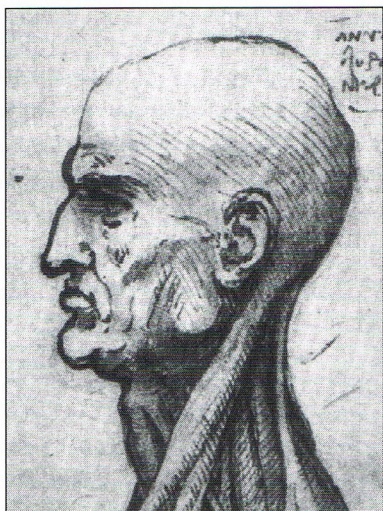


STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN : SON RÔLE DANS LES CÉPHALÉES D'ORIGINE CERVICALE ET TRAITEMENT

D. BESSE*, J. CONDOURET**

* Rééducation fonctionnelle : 42, rue de la Pomme - 31000 Toulouse

** Rééducation fonctionnelle : 1, rue du Languedoc - 31000 Toulouse



La fréquence des céphalées d'origine cervicale est diversement appréciée selon les auteurs. Rares pour les neurologues, 0,5% à 4% des céphalées (2, 4, 5), les médecins ostéothérapeutes y sont fréquemment confrontés, Maigne (2) retrouvant un dysfonctionnement du rachis cervical haut dans 80% des céphalées communes.

Parmi celles-ci, le Sterno-Cléido-Mastoïdien (S.C.M.) peut être à l'origine de douleurs référées au crane et à la face dont la sémiologie a été précisément décrite par Travell (7).

Sa responsabilité doit être recherchée par un examen clinique minu-

teux, en particulier dans les suites d'un traumatisme cervical, certes dans un but diagnostic et thérapeutique, mais aussi médico-légal car les troubles présentés peuvent faire porter à tort le diagnostic de syndrome subjectif post-traumatique.

RAPPEL ANATOMIQUE (1,7)

Description : le S.C.M. s'insère en haut sur le bord antérieur et la face externe de la mastoïde, ainsi que sur la partie externe de la ligne courbe occipitale supérieure. Dans sa partie caudale, il se divise en 2 chefs :

- *le chef sternal*, médian et superficiel s'insère en bas sur la face antérieure du manubrium sternal.

- *le chef claviculaire*, latéral et plus profond, gagne le bord supérieur de la surface antérieure de la clavicule dans son tiers interne.

Innervation : il reçoit son innervation motrice essentiellement du nerf spinal ainsi que des 2^o et 3^o nerfs cervicaux.

(Et l'on conçoit l'association possible à un D.I.M. C2-C3).

Actions :

- *la contraction des 2 S.C.M.* :

- fléchit le cou,
- dans le regard vers le haut, verrouille le cou en hyperextension,
- a une action respiratoire accessoire, si tête et cou sont en hyperextension (agissant en synergie avec les scalènes). (Les S.C.M. résistent avec force dans les mouvements d'hyperextension lors d'un choc arrière en automobile).

- *la contraction unilatérale* :

- tourne la tête du côté opposé,
- agissant avec le trapèze supérieur du même côté, incline le rachis cervical vers l'épaule. (Lors d'un choc en automobile, le S.C.M. peut être lésé unilatéralement soit par choc

arrière sur une tête en rotation, soit par choc latéral, soit encore par traumatisme direct).

SYMPTOMATOLOGIE

(7)

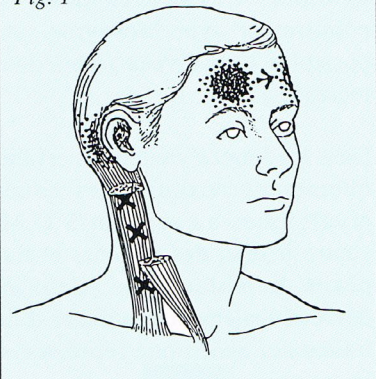
L'examen palpatoire permet de définir au sein du muscle des zones plus douloureuses, plus tendues, dites "points gachette" (ou "triggers points") dont la pression interdigitale déclenche une douleur locale, mais aussi à distance crano-faciale dite "référée".

