

Traitement manuel d'une souffrance des scalènes

Jean LECACHEUX

GEMMIF (Groupe d'Etude de Médecine Manuelle d'Ile de France)

55 rue Jean Jaurès 27500 Pont-Audemer - 02 32 41 07 49 - lecacheux.jean@wanadoo.fr



La tension douloureuse des muscles scalènes est une composante fréquente de la cervicalgie commune ou des syndromes du défilé thoraco-brachial. Des tests diagnostiques simples existent. Les traitements manuels autorisent une prise en charge simple et adaptée de cette souffrance musculaire.

deuxièmes côtes et stabilisateurs du rachis cervical dans les mouvements latéraux. Si leur responsabilité est facilement incriminée dans les tableaux de compression du tronc inférieur du plexus brachial, en revanche, elle n'est pas spontanément évoquée dans les douleurs de la ceinture scapulaire et du membre supérieur, domaine où elle nous semble fréquente. Le traitement manuel s'inscrit dans un traitement ostéopathique plus complet qui prend en compte, localement, le rachis cervical et la première côte et au plan général la statique vertébrale ainsi que la prévention des rechutes par la mise en place de mesures correctives.

Rappel anatomique

Habituellement au nombre de trois, les muscles scalènes sont quatre dans 25% des cas.

Le muscle scalène antérieur (M scalenus anterior) naît des tubercules antérieurs des apophyses transverses des 4^e-5^e-6^e vertèbres cervicales et s'insère sur le tubercule de Lisfranc, au bord supérieur de la première côte.

Les muscles scalènes sont des muscles vertébro-costaux qui se prolongent vers le bas par la musculature inter-costale (fig. 1). Leur action est double : inspireurs, en élevant les premières et

Son innervation est assurée par les branches antérieures des 5^e-6^e-7^e nerfs cervicaux.

Le muscle scalène moyen (*M scalenus medius*) naît des tubercules postérieurs des apophyses transverses de la 2^e à la 7^e vertèbre cervicale et s'insère sur le bord supérieur de la première côte, en arrière de la gouttière de l'artère sous-clavière, ainsi que sur la membrane intercostale externe du premier espace intercostal. Son innervation est assurée à la fois par le plexus cervical et le plexus brachial : de C4 à C8.

Le muscle scalène postérieur (*M scalenus posterior*) naît des tubercules postérieurs des apophyses transverses des 5^e-6^e-7^e vertèbres cervicales et s'insère sur la face latérale de la deuxième et parfois de la troisième côte. Il croise la première côte en arrière du scalène moyen. Son innervation est assurée par le plexus brachial : branches antérieures des 7^e et 8^e nerfs cervicaux.

Le muscle petit-scalène (*M scalenus minimus*) quand il existe, naît du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la septième cervicale et atteint le dôme pleural ainsi que la première côte. Son innervation est assurée par C8.

Entre les muscles scalènes antérieur et moyen se trouve le triangle inter-scalénique ou défilé des scalènes qui livre passage au plexus brachial et à l'artère sous-clavière.

Fonction

Quand le point fixe est en bas, en contraction bilatérale, les scalènes participent à la flexion du cou et le stabilisent par l'intermédiaire des fibres plus horizontales du scalène postérieur. En contraction unilatérale, ils inclinent la tête de leur côté et tournent un peu la face du côté opposé.

Quand le point fixe est en haut, les muscles scalènes sont d'importants muscles inspiratoires. Ils élèvent le grill costal et le soutiennent dans cette position quand le sujet soulève ou tire de lourdes charges à hauteur de la taille. Les scalènes agissent en synergie avec le sterno-cléido-mastoiïdien pour élever le thorax, pendant que le trapèze, l'élévateur de la scapula et l'omo-hyoïdien élèvent l'épaule et contribuent ainsi à soulager la pression sur le thorax durant l'inspiration. Les muscles scalènes controlatéraux sont antagonistes pour la stabilisation et l'inclinaison latérale du cou.

