

 <p>ISSN NO. 2320-5407</p>	<p>Journal Homepage: - www.journalijar.com</p> <h2>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)</h2> <p>Article DOI: 10.21474/IJAR01/9939 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/9939</p>	 <p>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) ISSN 2320-5407 Journal Homepage: http://www.journalijar.com Journal DOI: 10.21474/IJAR01</p>
---	--	--

RESEARCH ARTICLE

MOREL-LAVALLEE: UNE ENTITE A NE PAS MECONNAITRE ? MOREL-LAVALLÉE: AN ENTITY NOT TO BE IGNORED?.

Hind Boukhalit, Amal Lahfidi, Meryem Edderai, Touria Amil and Jamal El Fenni.

Service de radiologie, Hôpital Militaire D'instruction Mohammed V Rabat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat-Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 18 August 2019
Final Accepted: 20 September 2019
Published: October 2019

Key words:

Épanchement post-traumatique;
échographie, Morel-Lavallée.

Abstract

Le syndrome de Morel-Lavallée (MLL) est entité rare, se produit quand il y a une collection d'hémolymphe due à la séparation du tissu sous-cutané du fascia sous-jacent après un traumatisme. Nous rapportons un cas où l'imagerie en particulier l'échographie a permis de poser le diagnostic et d'orienter la prise en charge adéquate pour éviter la nécrose cutanée.

Copy Right, IJAR, 2019,. All rights reserved.

Introduction:-

Le syndrome de Morel-Lavallée, entité rare, survient lors d'un décollement post-traumatique de l'hypoderme par rapport au fascia musculaire sous-jacent avec section des lymphatiques. La réaction inflammatoire entraîne la formation d'une capsule fibreuse avec un épanchement sérolymphatique. L'intervalle libre entre le traumatisme initial et la survenue des symptômes peut atteindre plusieurs années.

Observation:-

Patient de 75 ans, vétérinaire de fonction, a consulté au service des urgences pour une grosse jambe douloureuse suite à un traumatisme par coup de sabot remontant à 15 jours. L'examen clinique a trouvé une jambe augmentée de volume, siège d'écorchures, la palpation a objectivé une masse sous cutanée, fluctuante et compressible (Figure 1).

Une échographie des parties molles a été réalisé en urgence, elle a montré la présence d'une collection liquidienne extra-musculaire, située entre la graisse hypodermique et les fascias des muscles des loges antérieures et latérales, elle a une forme lenticulaire renfermant quelques cloisons fines, se comprimant au balayage de la sonde, non vascularisée au mode doppler (Figure 2).

Ces caractéristiques échographiques ont permis de conclure à un épanchement post-traumatique de Morel-Lavallée. Le patient a été traité par une aspiration percutanée de la collection, elle a ramené 300 ml de liquide séro-sanguin, elle a été complétée par un bandage compressif de la jambe.

Discussion:-

Le syndrome de Morel-Lavallée a été décrit en 1848 par le chirurgien français Morel-Lavallée, il s'agit d'un épanchement séro-lymphatique, qui résulte d'un décollement entre la graisse hypodermique et les fascias des muscles, [1].

Corresponding Author:-Hind Boukhalit.

Address:-Service de radiologie, Hôpital Militaire D'instruction Mohammed V Rabat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat-Maroc.

Ce décollement apparaît dans les heures ou les jours qui suivent un traumatisme, l'arrachement brutal du tissu cellulo-graisseux entraîne la formation d'une cavité virtuelle, l'interruption des capillaires et surtout des vaisseaux lymphatiques rend la lymphostase impossible conduisant à la formation de la collection, et qui peut contenir des lobules graisseux disséqués [2].

A long terme la réaction inflammatoire locale conduit à la formation d'une capsule fibreuse autour de la collection [3].

Ce syndrome survient généralement suite à un traumatisme fermé violent et tangentiel des tissus mous, des cas de syndrome de Morel-Lavallée ont été décrits dans des contextes postopératoires [4].

Les localisations les plus décrites dans la littérature sont les hanches, les cuisses, l'abdomen et les scapulas.

Il se traduit cliniquement par une masse indolore augmentant progressivement de taille.

L'échographie est un excellent moyen d'en faire le diagnostic, elle montre une collection liquidienne extra musculaire, située entre la graisse sous cutanée et les fascias musculaires, cette collection le plus souvent fusiforme compressible, le contenu peut être hétérogène, renfermant des cloisons partielles ou complètes, des débris mobiles ou un niveau, en fonction de l'ancienneté de la lésion [5]. Le décollement entre la graisse sous cutanée et les fascias aponévrotiques est plus évident à la partie basse de la lésion en position debout [6].

A la phase chronique la mise en évidence d'une coque périphérique non vascularisée oriente le diagnostic [4].

La prise en charge thérapeutique n'est pas codifiée, elle est en fonction de la taille de la lésion, le siège et la durée de l'évolution, un traitement conservateur est recommandé pour les petites lésions, la présence de cloisons, de signes de surinfection ou d'une capsule fibreuse nécessite une ponction-drainage percutanée ou un geste chirurgical, le bandage compressif permettant la prévention de la récurrence [7].

Conclusion: -

Le diagnostic de Morel-Lavallée est d'une grande importance que la gestion dépend de la nature et taille de la collection. L'imagerie joue un rôle majeur dans le diagnostic et traitement de la lésion. Une gestion prudente évitera nécrose cutanée et autres complications associées.

Conflits d'intérêts :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.



Figure 1:-Masse fluctuante de la face antérolatérale de la jambe gauche.

