

La rééducation dans le le syndrome du défilé thoraco-brachial

Groupe d'Etude
des Manipulations articulaires de l'Ouest
Congrès GEMO BPL Vannes 2012

Régine Brissot

Rééducation dans le syndrome du défilé thoraco-brachial

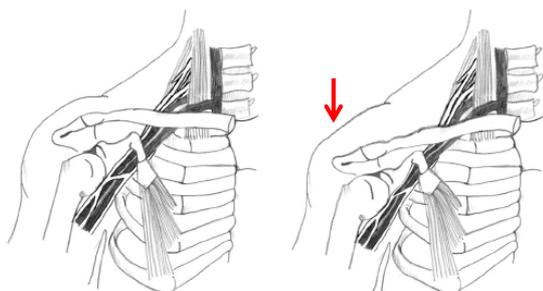
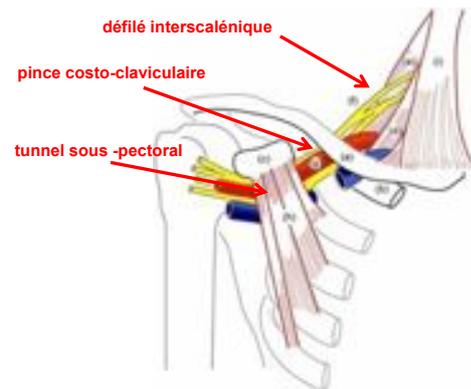
- traitement de **première intention**

● **bons résultats 50 → 80 % des cas**
Revel 1983, Prost 1994, Matsuda 1995, Vanti 2007

moyen terme 2 années
Lindgren 2007

facteurs dynamiques locaux ← troubles posturaux
 1) asthénique
 2) cou court, thorax sup bombé
 ↓
syndrome de la traversée thoraco-brachiale

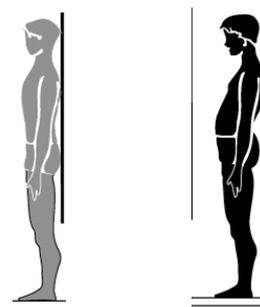
↑
 élargir les zones de conflit
 ↑
 restaurer attitude harmonieuse région cervico-scapulaire
 ↑
 objectif
 ↑
 rééducation



position normale
de la ceinture scapulaire

chute de l'épaule provoquant
le rétrécissement du défilé
thoraco-brachial

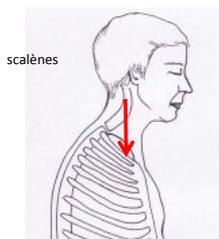
trouble postural de type asthénique (1)



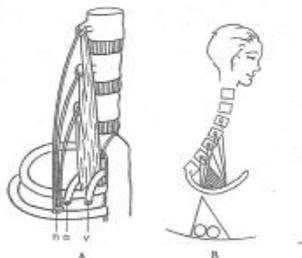
normal

hyperlordose cervicale +
cyphose dorsale

syndrome du défilé interscalénique

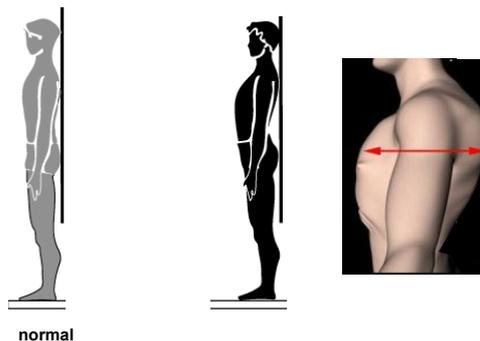


hyperlordose
cervicale



scalènes lordosants
sauf si cou rigidifié par long du cou

trouble postural de type cou court- thorax bombé (2)



normal

Principes de la rééducation

1) Action locale sur le conflit

- renforcer les muscles « **ouvreurs** »
 élèvent la ceinture scapulaire
 abaissent la 1^{ère} côte
- diminuer l'action des muscles « **fermeurs** »

2) Corriger les troubles posturaux

Conduite pratique de la rééducation

1) Kinésithérapie

- renforcer les muscles « **ouvreurs** »
 élèvent la ceinture scapulaire
 abaissent la 1^{ère} côte
- étirements des muscles « **fermeurs** »
- rééducation ventilatoire
- massages et mobilisations passives
- autorééducation

