts de plus en plus brefs et/ou minimes.

MANIFESTATION ET DIAGNOSTIC

Le syndrome de loge à l'effort se déclare le plus souvent chez **des patients jeunes fournissant un travail musculaire intense** comme les athlètes et les militaires. Il peut également se manifester chez des non-sportifs à l'occasion d'un effort inhabituel. Dans l'immense majorité des cas, c'est dans la jambe qu'apparaissent les symptômes : les loges antérieure et latérale sont concernées dans 77 % des cas ; les loges antérieure, latérale et postérieure dans 19 % des cas ; et les loges postérieures isolément dans 3 % des cas.

vue en coupe du muscle de la jambe



Le diagnostic est celui d'une douleur survenant à l'effort. À ce titre, la mesure de pressions au niveau du muscle est essentielle. Elle est réalisée en médecine du sport, selon les critères de pression intramusculaire suivants :

- pression au repos supérieure à 15 mmHg ;
- pression après l'exercice supérieure à 30 mmHg.

Une fois le diagnostic posé, il convient de réaliser différents examens avant d'envisager toute intervention chirurgicale :

- une radiographie de jambe ;
- une IRM des jambes ;
- une échographie doppler artérielle et veineuse ;
- ainsi qu'un dosage des CPK (créatine phosphokinase) afin d'écartier d'autres maladies.

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

L'intervention chirurgicale consiste en une fasciotomie, c'est-à-dire en l'ouverture de la loge atteinte pour diminuer la pression intra musculaire durant l'effort.

Le traitement chirurgical est indiqué quand la symptomatologie clinique évocatrice entraîne une réduction des performances sportives, voire un arrêt du sport. La seule alternative pour soulager la douleur, en cas de refus du geste chirurgical, est de restreindre l'intensité et la durée de l'activité, voire de changer de sport.

Lorsque le syndrome de loge atteint la loge antérieure et/ou latérale, un abord mini invasif est réalisé sur la moitié supérieure de la jambe et une section sous-cutanée de la loge est effectuée afin de laisser une cicatrice plus discrète et permettre une récupération plus rapide. En cas d'atteinte de la loge postérieure, la cicatrice sera latérale et plus étendue pour libérer la totalité de la loge. Une libération du nerf fibulaire est réalisée la plupart du temps afin de le protéger lors de la chirurgie.

LES SUITES IMMÉDIATES

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale par rachi anesthésie. À l'issue de l'intervention, une surveillance en salle de réveil est nécessaire afin de vérifier l'absence de complication précoce. Une fois ces observations réalisées, le patient regagne l'unité d'hospitalisation.

Les drains sont enlevés avant la sortie et débute alors une surveillance régulière de la cicatrice afin de prévenir l'apparition d'un hématome compressif.

Cette chirurgie peut être réalisée en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation courte de 24 heures environ.

LE RETOUR À DOMICILE

Les jours suivant la chirurgie, la marche peut être douloureuse et inconfortable. L'appui est autorisé, soulagé par des cannes béquilles jusqu'à ce que la cicatrice se soit refermée et que les fils aient été retirés.

Il est conseillé de porter les bas de contention veineuse pendant un mois post-opératoire pour améliorer le drainage de l'œdème et des antalgiques sont systématiquement prescrits les premiers jours.

Il convient enfin de veiller à apposer du froid sur la jambe opérée, à hauteur de 20 minutes 4 à 6 fois par jour. Cela permet non seulement de limiter la formation de l'hématome et de l'œdème mais également de soulager la douleur. Des packs de gel ou des sacs de petits pois congelés enveloppés dans un linge en coton peu épais pour protéger la peau peuvent par exemple être utilisés.

SOINS INFIRMIERS

Pour prévenir le risque de phlébite, un traitement anticoagulant est prescrit pour trois semaines. Une surveillance des plaquettes sera assurée jusqu'à l'arrêt du traitement. Les soins infirmiers seront réalisés à domicile par un(e) infirmier(re) diplômée d'État.

La cicatrice va continuer d'évoluer pendant une année. Hydratez-la avec de la crème et protégez-la du soleil.

HABILLAGE ET TOILETTE

Les douches sont autorisées à condition de bien protéger la cicatrice durant les 15 premiers jours.

Il convient de prévoir un tapis de bain antidérapant pour prévenir tout risque de glissade ainsi que des habits confortables, amples et faciles à enfiler. Pour les pantalons et shorts, mieux vaut commencer par enfiler la jambe opérée.

SPORT ET LOISIRS

À partir de 15 jours après l'intervention, si la cicatrice est fermée, il est conseillé de réaliser des étirements du mollet. La marche est autorisée sans limite, ainsi que le vélo.

La reprise des activités sportives à impact (course à pied) est envisageable à partir d'un mois et doit être progressive. Cette réathlétisation est accompagnée par un kinésithérapeute.

L'apparition de douleurs au mollet non soulagées par la prise d'antalgiques simples, de fièvre ou une cicatrice inflammatoire constituent des motifs de consultation en urgence.

LES RISQUES LIÉS À L'INTERVENTION

Durant la chirurgie, des lésions vasculaire ou nerveuses peuvent survenir mais cela reste peu fréquent.

À court terme, les risques principaux consistent en l'apparition d'hématomes ou en l'infection de la cicatrice. Il est parfois nécessaire de réaliser une nouvelle chirurgie pour évacuer l'hématome ou traiter l'infection.

La cicatrisation peut être difficile et nécessiter des soins infirmiers prolongés.

À moyen terme, les risques de "récidives" sont réels et des chirurgies d'ablation des loges peuvent être envisagées, moyennant des suites post-opératoires plus importantes.

D'autres maladies peuvent participer aux douleurs à l'effort tel que le piège poplité pouvant amener à réaliser des chirurgies complémentaires.

**EN CAS DE PROBLÈME OU DE DOUTE,
VOUS POUVEZ CONTACTER**

L'infirmier(e) RAC : 02 99 28 83 39

Le ou la kinésithérapeute d'orthopédie : 02 99 28 43 21 poste 87560

L'unité d'orthopédie : 02 99 28 97 91

L'unité de médecine du sport : 02 99 28 41 33

PÔLE LOCOMOTEUR

SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, RÉPARATRICE
ET TRAUMATOLOGIQUE

PÔLE IMAGERIE ET EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

SERVICE DE MÉDECINE DU SPORT

HÔPITAL PONTCHAILLOU

2 rue Henri Le Guilloux • 35033 Rennes cedex 9

•
Tél. 02 99 28 96 00