

Syndrome de Morel- Lavallée

DR AURÉLIEN CLAES

SFMSS





Lésion post traumatique des tissus mous séparant la peau et le tissu sous-cutané du fascia sous-jacent

Peu fréquent

= Kyste / pseudokyste post traumatique
= Effusion de Morel-Lavallée
= Hématome de Morel-Lavallée
= ...

 /  = 2 / 1 → polytraumatismes

- Deux roues (Cyclisme, VTT, motocross)
- Football US, rugby, catch
- Sport de glisse (ski, skateboard, snowboard)
- Football (gardien de but)
- Basketball, ultimate frisbee

Large aponévroses sous graisse superficielle

- Grand trochanter +++
- Cuisse
- Pelvis
- Genou

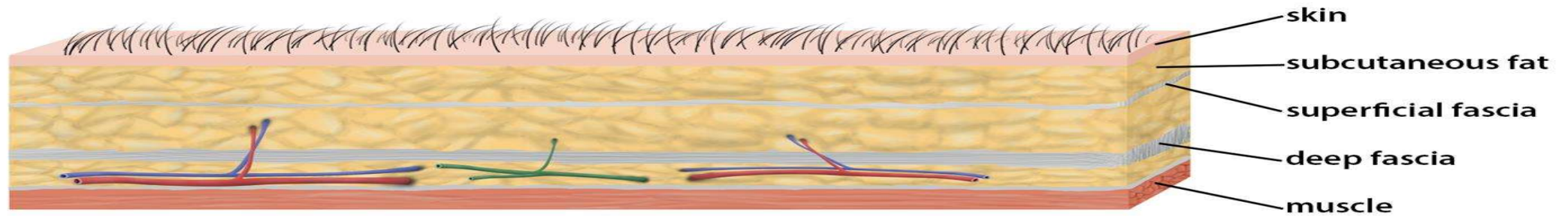


- Conséquences esthétiques
- Surinfection !!!
- Récidive fréquente

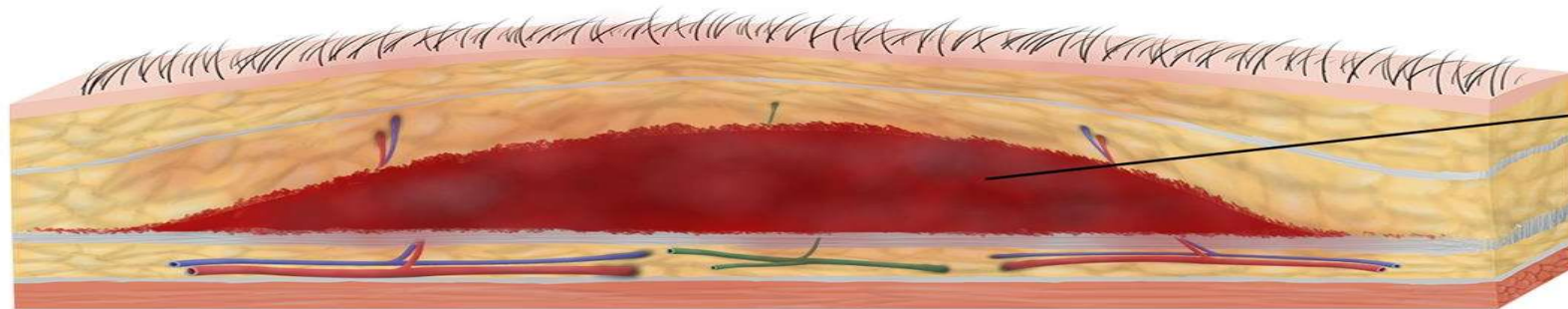
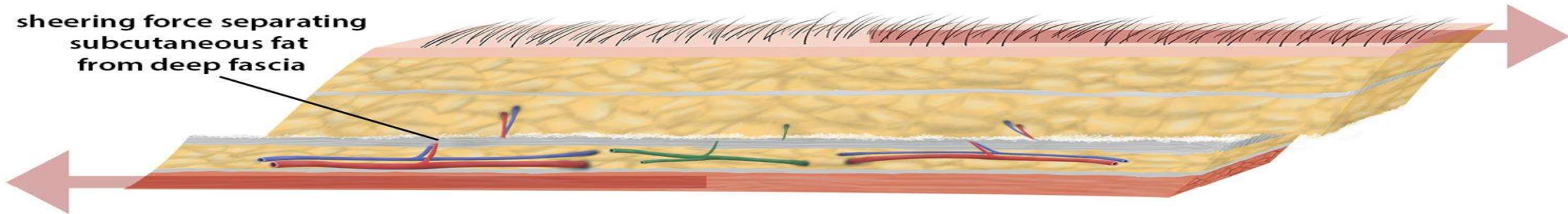
Physiopathologie

