

Diagnostic du syndrome scapulo-costal

Mots clés : ► Diagnostic ► Syndrome scapulo-costal ► Thérapie manuelle

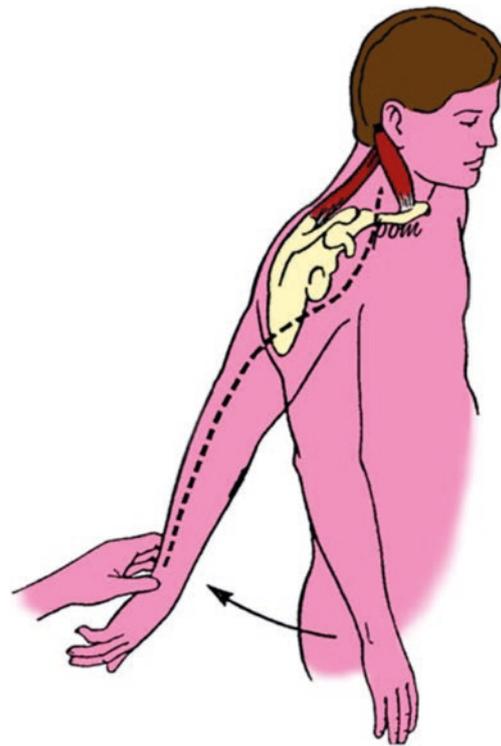
Selon Michèle *et al.* [1], le syndrome scapulo costal serait responsable de beaucoup de cervico-brachialgies. Ce syndrome est caractérisé cliniquement par une symptomatologie variable comprenant cervicalgie, céphalée hémicrânienne fréquente, brachialgie cubitale irradiant souvent jusqu'aux 4^{ème} et 5^{ème} doigts, dorsalgie haute et précordialgie (fig. 1) [2].

Ce syndrome serait attribuable à un défaut progressif de la posture produisant une tension induite sur les aponévroses pré et post vertébrales et sur les structures adjacentes. Cette tension, particulièrement sur le muscle angulaire de l'omoplate, initialement réversible, fait suite à une bascule des épaules vers l'avant.

Progressivement, s'installe un spasme musculaire plus permanent, responsable d'un étirement ténopériosté de l'insertion de ce muscle au pourtour de l'angle supéro-interne de l'omoplate [1, 2]. Ce type de ténopathie d'insertion est fréquemment source de brachialgie ulnaire [3].

Le muscle petit dentelé postéro-supérieur (PDPS), lui aussi, peut être responsable de brachialgie. En effet, la contracture du pdps produit des douleurs dans le territoire du nerf ulnaire et dans les branches C8-D1 mais on ne décrit pas de compression de ce muscle. Le muscle élévateur de la scapula est proche du plexus puisqu'il est juste en arrière des scalènes (fig. 1). Il va de l'angle supéro-médial de l'omoplate au 4 premières cervicales sur les apophyses transverses.

L'ensemble des auteurs sont d'accord [1, 2, 4, 5] pour décrire une mauvaise posture cervico-dorsale. Les microtraumatismes ou les traumatismes répétés du rachis cervical favorisent le développement du syndrome. Les traumatismes d'accélération et de décélération



► Figure 1

Description du syndrome selon Dupuis [2]

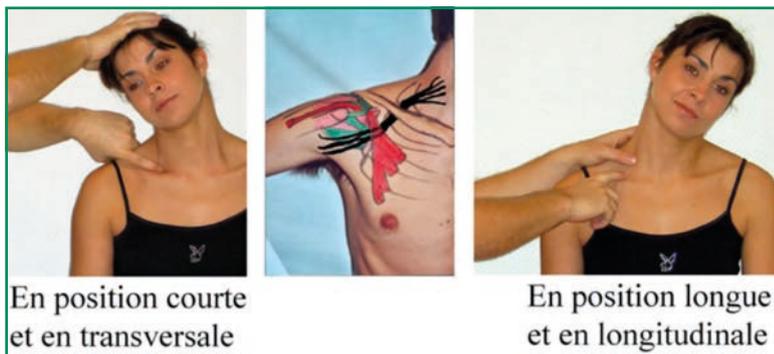
(*wiplash*) peuvent aussi induire des tensions de la musculature cervico-dorsale produisant le même symptôme clinique.

Il existe dans le syndrome scapulo-costal une compression vasculaire avec mécanisme de la diminution du pouls radial en fonction de la position du bras et irradiations cervico-occipitales, brachiales, dorsales et précordiales de la douleur lors de la globalisation du muscle élévateur de la scapulae. Le rôle du petit dentelé postéro-supérieur est plus difficile à comprendre et, même s'il ne participe pas à l'élévation de l'omoplate, il peut engendrer des dyskinésies

Pascal POMMEROL

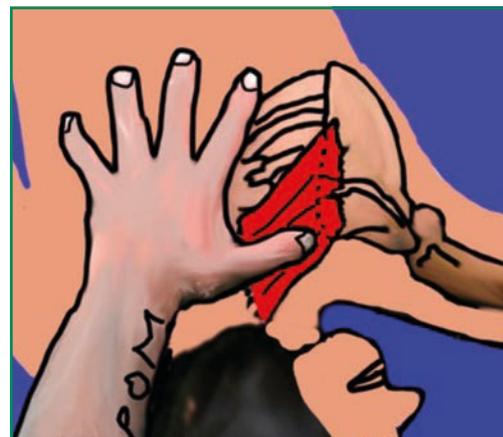
Kinésithérapeute
Cadre de santé
MSc Mécanique, DO
PAPL Formation
Lyon (69)