Chefs sternal et claviculaire ont chacun leur propre territoire de douleurs référées à la face et, ou, au crâne, mais, point important, aucun ne provoque de cervicalgies si la symptomatologie est isolée.

■ LE CHEF STERNAL (FIG. N° 1) :

- dans sa partie moyenne, la présence de points gachettes provoque des douleurs référées

Fig. 1



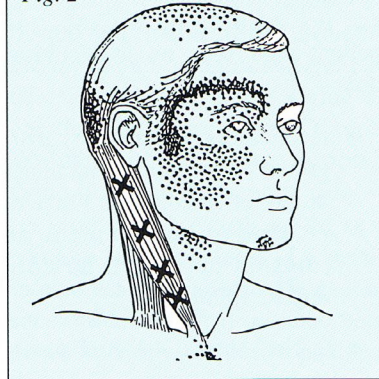
homolatérales, à la joue, en région sus et latéro-orbitaire, parfois au pharynx, à la base de la langue et au menton.

- dans sa partie haute, les points gachettes entraînent une douleur occipitale, et au vertex, en "calotte" avec une sensibilité du scalp à la palpation.
- des troubles neurovégétatifs peuvent s'associer soit à l'œil (larmoiement) soit au nez (congestion nasale).

■ LE CHEF CLAVICULAIRE (FIG. N° 2) :

- dans sa partie moyenne, les points gachettes provoquent des douleurs frontales homolatérales parfois bilatérales.
- dans sa partie supérieure, la présence de points gachettes induit

Fig. 2



une douleur référée rétro-auriculaire, parfois au conduit auditif externe.

- troubles associés, sensations vertigineuses lors des mouvements soudains de la tête, ou de certaines postures, plus rarement nausées.

Les éléments du diagnostic :

- Les caractères de la douleur :

- Si la pathologie du S.C.M. est isolée, il n'existe pas de douleur cervicale vraie mais une sensation d'endolorissement à la face latérale du cou. La douleur à distance (référée) est lancinante, sourde, profonde, parfois ressentie comme une brûlure.

La symptomatologie est aggravée par la pression musculaire, l'étirement rapide, les contractions musculaires répétées, la mise en position de raccourcissement, ou encore l'exposition au froid.

Elle est soulagée par le repos et la chaleur (7).

- si la pathologie du S.C.M. s'associe à un dérangement intervertébral mineur (D.I.M.) C2-C3, les signes cervicaux dominent le tableau, les algies musculaires ne constituent qu'un des éléments du syndrome ténocellulo-myalgique (3).

- Les données de l'examen clinique :

- la mobilité active peut être limitée en fin d'amplitude sur la rotation opposée (par la douleur),
- la palpation musculaire retrouve les cordons myalgiques