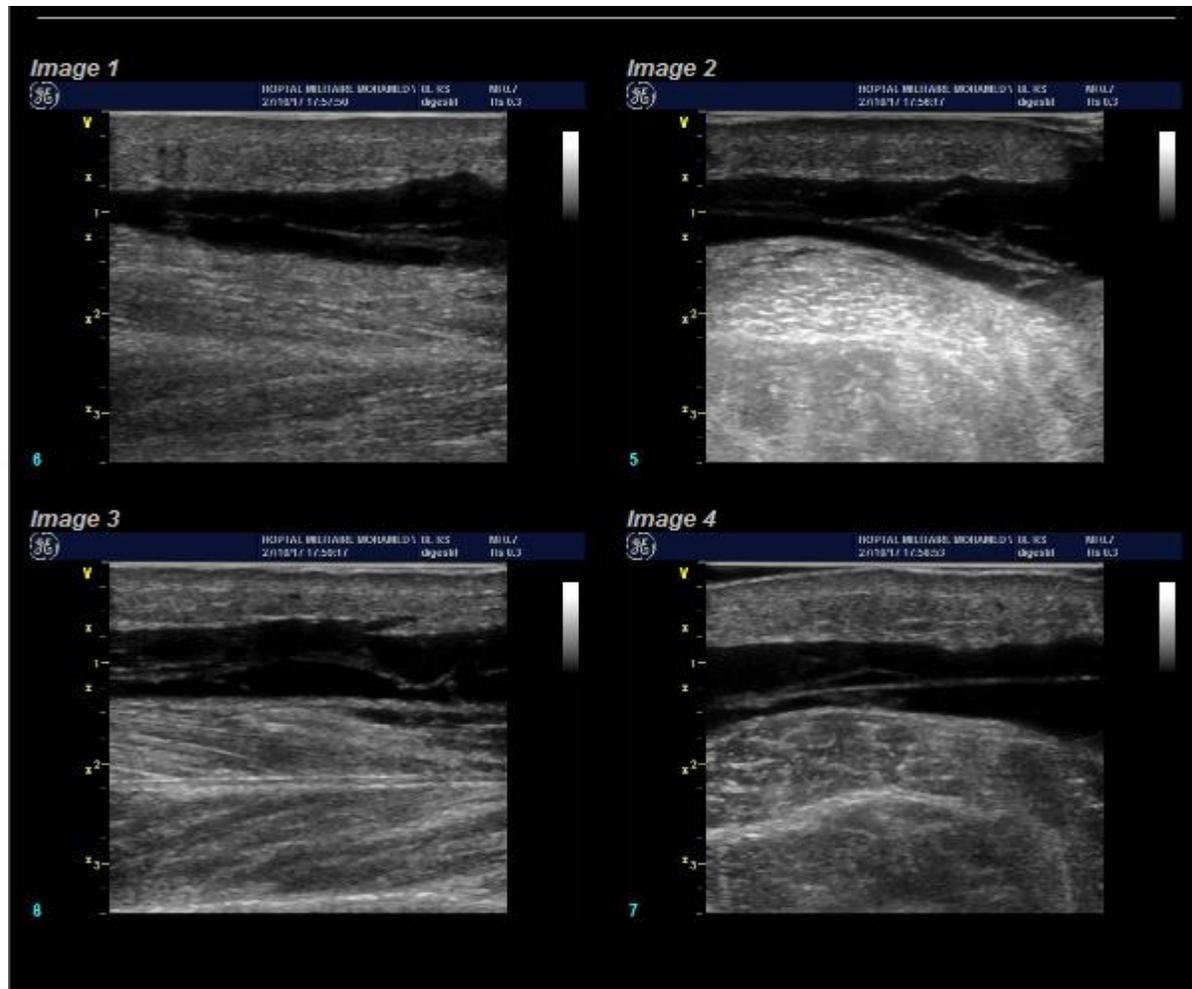


Figure 2: Échographie de la jambe en coupes axiales et longitudinales : Épanchement cloisonné extra-aponévrotique.

Références: -

1. KristopherMcLean, MD, MSc, SnezanaPopovic, MD, PhD. Morel-LavalléeLesion ; RadioGraphics2017 ;37 :190–196.
2. LapègueF,SansN, BrunC, Bakouche S, BrucherN,CambonZ, et al. Lésions traumatiques et conflits de la graisse antérieure du genou.JRDI2016 ; 97(3) :319-338.
3. Puig J, Pelaez I, Banos J, Balliu E, Casas M, Maroto A, et al.Long-standing Morel-Lavallee lesion in the proximal thigh:ultrasound and MR findings with surgical and histopathologicalcorrelation. AustralasRadiol 2006 ;50(6):594—7.
4. Archier E, Grillo J.-C, Fourcade S, Gaudy C, Grob J.-J, Richard M.-A. Syndrome de Morel-Lavallée du membre inférieur . Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2012 ; 139, 216—220.
5. Parra JA, Fernandez MA, Encinas B, Rico M. Morel-Lavallee effusions in the thigh. SkeletalRadiol 1997;26(4):239—41.
6. Mellado JM, Pérez del Palomar L, Díaz L, Ramos A, Saurí A. Long-standing.Morel-Lavallée lesions of the trochanteric region and proximal thigh: MRI features in five patients. AJR Am J Roentgenol 2004;182(5):1289–1294.
7. Sharma BB, Sharma S, Ramchandran P, Magu NK, Aziz MR, Singh S. Morel-Lavalle lesion - radiological spectrum. PlastAesthet Res 2016 ; 3 :335-8.