Symptômes d'une tension douloureuse des scalènes

Lorsqu'ils sont tendus et spasmés, le scalène antérieur et le scalène moyen peuvent comprimer le plexus brachial dans le défilé des scalènes et le patient ressent alors une douleur qui se situe plutôt au bord cubital de la main et qui peut s'accompagner de

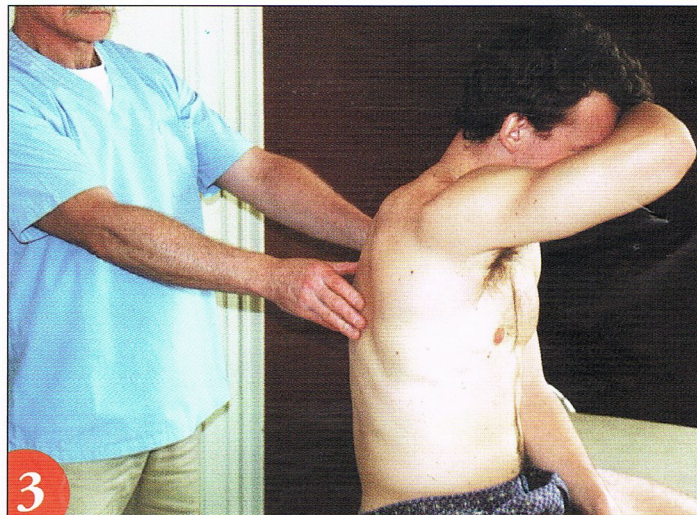
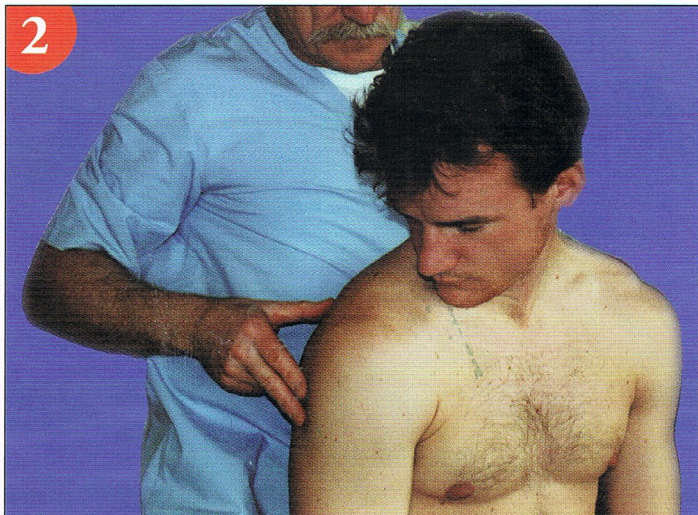
troubles sensitifs objectifs et de dysesthésies. Selon Travell et Simons, la douleur projetée des points gâchette des scalènes irradie aux faces antérieures et postérieures du bras, en respectant toujours le coude, au bord radial de l'avant-bras et sur le bord radial de la main, sans déficit objectif.

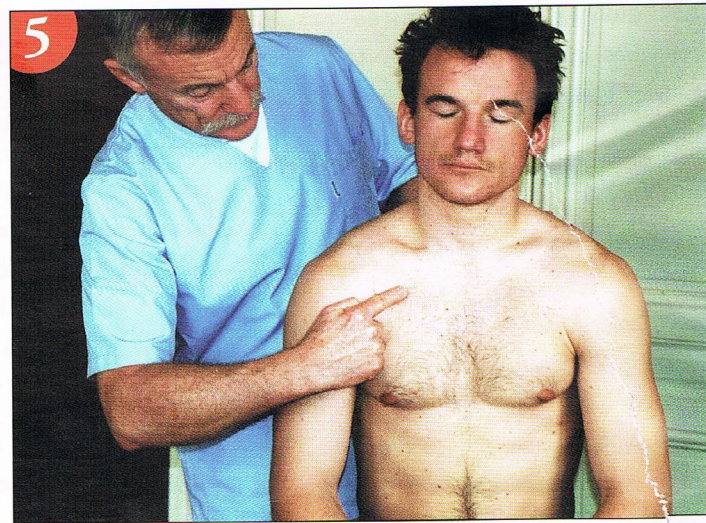
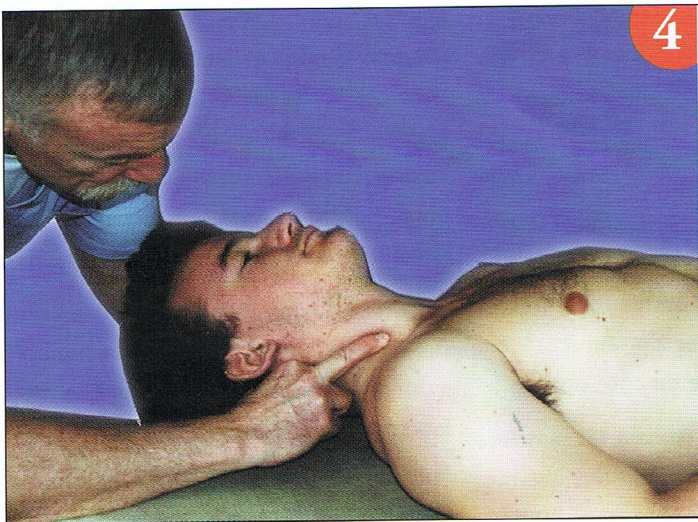
Au niveau du thorax, la douleur se projette sur la région pectorale en avant et au bord axial de l'omoplate en arrière. Ces douleurs peuvent perturber le sommeil du sujet qui lutte contre la tension de ses scalènes en préférant la position demi-assise, afin d'éviter que le thorax ne "remonte" vers le cou en décubitus dorsal.

