

# PATHOLOGIES VASCULAIRES DU SPORTIF



Dr Camille CHIABRANDO

Pr SARLON-BARTOLI

Hôpital de La Timone, AP-HM

Mardi 19 avril 2022

COLITE ISCHEMIQUE

SYNDROME ARTERE POPLITEE PIEGEE

ENDOFIBROSE ILIAQUE

SYNDROME DEFILE THORACO-BRACHIAL

SYNDROME DE LOGE



# SYNDROME DEFILE THORACO BRACHIAL



# SYNDROME DEFILE THORACO BRACHIAL

**Définition** : Conflit ostéo-musculo-ligamentaire avec le pédicule neuro-artério-veineux lors de la traversé cervico-thoraco-brachiale

**Incidence** inconnue

**Diagnostic** difficile

Expression **clinique** selon les éléments comprimés :

-90% : neurologique

-**5 à 8% : veineux : Œdème bras, TVP**

-**1 à 2% artériel : Main douloureuse et froide, Sd Raynaud, ischémie aigue**

**Etiologies** : - Osseuses : cotes cervicales, méga-apophyses transverses, malformation 1<sup>ère</sup> côte, anomalie de la clavicule, agénésie de la 1<sup>ère</sup> côté...

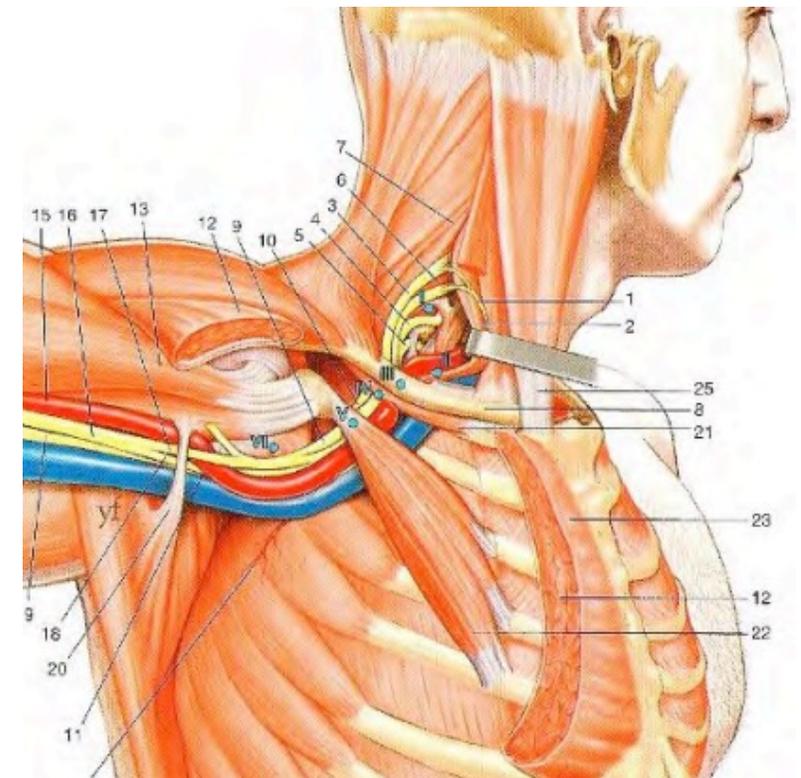
- Musculo-ligamentaires : anomalies sub-clavier ou scalène, bandes fibreuses

- Autres : Morphotype, body-builder, garçon de café...

# SYNDROME DEFILE THORACO BRACHIAL

**PARACLINIQUE :**

**ECHO-DOPPLER VEINEUX + ARTERIEL  
MEMBRES SUPERIEURS AVEC MANŒUVRES DYNAMIQUES**



# SYNDROME DEFILE THORACO BRACHIAL

## **PARACLINIQUE :**

- Angioscanner ou angio-IRM : diagnostic positif
- Radiographie thorax + rachis cervical : anomalie osseuse ?
- Electromyogramme : diagnostic différentiel

