



**URGENCES
TRAUMATIQUES**
« L'anatomie essentielle »

**06-07
Octobre
2023**



Maxime SCHWACH

CHU Grenoble Alpes

Site Sud



TENNIS LEG : COMMENT LE PRENDRE EN CHARGE ?

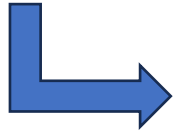
ETAT DE L'ART DE LA LITTERATURE

UGA
Université
Grenoble Alpes

INTRODUCTION

1ere description en 1883 par Powell → Rupture du plantaire grêle

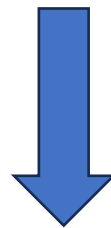
MAIS



Remise en question de la physiopathologie



Prise en charge non consensuelle



Nécessité d'une synthèse de la littérature

OBJECTIF

Faire un état de la littérature sur le diagnostic et la prise en charge du « tennis-leg »

MATERIEL ET METHODE



Revue de la littérature type état de l'art réalisée

1. Identification des questions de recherche

Quelles sont les données disponibles dans la littérature pour établir le diagnostic et la prise en charge d'un « tennis-leg » ?

2. Identification des études pertinentes

(« tennis calf » OR tennis leg » OR « gastrocnemius injuries ») NOT (« Achilles tendon rupture » OR knee injuries »)