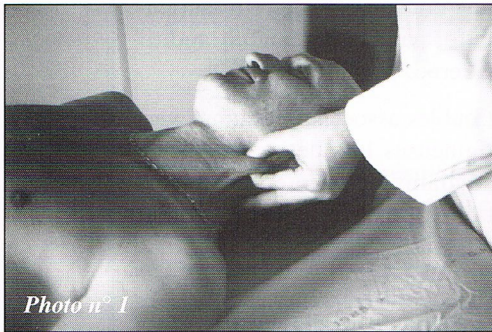


Photo n° 1



Photo n° 2



Photo n° 3

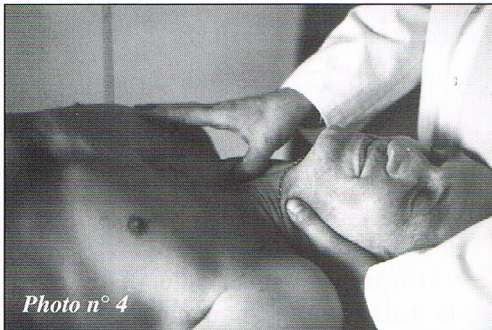


Photo n° 4

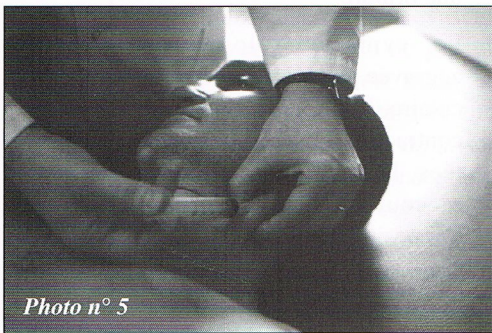


Photo n° 5

avec parfois l'irradiation douloureuse à distance (photo n° 1),

- les patients qui se plaignent de sensations vertigineuses n'ont jamais de signes de Romberg mais peuvent présenter une latérodéviation lors de la manœuvre des index, ou du test du piétinement de Fukuda,
- l'examen segmentaire du rachis cervical et la recherche de zones cellulalgiques C2, C3, sera systématique.

Traitement (2, 3, 6, 7) :

Le traitement ne se conçoit qu'après avoir éliminé toute étiolo-

gie neurologique, ORL, ou vasculaire (en particulier sur l'axe vertébro-basilaire).

S'il existe des signes de DIM C2-C3 :

Il conviendra de traiter d'abord l'étage cervical :

- soit par une manipulation vertébrale sélective, en respectant la classique règle de la non-douleur et du mouvement contraire (photo n° 2),
- soit par des techniques manuelles non manipulatives, contractés-relâchés, myotensives, tractions,
- soit encore par une infiltration cortisonnée du massif articulaire postérieur C2-C3, au besoin sous amplificateur de brillance.

Le traitement du muscle S.C.M. :

Il repose avant tout sur des techniques d'étirements qui vont porter sur les 2 chefs du S.C.M. ; le patient étant assis, ou en décubitus dorsal :

- le chef claviculaire est progressivement étiré en inclinant la tête et le cou vers l'arrière et dans un mouvement de rotation de la tête du côté opposé (photo n° 3).
- le chef sternal est étiré passivement en tournant d'abord la

tête du même côté ; en fin de rotation, le mouvement amène le menton vers l'avant et vers l'épaule élevant ainsi l'occiput et la mastoïde, en permettant un étirement maximum.

(La position de rotation forcée agressive pour l'artère vertébrale ne doit pas excéder quelques secondes).

Ces techniques d'étirements peuvent être sensibilisées par une contraction préalable du patient (traitement de type myotensif) ; dans ce cas, le patient contracte isométriquement et faiblement le S.C.M. durant l'inspiration ; le thérapeute étire passivement durant la phase expiratoire post-isométrique en accentuant essentiellement la composante d'inflexion latérale.

L'étirement peut également être majoré en crochetant avec le pouce le S.C.M. à sa partie inférieure (photo n° 4). Des techniques de point-ressort type Moneyron sont possibles à ce niveau (mais douloureuses).

Dans les formes vieilles, il est fréquemment retrouvé des zones myalgiques au sein du S.C.M. controlatéral, des scalènes et trapèzes homolatéraux. Ceux-ci devront également bénéficier d'un traitement spécifique (étirements, injections locales).

La physiothérapie :

- Des applications de froid, sous forme de cryospray (cryofluorane*) préconisées par Travell peuvent être associées ; le spray est alors appliqué lentement en lignes parallèles de l'insertion inférieure, sterno-claviculaire, à l'insertion craniale, puis étendu à la zone de douleur référée préalablement et durant l'étirement.

- Des sources de chaleur, hot-pack, parafango, moxas sont appliquées sur les muscles traités en fin de séance.