## **DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :**

Hernie discale cervicale. Névralgies. Canal carpien. Compression du nerf ulnaire au coude. Arthrose cervicale. Lésions de la coiffe des rotateurs. Sclérose en plaques. Syndrome de Pancoast-Tobias. Syndrome de Parsonage-Turner

# SYNDROME DEFILE THORACO BRACHIAL

## TRAITEMENT :

- Chirurgical :
  - Libération du paquet vasculo-nerveux
  - Neurolyse plexus brachial
  - Gestes sur l'artère
  - Gestes sur la veine
  - Exérèse des éléments compressifs (côte, ligament, muscle)
- Rééducation si pas de PEC chirurgicale, **pas de kiné post chirurgicale !** (favoriserait la fibrose)



# COLIQUE ISCHEMIQUE DU MARATHONIEN



# COLIQUE ISCHEMIQUE DU MARATHONIEN

Femmes, jeunes coureurs

Douleurs abdominales, diarrhées

Origine fonctionnelle ++++ exacerbation colopathie fonctionnelle ou stress

Origine organique : ischémie à minima, réaction anaphylactique induite par l'effort

Chute du débit mésentérique

Prévention : régime sans résidus, diosmectite

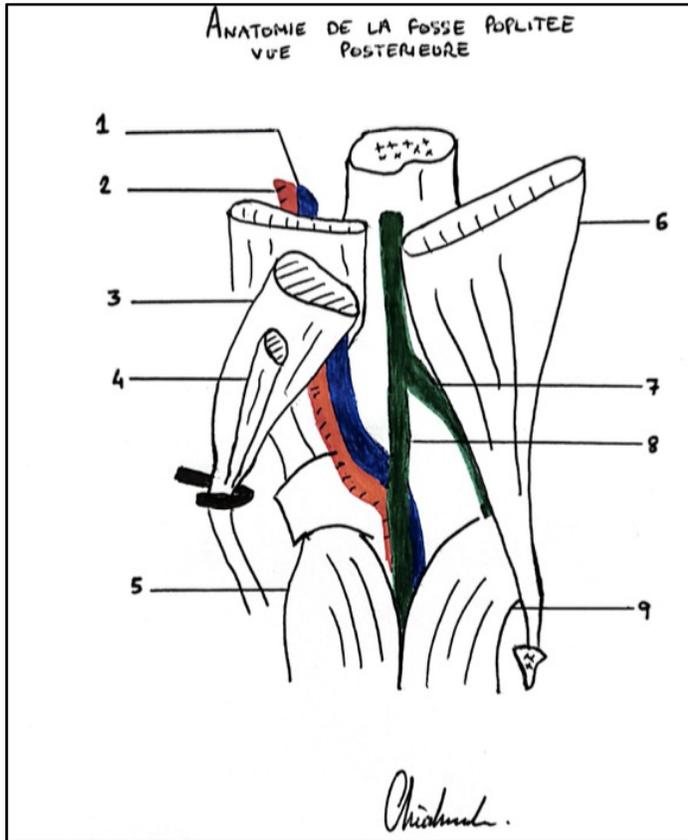


SYNDROME ARTERE

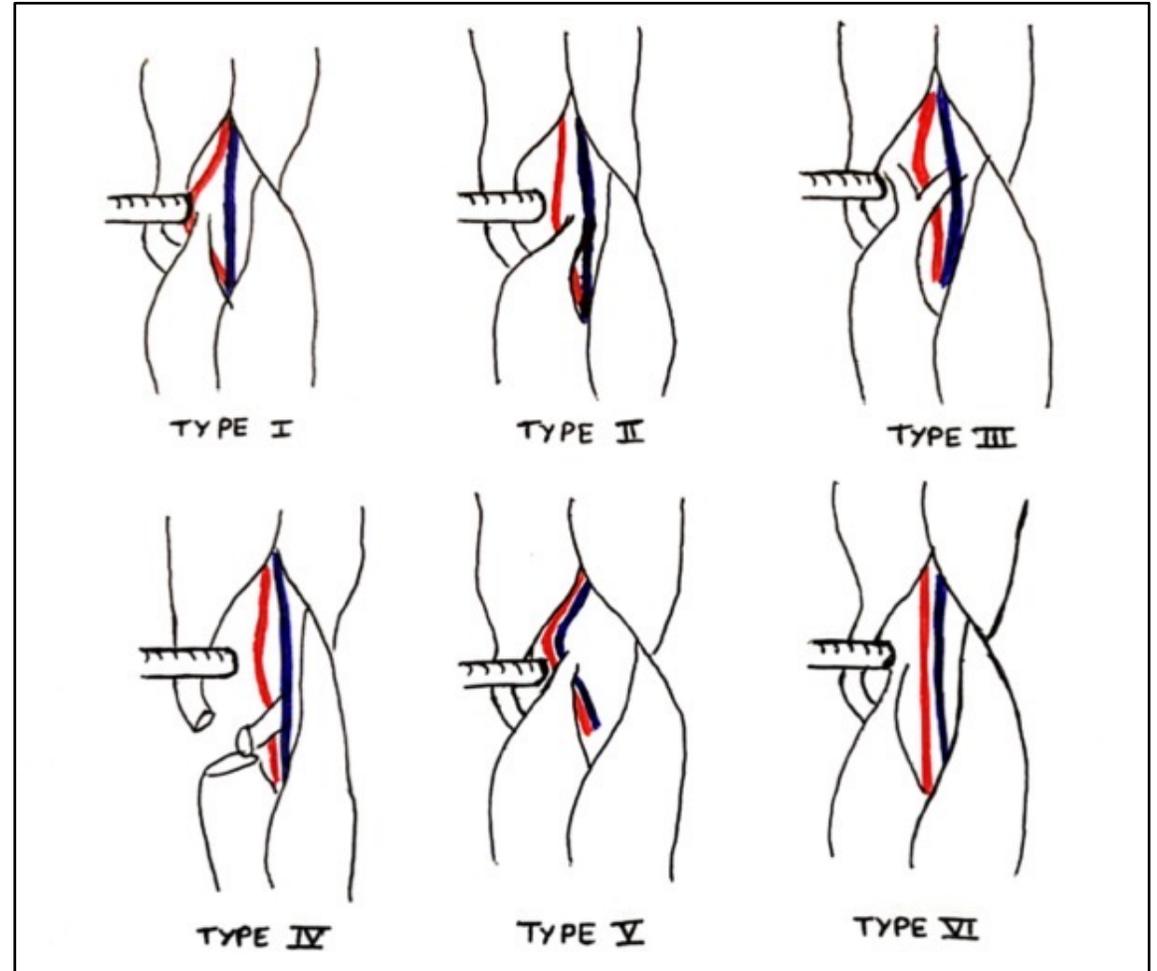
POPLITEE PIEGEE



# SYNDROME ARTERE POPLITEE PIEGEE



1. VEINE POPLITEE
2. ARTERE POPLITEE
3. MUSCLE SEMI-MEMBRANEUX
4. MUSCLE SEMI-TENDINEUX
5. CHEF MEDIAL DU MUSCLE GASTROCNEMIEN
6. MUSCLE BICEPS FEMORAL
7. NERF FIBULAIRE COMMUN
8. NERF TIBIAL
9. CHEF LATERAL DU MUSCLE GASTROCNEMIEN



Classification de RICH and HUGHES

# SYNDROME ARTERE POPLITEE PIEGEE

Anatomique / Fonctionnel

Bilatéral

Masculin

Diagnostic clinique :

Claudication d'effort (marche, course...)