- Traumatisme direct tangentiel et violent → cisaillement
- rupture des vaisseaux perforants sanguins et lymphatiques : cavité avec sang, lymphe et résidus
- Majoration de la cavité due principalement à l'effet osmotique
⦿ inflammation locale
- Aigu → chronique : fluide sérosanglant et hypocoagulable
- Formation d'une capsule fibreuse empêchant la résorption spontanée

Morel-Lavallée mechanism



sheering force separating
subcutaneous fat
from deep fascia



simple or complex fluid
collection in potential space
(blood, serous, lymphatic,
liquified fat, and/or pus)

M. Skalski

Clinique

1) Déformation douloureuse localisée avec hématome visible

2) Hématome → tuméfaction gélatineuse, rénitente (3 jours à 2 semaines... plusieurs années)

▲▲ :

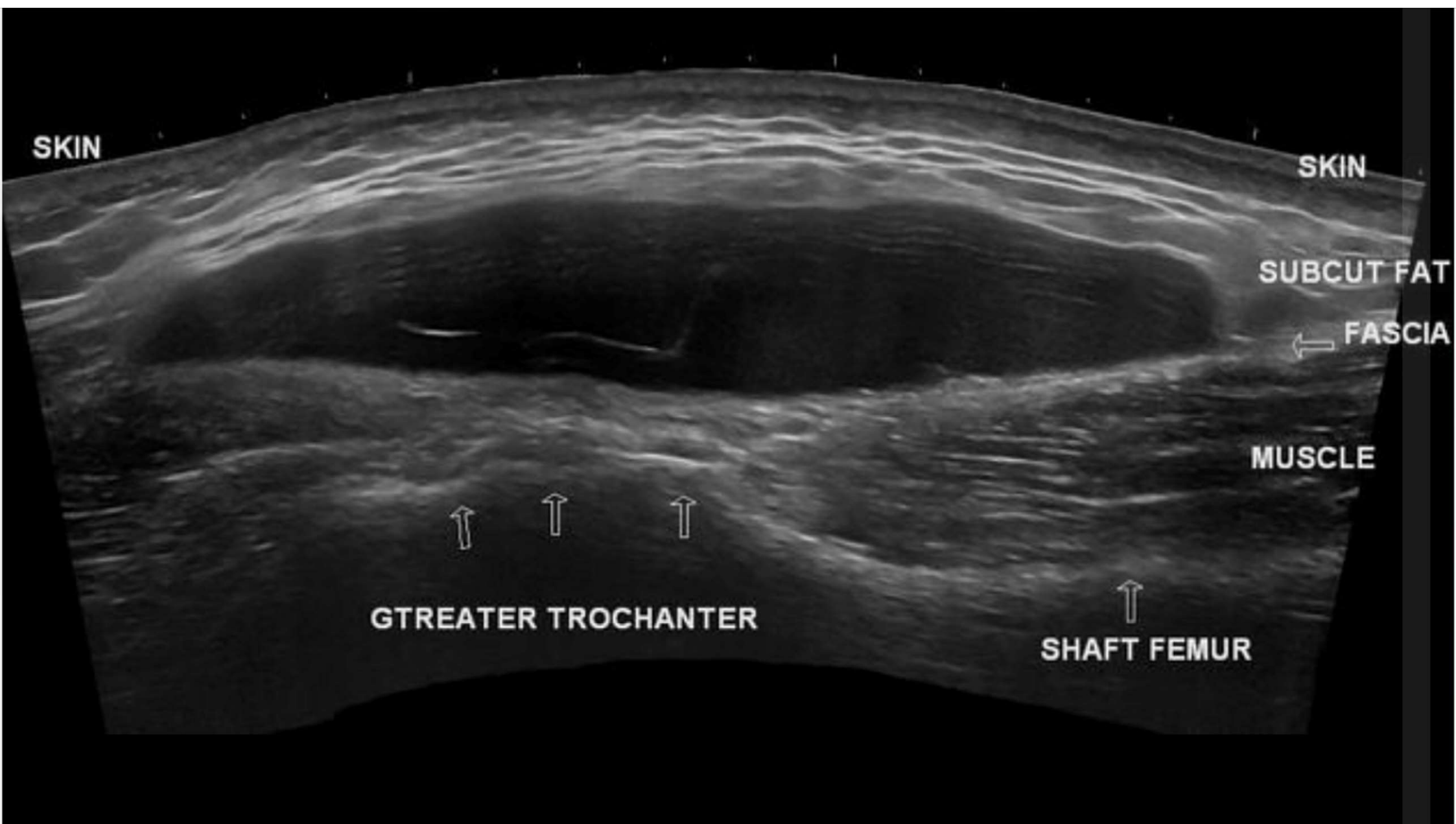
- Hématome simple
- Lipome
- Sarcome
- Nécrose graisse sous cutanée
- !!! Retard diagnostic !!!