Les injections locales :

Les injections aux points gachettes ne doivent être utilisées qu'en cas d'échec (ou contre-indications) des autres techniques.

On utilise soit de la Procaïne à 2% diluée au 1/4 dans du sérum physiologique, soit de la xylocaïne à 0,5% ou 1%. Sur un patient en décubitus dorsal, le muscle est décollé du plan sous-jacent par les doigts de l'opérateur, 1 à 2 ml sont injectés aux points douloureux en prenant garde à la veine jugulaire (photo n° 5). Après quelques

minutes de repos, le muscle est à nouveau étiré.

Les règles d'hygiène orthopédique :

- Eviter tout mouvement en rotation forcée, et, ou, hyperextension. Proscrire toute activité tant que les douleurs persistent.

- A domicile, réaliser des exercices d'étirements bilatéraux ("amener l'oreille sur l'épaule"), appliquer des compresses chaudes.

- Ne pas dormir en décubitus ventral ou sans oreiller. Utiliser un oreiller ne produisant qu'une légère lordose cervicale pour dormir sur le dos, compensant la hauteur scapulaire en cas de couchage sur le côté.

Les algies cranio-faciales prenant leur origine au niveau du Sterno-Cléido-Mastoïdien sont peu fréquentes mais doivent être reconnues cliniquement car elles conduisent à des investigations nombreuses, souvent négatives, faisant douter de leur authenticité. Le traitement manuel est remarquablement efficace, les injections locales rarement nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

1) Daniels L., Worthingham C. (1981) Sterno-Cléido-Mastoïdien in : le testing : techniques de l'examen manuel analytique, Maloine, 18-20.

2) Garcia J.L. (1985) Céphalées chroniques et pathologie fonctionnelle du rachis cervical ; Intérêt et place du traitement orthopédique. La Revue de Médecine Orthopédique, 3, 9-20.

3) Maigne R. (1989) Céphalées cervicales, migraines cervicales, syndrome cervical. in : Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion scientifique, 332-346.

4) Nick J. (1968) Classification, étiologie et fréquence relative des céphalées. La Presse Méd., 18, 645-656.

5) Rasmussen B. K., Olesen J. (1992) Symptomatic and non symptomatic headache in général population. Neurology, 42, 1225-1231.

6) Schneider W., Dvorak J., Dvorak V., Trischler T. (1989) Muscle sterno-cléido-mastoïdien in : Médecine manuelle : Thérapeutique Masson 92.

7) Travell J.G., Simmons D.G. (1983) Sterno-cléido-mastoïdien muscle in : Myofascial pain and dysfunction : the trigger point manual Williams and Wilkins, 203-218.

COUVERTURE

UTEPLEX	Page 2	WYETH FRANCE, 117, rue du Château des Rentiers - 75013 PARIS	Tél. : 45 84 11 22
PROFENID	Page 3	SPECIA, 16, rue Clisson - 75013 PARIS	Tél. : 40 77 37 37
VOLTARENE 50	Page 4	CIBA-GEIGY, 2-4, rue Lionel-Terray - 92506 REUIL-MALMAISON	Tél. : 47 49 02 02

INTÉRIEUR

THUASNE	Page 2	THUASNE, 6, rue des Marronniers - B.P. 2434 - 92307 LEVALLOIS-PERRET Cedex	Tél. : 47 59 09 09
GENIN	Page 23	GENIN MEDICAL, 10, rue de l'Auberte, 30133 LES ANGLÉS	Tél. : 90 25 26 77
FRANCO & FILS	Page 37	Constructeur, Zone industrielle - RN 7 - 58320 POUQUES-LES-EAUX	Tél. : 86 68 83 22
ATEPADENE	Page 39	MAYOLY-SPINDLER - 6, av de l'Europe - B.P. 51 - 78401 - CHATOU Cedex	Tél. : 34 80 55 55