Paraclinique :

Echo-doppler artériel des MI avec manœuvres dynamiques

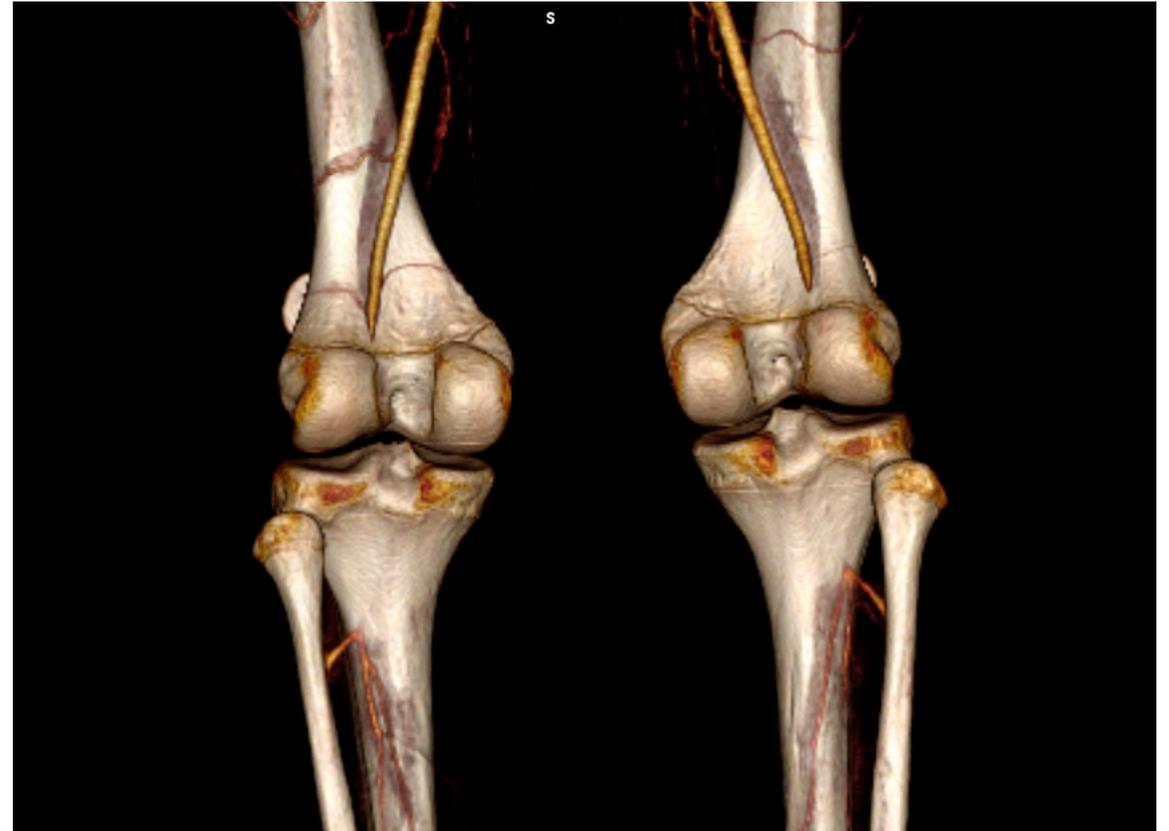
Angioscanner artériel des MI avec manœuvres dynamiques

