

Ostéopathie et thérapie manuelle du syndrome du petit pectoral

Pascal Pommerol,
cadre de santé, ostéopathe, master II de mécanique, directeur de l'école
d'ostéopathie pour professionnels de santé « PLP Formation »

« Le Syndrôme de la Traversée Thoraco brachiale n'est pas le nom d'une entité unique mais plutôt une appellation collective qui rassemble plusieurs syndrômes » (Wilbourn p. 130 Muscle and Nerve janvier 99). Non seulement il présente des symptômes d'origine veineux, artériels, nerveux, sympathiques mais il existe au niveau anatomique plusieurs accrochages.

Il existe 5 défilés anatomiques

- Le passage des scalènes
- Syndrome scapulo-costal
- La compression du petit pectoral
- La pince costo claviculaire
- Syndrome du billot huméral

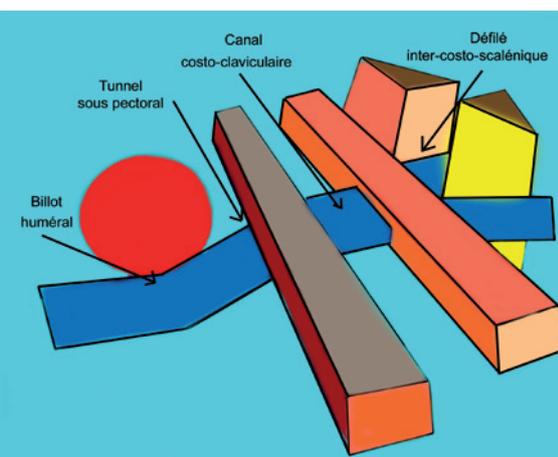


Figure 1: les 4 principaux accrochages de la traversée thoraco brachiale

Les techniques neurales permettent un diagnostic et un traitement anatomo pathologique et d'augmenter considérablement l'efficacité d'un traitement non spécifique comme le traitement de Peet.

Nous vous proposons d'étudier le diagnostic

et le traitement du syndrome du petit pectoral.

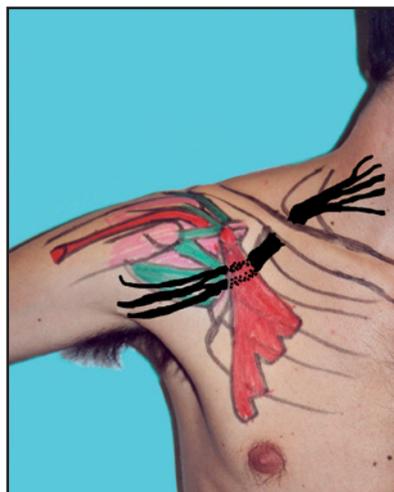


Figure 2

A / Diagnostic:

Les mouvements d'élévation et de retro-pulsion de la ceinture scapulaire sont les mouvements sensibilisateurs (ces mouvements recréent les symptômes, motif de la consultation).

Attention nous recherchons lors des tests seulement de recréer les douleurs, motif de la consultation du patient.

Les 4 tests diagnostics sont :

- 1- Palpation sous le muscle grand pectoral et sur le bord latéral ou externe du muscle en longitudinal et en transversal.

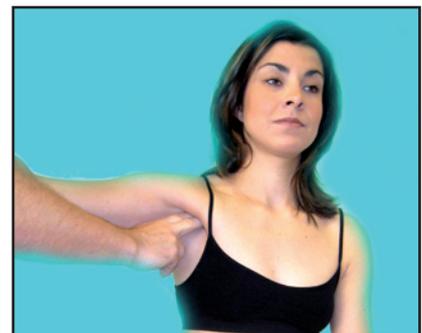


Figure 3 : Palpation en longitudinale



Figure 4 : Palpation en transversale

- 2 - Tinel: la percussion sur le bord latéral du muscle peut nous donner des informations.
- 3 - Test neural de provocation de la douleur: on réalise un UNLT1 (upper neural tension test1): autour de 150° pour créer la chicane sous le processus coracoïdien.





Figure 5 : Variante du Test UNLT1

Le test en ULNT4 et recul du moignon de l'épaule peut être intéressant à réaliser mais il crée une tension moins importante sur le tronc nerveux du plexus brachial

4 - Test de wright : En hyper abduction, le plexus et les vaisseaux sont coulés sous le muscle petit pectoral; Le test est la manœuvre de Wright en abduction à 180°. On demande une inspiration forcée du patient pour globuliser le muscle et accroître la compression.