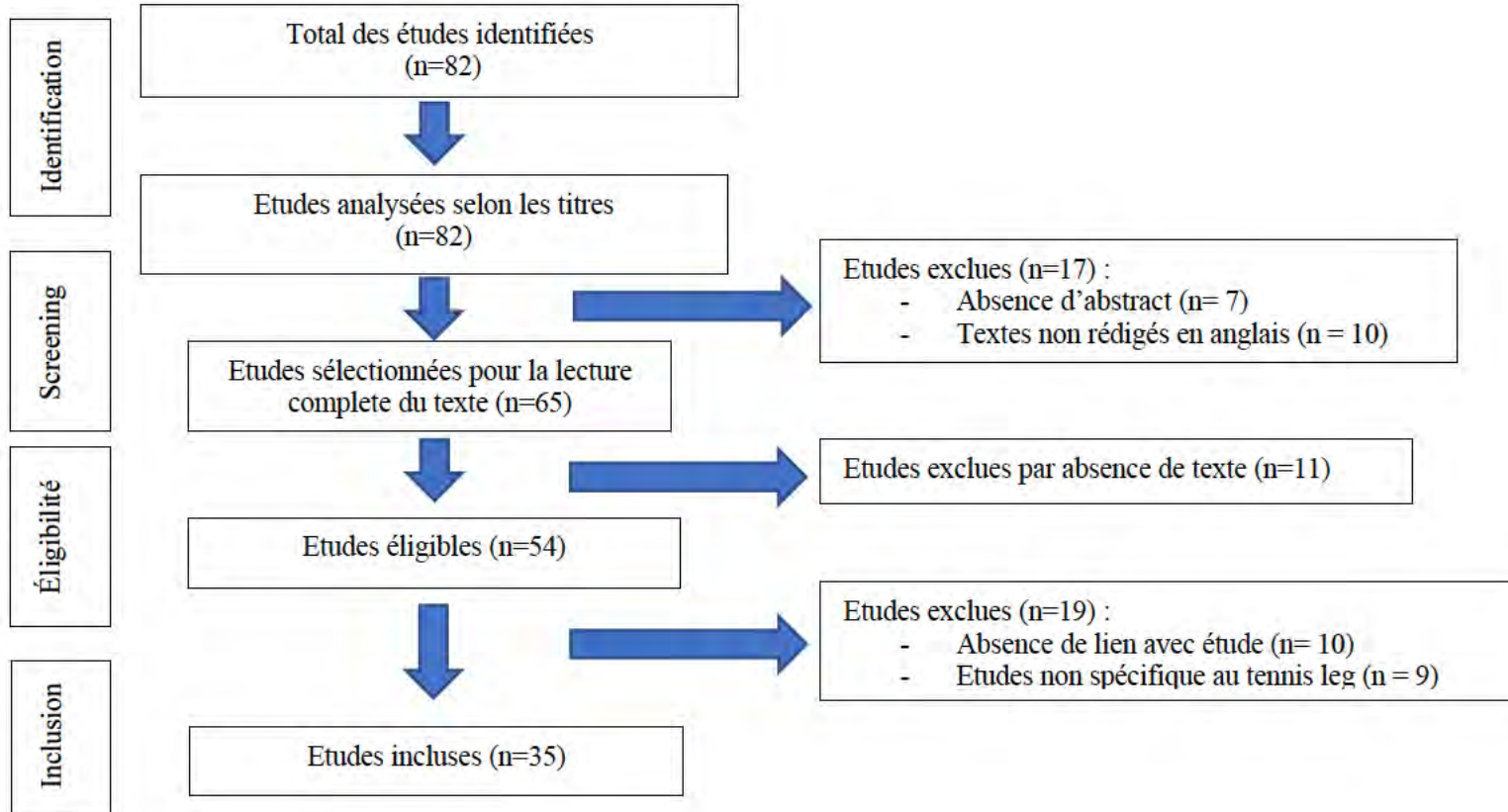
3. Sélection des études

- articles écrits en anglais
- revues systématiques, case report, séries de cas, essais randomisés, protocoles ou avis d'experts
- diagnostic, prise en charge et les moyens utilisés

4. Extraction des données et rassemblement, résumé et rapport des résultats

- Classement dans tableau : diagnostic clinique / imagerie / traitement
- Aucune analyse statistique
- Critères ajustés du Oxford Center for Evidence based-medicine

FLOW-CHART



RESULTATS

DIAGNOSTIC

Quadragénaire ♂
41,5 ans +/- 9,8 (19 ; 60) 83,6%

Au cours activité physique +++ (86,3%)

Mais pas seulement !

CLINIQUE

Sensation de claquement ou coup de fouet ou « pop » mollet (95%)

Douleur globale → Boiterie ou impotence fonctionnelle

Sensibilité douleur à la palpation

+/- Palpation masse mollet

+/- Œdème ou ecchymose

Mécanisme

Extension genou + dorsiflexion cheville extrême forcée

IMAGERIE

++++

Confirmation diagnostic

ECHOGRAPHIE

+/- IRM

Elimination diagnostic diff

TVP

Rupture kyste de Baker

Localisation



Niveau

Chef médial du GC +++++

Soleus

Chef latéral

Plantaire grêle

Jonction myotendineuse

Jonction myofasciale

Intramusculaire

Mixte

Rupture complète
ou partielle



Collection/
hématome associé

PRISE EN CHARGE

MÉDICALE +++

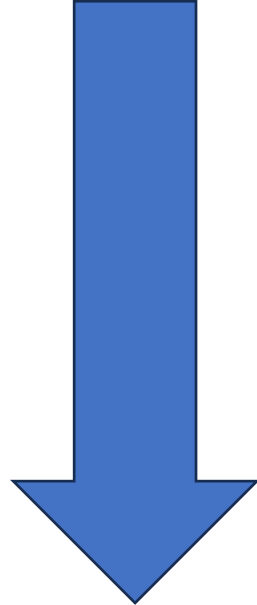
RICE

Appui protégé

Bande de compression

Rééducation

A partir de J15
Travail excentrique



PAS ANTICOAGULANT

Risque de syndrome des loges

Chirurgicale
Rare

Echec traitement médical
Cas / cas



**Débridement /
Sutures**

EVOLUTION

Cicatrisation

Absence de douleur

Env. 6 semaines

Reprise activité physique progressive

Rupture partielle > complète

Imagerie

Tissu cicatriciel

Echographie : zone hyperechogène sur ancien site collection liquidienne

Visible dès 3-4^e semaine

Complications

Phlébites (superficielles ou profonde)

Syndrome des loges

CONCLUSION / TAKE HOME MESSAGE

Tennis leg = atteinte chef médial GC

Confirmation par imagerie (écho ++)

Traitement médical

Evolution favorable en 6 semaines

MERCI DE VOTRE ATTENTION



**MADE IN
Grenoble**