IRM

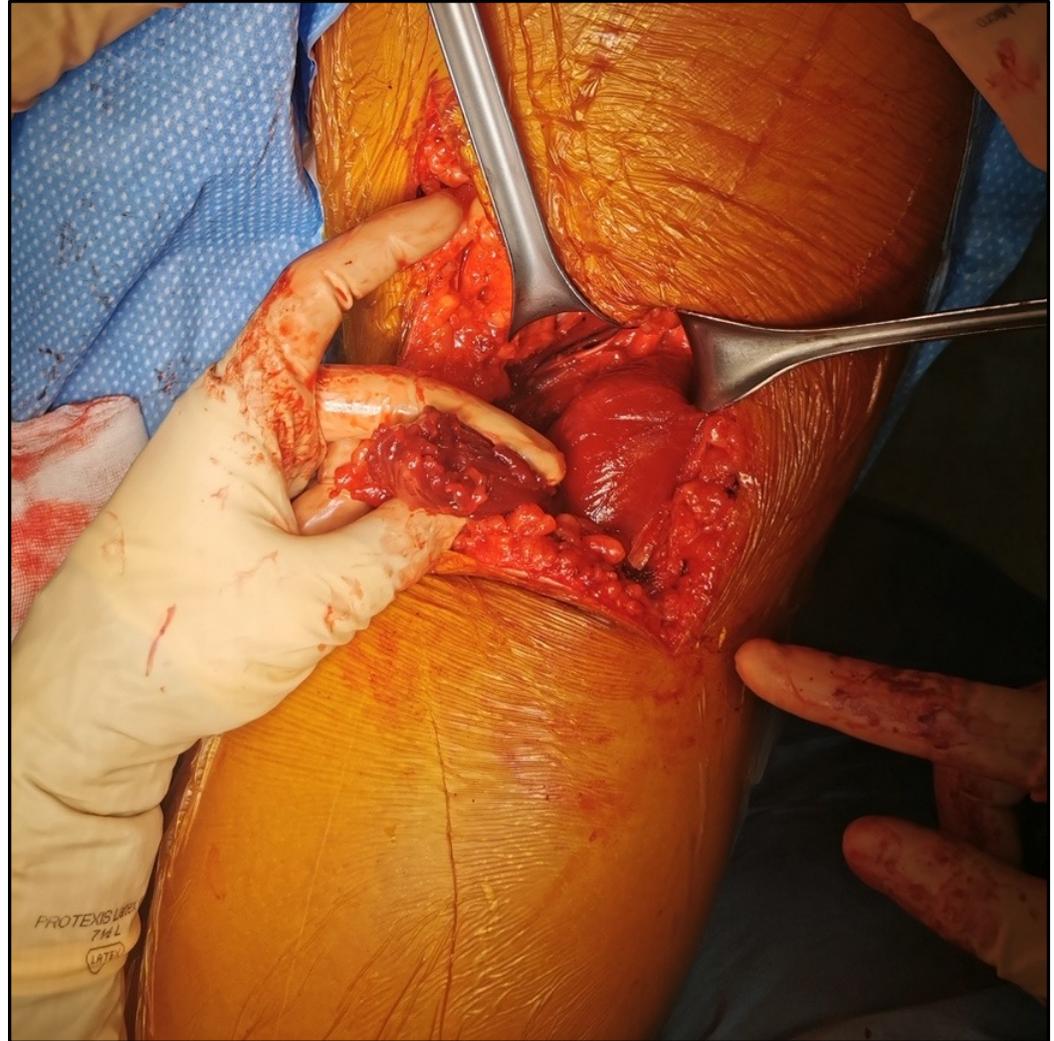
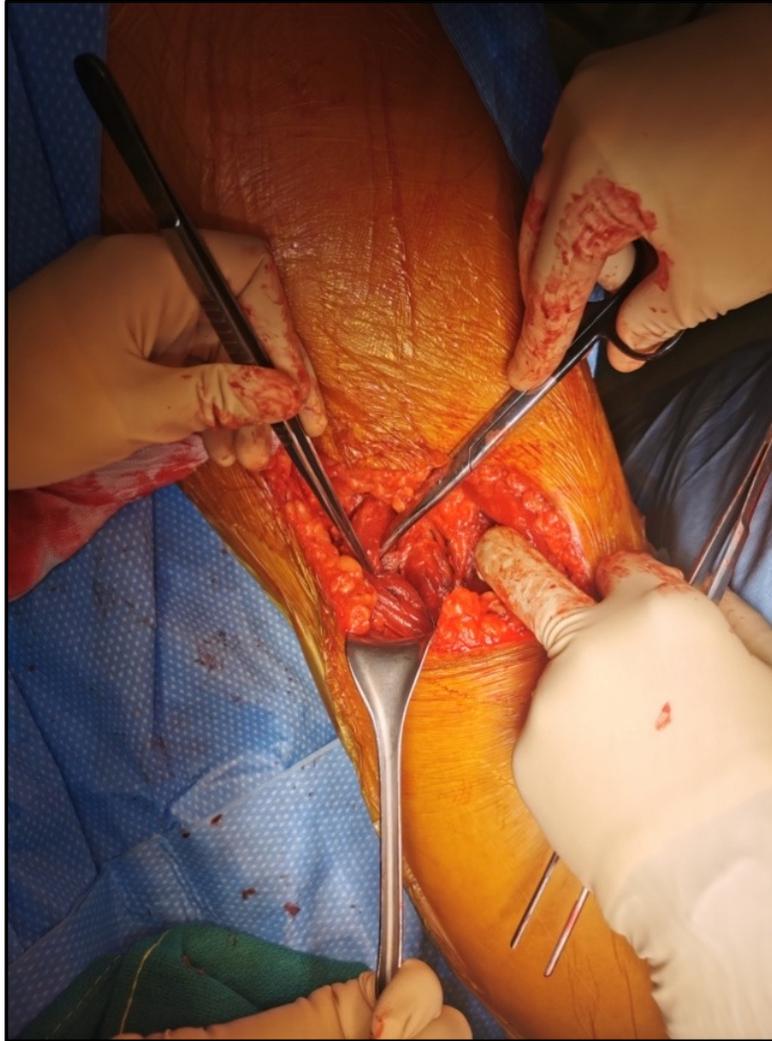
Traitement : CHIRURGIE

