

Images in medicine

Le syndrome de Morel-Lavallée: une entité à ne pas méconnaître

Ammar Mahmoudi^{1,&}, Ahmed Zrig²

¹Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie, ²Service d'Imagerie Médicale, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie

[&]Corresponding author: Ammar Mahmoudi, Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie

Key words: Epanchement lymphatique, retard de cicatrisation, traumatisme tangentiel, Morel-Lavallée

Received: 10/02/2015 - Accepted: 25/02/2015 - Published: 03/03/2015

Pan African Medical Journal. 2015; 20:200 doi:10.11604/pamj.2015.20.200.6312

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/200/full/>

© Ammar Mahmoudi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Image en médecine

Le syndrome de Morel-Lavallée correspond à un épanchement sérolymphatique secondaire à un traumatisme tangentiel en regard d'un tissu richement vascularisé. Les aspects morphologiques sont variables en fonction de la durée d'évolution et de l'organisation éventuelle d'une capsule fibreuse. Le traitement conservateur associe bandage compressif et ponctions-aspirations. Le traitement chirurgical doit être envisagé dans les formes résistantes. Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 22 ans, sans antécédents pathologiques, qui avait présenté, à la suite d'un accident de la voie publique; motocycliste heurté par une voiture où il a été traîné par terre, plusieurs plaies au niveau de l'hémi-abdomen gauche qui avaient été suturées. Le scanner abdominal a montré un foyer de laceration splénique avec intégrité du pédicule, et un hémopéritoine de faible abondance. Devant la stabilité hémodynamique on a opté pour un traitement non opératoire qui a été un succès. Trois semaines après, le patient présentait une douleur lombaire gauche. Il avait une plaie fibrineuse en regard d'un œdème douloureux lombaire gauche. La palpation trouvait une masse fluctuante sous la plaie. Il y avait un syndrome inflammatoire biologique. L'échographie des parties molles identifiait une collection liquidienne anéchogène homogène extra-aponévrotique lombaire gauche. Le diagnostic d'épanchement post-traumatique de Morel-

Lavallée a été retenu. Il a été réalisé à deux reprises à dix jours d'intervalle, une ponction évacuatrice de la collection ramenant respectivement 120 cc et 70 cc de liquide séro-hématique, un pansement compressif puis une contention. Les suites étaient favorables avec amélioration de la symptomatologie et disparition de la collection lombaire.

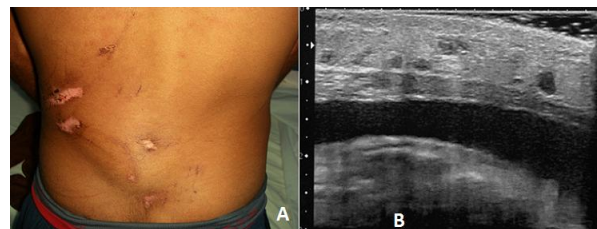


Figure 1: (A) œdème et plaies de la région lombaire gauche. La palpation trouvait une masse fluctuante sous les plaies; (B) l'échographie des parties molles identifiait une collection liquidienne anéchogène homogène extra-aponévrotique lombaire gauche