2) ergothérapie

- mise en situation dans activités quotidiennes

3) appareillage par bandage élastique collé en position haute pendant 3 semaines

4) prise en charge globale de la douleur

● renforcement musculaire

➤ les muscles

✓ muscles « **ouvreurs** »

- **principaux** trapèze, levator scapula, SCM
- **accessoires** rhomboïde, serratus anterior

✓ les érecteurs et extenseurs du rachis ++++

- intertransversaires et transversaires épineux

diminuent contraintes sur le trou de conjugaison

- long du cou

➤ le type de travail musculaire

- ✓ isométrique résisté (haltères)
- ✓ contractés-relâchés
- ✓ multidirectionnel





FIG. 77. — Exercice postérieur pour l'élevation de l'omoplate.

Le patient est assis des au nez, il plonge la tête et le cou contre le nez afin de diriger la lordose cervicale. Le patient effectue un mouvement d'épaule, les bras en extension complète le long du corps et maintenant un poids (de 1,5 à 3,5 kg).



FIG. 3. — Stimulation de la vigilance des muscles cervicaux.

- étirements des muscles « **fermeurs** »
- les muscles
 - ✓ scalènes , pectoraux , latissimus dorsi
- le type de manœuvre
 - ✓ active : contractés-relâchés
 - isotonique peu résisté pour les scalènes
 - ✓ étirements +++



Fig. 2 : Étirement global des muscles du rachis cervical (scalènes et sterno-cléido-mastoïdiens) au cours d'une expiration profonde exercée par le patient.



- rééducation **ventilatoire**

si respiration costale haute de repos

→ *enraidissement ou hypertrophie des scalènes*

- ✓ reprogrammation de la synergie diaphragme - transverse
- ✓ renforcement du transverse
- ✓ renforcement des érecteurs du rachis



Conduite pratique de la rééducation

1) Kinésithérapie

- renforcer les muscles « **ouvreurs** »
 - éèvent la ceinture scapulaire
 - abaissent la 1^{ère} côte
- étirements des muscles « **fermeurs** »
- rééducation ventilatoire
- massages et mobilisations passives
- autorééducation



- autorééducation

- ✓ renforcement des élévateurs de la scapula : haltères
- ✓ renforcement du plan cervico-dorsal
- ✓ entretien de la synergie diaphragme -transverse



Fig. 3 : Étirement des pectoraux réalisé par le patient lui-même en face d'un angle d'une pièce.

Durée de la kinésithérapie

- en moyenne 15 séances
- 2 / semaine

Conduite pratique de la rééducation

- 1) Kinésithérapie
 - renforcer les muscles « ouvreurs »
 - élévent la ceinture scapulaire
 - abaissent la 1^{ère} côte
 - étirements des muscles « fermeurs »
 - rééducation ventilatoire
 - massages et mobilisations passives
 - autorééducation
- 2) ergothérapie
 - mise en situation dans activités quotidiennes
- 3) appareillage par bandage élastique collé en position haute pendant 3 semaines
- 4) prise en charge globale de la douleur



Conclusion

- rééducation efficace
- bien codifiée dans ses principes
- personnalisée après une évaluation rigoureuse
- entretien musculaire
- intégration dans les activités de la vie quotidienne

RÉSULTATS

Ils sont résumés (tableau I).

TABLEAU I

	Intensité moyenne avant traitement	Intensité moyenne après traitement	Comparaison
Signes artériels	1,71 ± 0,97	0,54 ± 0,50	$\alpha < 0,001$
Signes veineux	0,92 ± 0,99	0,33 ± 0,62	$\alpha \approx 0,001$
Signes artreux	1,58 ± 0,92	0,75 ± 0,83	$\alpha = 0,001$
Cervicalgies	1,5 ± 0,7	0,31 ± 0,4	$\alpha < 0,001$
Dorsalgies	0,71 ± 0,84	0,21 ± 0,4	$\alpha < 0,001$
Scapuloalgies	0,46 ± 0,86	0,17 ± 0,37	$\alpha < 0,05$



Fig 1. Shoulder girdle exercises consisted of movements where the patient brought the shoulders backward and up (left), flexed the upper thoracic spine, brought the shoulders forward and down (middle), and then straightened the back and brought the shoulders backward (right). These exercises were repeated 5 to 10 times.