Imagerie

→ diagnostic

- **RX** : Exclure fracture sous jacente
- **US** : collection hétérogène, comprimable, avasculaire, hypo ou anéchogène
Localisation entre muscles et graisses sous cutanée
☞ : formation d'une capsule = chronicisation ; septas
R/: ponction thérapeutique
- **CT** : Exclure fracture (occulte) sous jacente
- **IRM** : Sensibilité +++ et spécificité +++
⚠️ délais ⚠️
Ä : hypo T1 et hyper T2 → hyper T1 (accumulation de méthémoglobine)
Chronicité : anneau périphérique cicatricielle hypo T1



Traitement

Thérapeutiques
nombreuses

PAS de
consensus

Récidive : 41%
(ponction-
aspiration) ;
16% (chirurgie)

Traitement

R/ conservateur :

Repos

Compression (hanche, genou) par taping, cuissard, genouillère stretch

Ponction-aspiration

(si < 50 ml)

(infiltration CS)

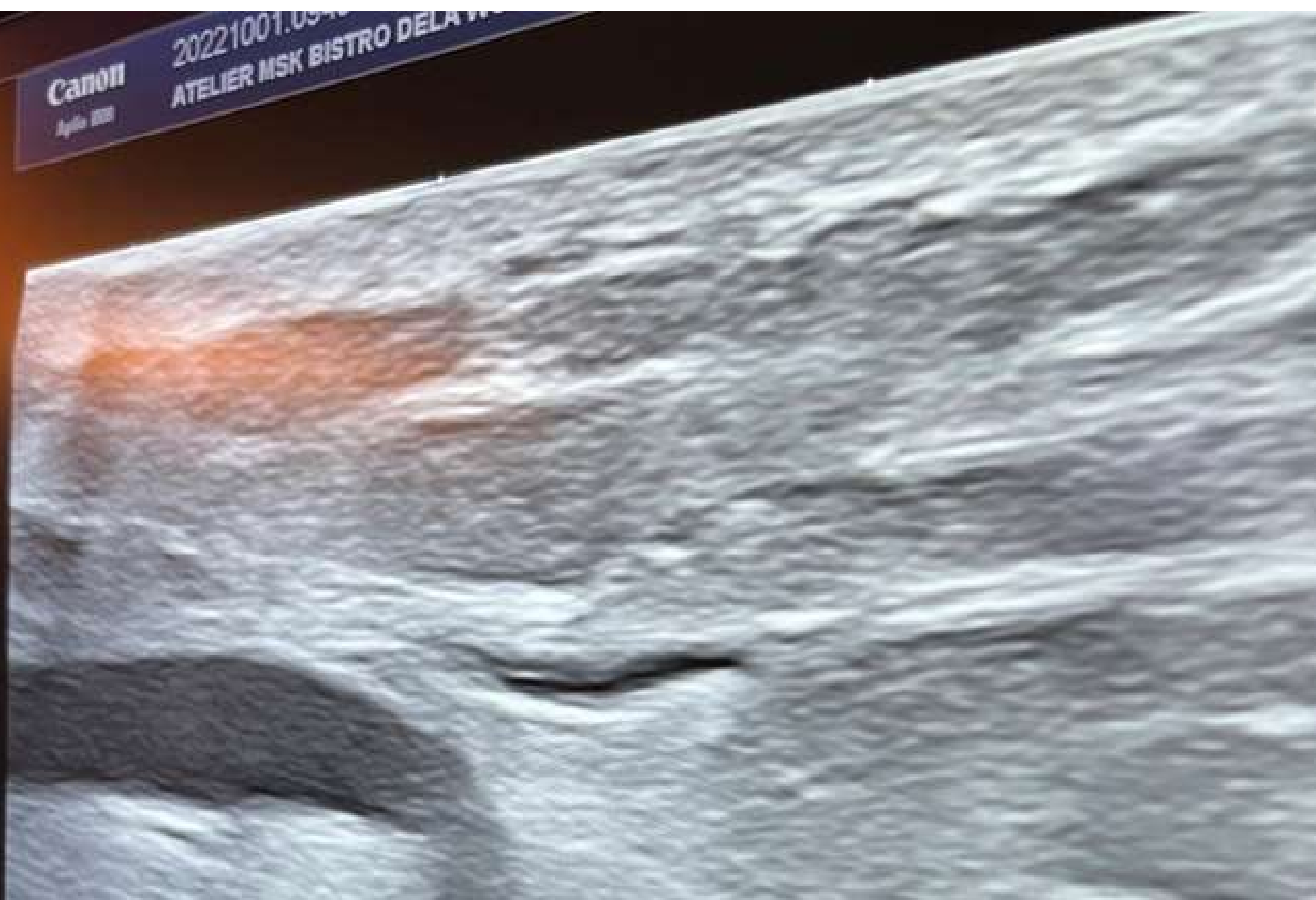
Aplio i800

Canon

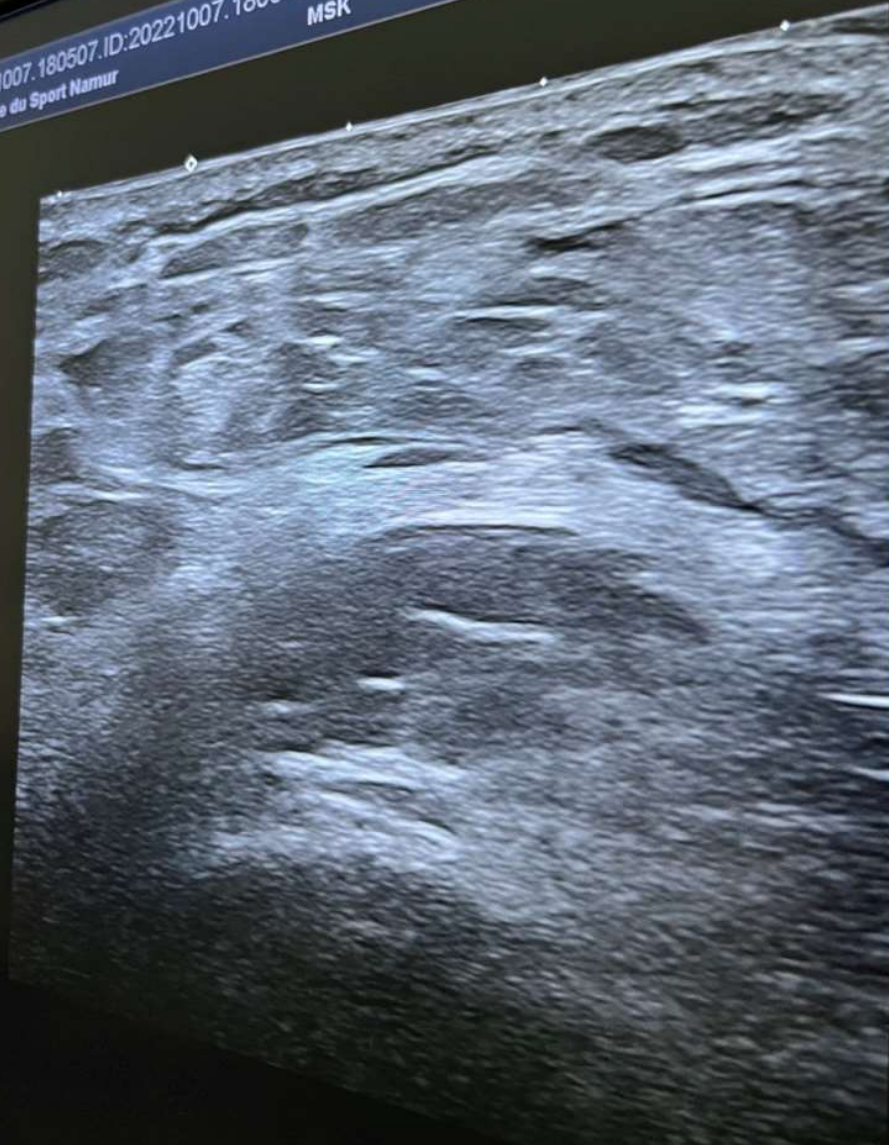
Aplio i800

20221001.0540

ATELIER MSK BISTRO DELA V



20221007.180507.ID:20221007.180507.Name
Clinique du Sport Namur
MSK



Traitement

Chirurgie : débridement +/- drainage
(excision de la capsule fibreuse) avec ou sans
redon

Si **infection** profonde
Ou **nécrose cutanée**
Ou **fracture ouverte** associée
Ou **échec traitement**
conservateur après 3 mois de
compression