Arteriolyse de l'artère poplitée

# SYNDROME ARTERE POPLITEE PIEGEE



# SYNDROME ARTERE POPLITEE PIEGEE





# SYNDROME DES LOGES CHRONIQUE



# SYNDROME DES LOGES CHRONIQUE

= **Élévation critique de la pression tissulaire dans un espace anatomique délimité par une enveloppe aponévrotique rigide**

Jambe (95%), pied, avant-bras

Clinique :

**DOULEUR** en regard de la loge concernée, pas ou peu d'irradiation d'apparition progressive  
peu perdurer jusqu'à 24 heures après arrêt de l'effort

**INDURATION MUSCULAIRE**

Paraclinique :

- **IRM** pour éliminer diagnostics différentiels. Œdème musculaire = hypersignal T2
- **Prise de la pression intramusculaire de loge (PIM)** repos /pendant / après l'effort

*Seuils diagnostiques:*

*P. loge au repos > 15mmHg*

*P. loge 1 minute après effort > 30mmHg*

*P. loge 5 minutes après effort > 20mmHg*

# SYNDROME DES LOGES CHRONIQUE

Autre paraclinique :

US à haute résolution *Détermination indirecte de la pression veineuse*

Scintigraphie après effort *Evaluation de la perfusion tissulaire*

## TRAITEMENT CONSERVATEUR :

Réduction / éviction de l'activité physique

Physiothérapie – étirements, massages

Correction des troubles statiques

AINS

Hydratation

Injection IM de toxine botulinique

## TRAITEMENT CHIRURGICAL *Gold standard* =

**Dermofasciotomie sélective à ciel ouvert**

> 80% de récupération complète du niveau d'activité \*



# ENDOFIBROSE ILIAQUE



# ENDOFIBROSE ILIAQUE

Maladie occlusive artérielle non athéromateuse, **ARTERE ILIAQUE EXTERNE** (90%)

Fibrose intimale → Epaissement pariétal artériel

Cycliste ++++

Etiologie : Facteurs mécaniques, anatomiques, hémodynamiques.

**CLINIQUE** : **Douleur** de cuisse d'effort, cédant à l'arrêt (disparition en moins de 5 minutes après arrêt)  
« cuissard trop serré »

Pouls présents, possible souffle iliaque ou fémoral en flexion de hanche ou après effort

4% : **Thrombose**

2% : **Dissection**

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS : pathologie musculaire, neurologique (radiculalgie, CLE), articulaire

# ENDOFIBROSE ILIAQUE

## PARACLINIQUE :

- Epreuve d'effort** positive 18% des cas  
Baisse IPS 5 premières minutes Se et Sp proche de 100%
- Echo-doppler artériel post effort immédiat.
- Artériographie
- Angioscanner, angiIRM



## TRAITEMENT :

**CHIRURGIE** : Endofibrosectomie, raccourcissement, angioplastie chirurgicale, pontages

# MERCI DE VOTRE ATTENTION



Dr Camille CHIABRANDO

Pr SARLON-BARTOLI

Hôpital de La Timone, AP-HM

Mardi 19 avril 2022