Figure 6 : test de Wright

B / Traitement

Le traitement est stéréotypé et facile à réaliser. Certains auteurs compliquent les traitements sans meilleurs résultats. Comme tout syndrome canalaire le traitement se déroule en 4 temps

1 - Manipulation du nerf dans le canal

Cette manipulation se déroule en course interne du nerf et en course externe du nerf comme lors des tests diagnostique. Il s'agit de mobilisation de quelques secondes en transversal ou en longitudinal comme le pratiquaient les rebouteux au XIX siècle.

2 - Traitement du muscle et de la cage thoracique (diaphragme)

Technique de Lewit pour relâcher le muscle :

- 1^{er} temps : (figure 7) On positionne la scapula en position haute et en rétropulsion.

Une phase en étirement et en expiration et une phase de contraction en demandant une inspiration forcée.



Figure 7 : technique myotensive du petit pectoral

- 2^{ème} temps : (figure 8): On additionne à la position précédente une abduction du bras qui permet d'augmenter la retropulsion de la ceinture scapulaire. On reproduit la même séquence thérapeutique avec la respiration comme pour le premier temps.



Figure 8 : 2^{ème} temps

3 - Mobilisation du nerf/ petit pectoral ou mobilisation du plexus brachial par rapport au muscle petit pectoral.

Traitement : UNLT avec mobilisation du nerf / muscle.

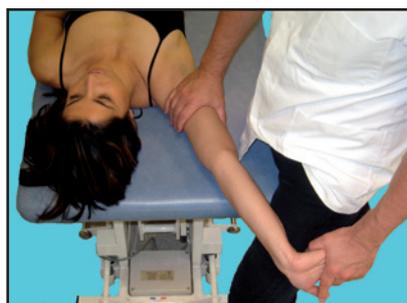


Figure 9 : Mobilisation du plexus nerveux/ muscle petit pectoral

4 - Mobilisation du petit pectoral/nerf

La mobilisation consiste à mobiliser le muscle sur une position de mise en tension du plexus brachial .

- 1^{er} temps : Mise en tension du plexus brachial

On place donc l'épaule autour de 150° d'abduction, le poignet est mis en extension par la cuisse du praticien en demandant

au sujet de maintenir l'extension du coude pour bien mettre les racines nerveuses du tronc antéro médial en tension .

- 2^{ème} temps : Mobilisation du muscle par rapport au nerf.

On demande au patient de réaliser des inspirations courtes et des expirations lentes et le praticien abaisse les côtes pour étirer le muscle petit pectoral.

- 3^{ème} temps : Cette position nous permet également de mobiliser le nerf par rapport au muscle en réalisant par le biais de notre cuisse des extensions passives du poignet.

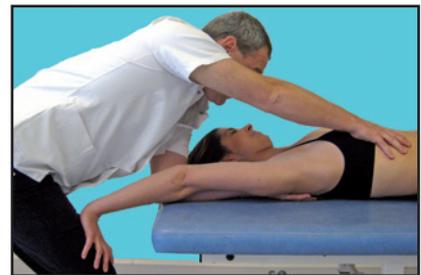


Figure 10: Mobilisation du petit pectoral/plexus brachial

C'est donc un traitement facile à réaliser qui avec les traitements des autres accrochages si besoin vous permettra d'avoir des résultats en 2 ou 3 séances contrairement aux techniques classiques.

Références :

- P. Pommerol «Le diagnostic kinésithérapique et le traitement du syndrome des scalènes», Kiné Scientifique n°376, mars 1998, p 15 à p 21.
- P. Pommerol «Les techniques de mobilisations du système neuro-méningées », Kiné Scientifique n°397, février 2000, p 20 à p30
- P. Pommerol «Les techniques de mobilisation et d'ostéopathie neuro méningées : 2ème partie : le membre supérieur», kiné actualité, N°1076, 12 juillet 2007. p 18 à p 21.
- P. Pommerol « Technique ULNT1:(Test neural du membre supérieur 1) », Kiné Scientifique, décembre 2007, n°483.
- P. Pommerol, « L'indication et évaluation des traitements neuroméningés », Physiopolis, n°17, décembre 2008.
- P. Pommerol, « Ostéopathie neuroméningée lors des douleurs du membre supérieur », Main libre n°4, juillet 2009.

Pour en savoir plus:

1 livre et CD rom : P. Pommerol «ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé» Sauramps medical, Montpellier 2007.