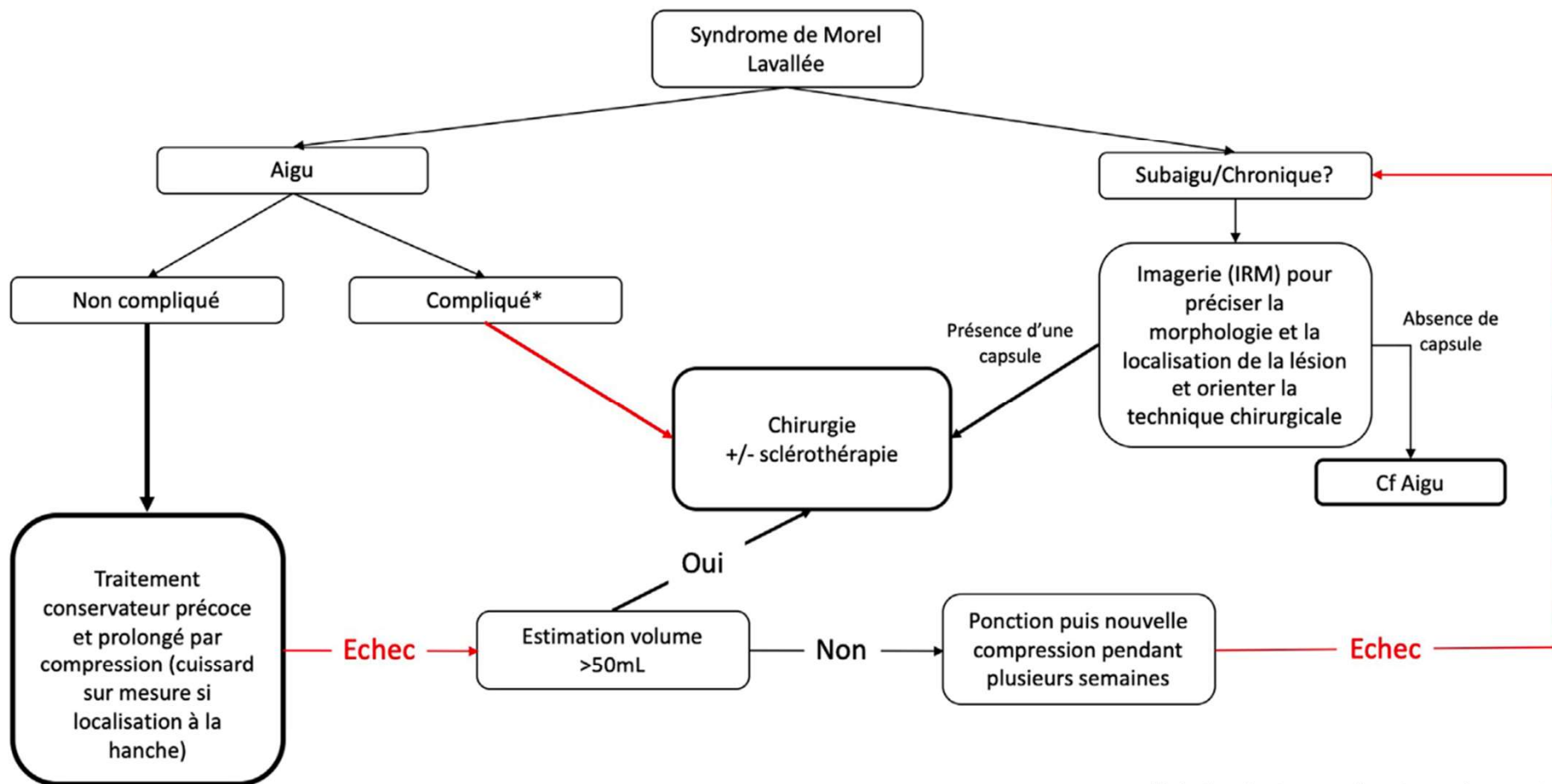
Traitement

- **Sclérothérapie** // effusions péricardiques ou pleurales

- Avec ou sans drainage
- Avec ou sans chirurgie

→ **Doxycycline** → lyse de la capsule et fibrose cavité

Place à préciser



*Infection, fracture sous jacente ou nécrose cutanée



www.universdugardien.com

Evolution



Récidive surtout si
traitement non précocement
initié (< 3 jours)
FR : Présence d'une capsule fibreuse
Hanche > cuisse / genou
(compression)
(Taille de l'épanchement)



Infection

Conclusion

01

Pathologie rare

02

Diagnostic rapide
→ Anamnèse,
clinique et
imagerie

03

Pas de consensus
pour la prise en
charge



SOCIÉTÉ FRANCOPHONE
DE MÉDECINE ET
DES SCIENCES DU SPORT