Diagnostic du syndrome scapulo-costal



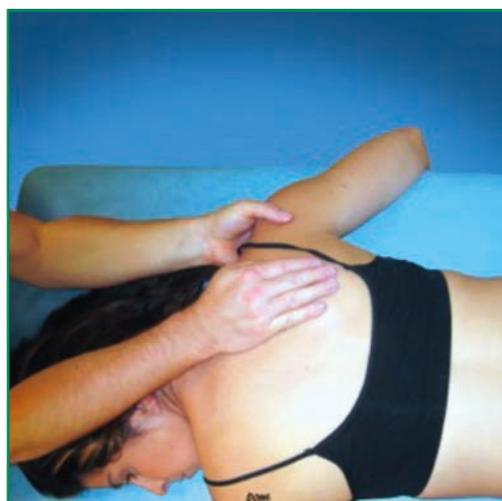
► Figure 2

Palpation du plexus en transversal et en longitudinal



► Figure 3

Palpation du trigger du muscle petit dentelé postéro-supérieur



► Figure 4

Test myotensif du muscle élévateur de la scapula



Le diagnostic

Il repose sur :

- la palpation du plexus brachial (signe de Tinel et de Morley) (fig. 2) [7] ;
- la recherche de la contracture du petit dentelé postéro-supérieur (fig. 3) ;
- la palpation et le test myotensif de l'élévateur de la scapula (angulaire de l'omoplate) (fig. 4) ;
- le test de compression : il est décrit par Dupuis et coll. en 1986 [2] (fig. 5). Il consiste à faire monter la scapula vers le haut et l'avant pour globuliser le muscle. On peut prendre le pouls au niveau du poignet sur l'artère radiale pour

► Figure 5

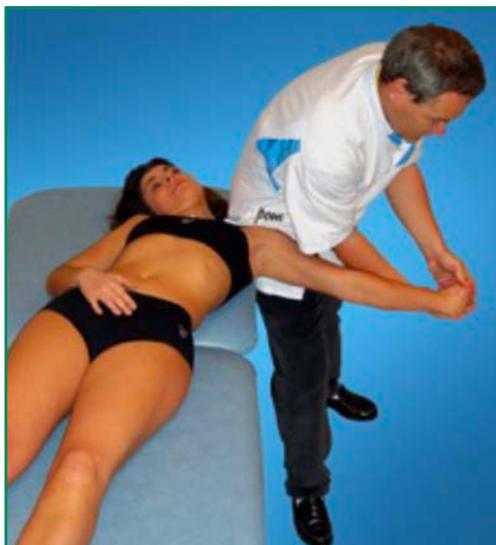
Test de compression

suivre l'évolution, voire sa disparition. Le test est positif s'il recrée les douleurs, motif de la consultation du patient ;

- les tests de mise en tension du plexus [8, 9] : on utilise l'ULNT4 (*Upper Limb Neural Test*) et l'ULNT1 [8] à 110° mise en évidence par ULNT du tronc postérieur (fig. 6).

Conclusion

Ce syndrome est assez rare (1 à 5 % des compressions du plexus brachial) mais il mérite d'être recherché dans des douleurs au niveau du membre supérieur et irradiant sur le 4^{ème} et 5^{ème} doigts. ✘



► Figure 6

Test UNLT4



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Michele AA, Eisenberg JE. Scapulocostal syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 1968;40:383-387.
- [2] Dupuis M, Leclaire R. Rachis cervical. In: *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. Paris : Maloine, 1986.
- [3] Travel G, Simons DG. Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux. In: *Traité des points détente musculaires - Tome 1*. Bruxelles : Édition Haug, version française, 1993.
- [4] Cohen CA. Syndrome scapulo-costal : diagnostic et traitement. *South Med J* 1980 Avr;73(4):433-4, 437.
- [5] Ormandy L. Scapulocostal syndrome. *Va Med Q* 1994 Spring;121(2):105-8. PubMed PMID: 8199208.
- [6] Fourie LJ. The scapulocostal syndrome. *S Afr Med J* 1991 Jun;79(12):721-4. PubMed PMID: 2047965.
- [7] Pommerol P. Les techniques de mobilisation et d'ostéopathie neuroméningées. 2^{ème} partie : le membre supérieur. *Kiné actualité* 2007 Juill;1076:8-21.
- [8] Pommerol P. Technique ULNT1 (test neural du membre supérieur 1). *Kinesither Scient* 2007 Déc;483:24-9.
- [9] Pommerol P. Douleur non spécifique du bras. *Main Libre* 2014 Nov;7(247):281-7.
- [10] McCarthy C, Harmon D. A technical report on ultrasound-guided scapulocostal syndrome injection. *Ir J Med Sci* 2016 Aug;185(3):669-72. doi: 10.1007/s11845-015-1336-z. Epub 2015 Jul 23. PubMed PMID: 26202660.

Pour en savoir plus :

- Pommerol P. *Thérapie manuelle des syndromes canaux du membre supérieur. Tome 1 : Épaule*. Montpellier : Sauramps Médical, 2018.