Examen clinique

L'inspection note que le patient a tendance à mobiliser souvent son héli-ceinture scapulaire et sa tête comme pour "libérer quelque chose". Les rotations du rachis cervical sont très peu touchées, de même que la flexion et l'extension. Par contre, l'inclinaison latérale du cou est diminuée significativement du côté opposé aux muscles atteints.

Travell et Simons proposent un test de contraction des scalènes qui n'est intéressant qu'à condition que la douleur ne soit pas trop importante au moment de l'examen. Le patient tourne la tête, activement, du côté de la douleur et fléchit le menton vers le creux sus-claviculaire, en fin de rotation (fig. 2). Ce mouvement sollicite fortement les scalènes





et doit réveiller la douleur projetée pour être positif. A l'inverse, la douleur peut être améliorée si le patient pose son avant-bras du coté atteint, en travers de son front, puis projette son épaule en avant, libérant ainsi les muscles scalènes de la pression claviculaire (fig. 3). Notons au passage que, dans cette position, l'examineur a accès aux insertions sur le bord supérieur de la première côte. Enfin, cette manœuvre ne soulage jamais une douleur de névralgie cervico-brachiale et constitue une intéressante indication diagnostique.

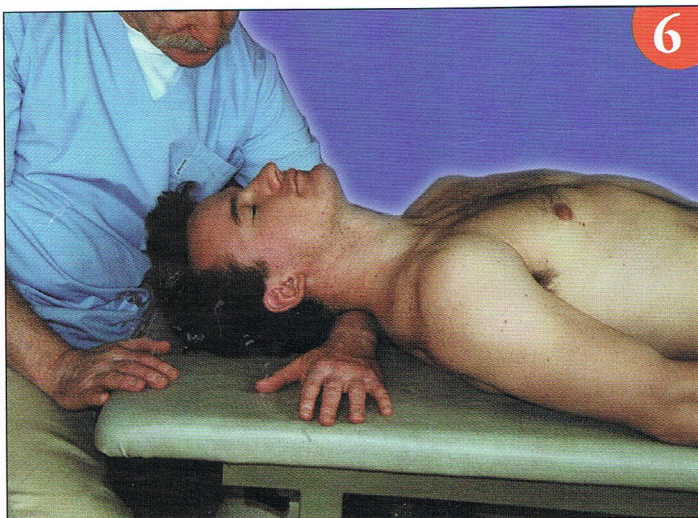
La palpation est un temps important de l'examen par la richesse des informations qu'elle fournit. En effet, le repérage des trajets des scalènes est facilité par leur proximité avec les muscles importants et accessibles à la palpation du cou. Le sterno-cléido-mastoïdien dont il suffit de récliner le bord postérieur du chef claviculaire pour avoir accès

aux insertions du scalène antérieur sur les transverses de la 3^e à la 6^e cervicale (fig. 4). Le bord libre du chef supérieur du trapèze, derrière lequel s'insère le scalène moyen, sur les tubercules postérieurs des transverses. Il faut, en revanche, aller chercher loin en arrière et en profondeur, derrière le bord libre du trapèze antérieur, les insertions du scalène postérieur, plus horizontal que les deux premiers. Une fois les insertions hautes repérées, il est facile de suivre les trajets des muscles qui se dirigent vers le bord supérieur de la première côte, en passant à la face postérieure de la clavicule. La pression maintenue sur les points douloureux retrouvés dans les scalènes réveille habituellement les douleurs projetées. Enfin, une souffrance des scalènes, traduite par la présence de points douloureux sur les trajets musculaires s'accompagne toujours d'une sensibilité importante de la fosse sous-claviculaire, au bord interne du muscle petit pectoral (fig. 5).

Traitement manuel

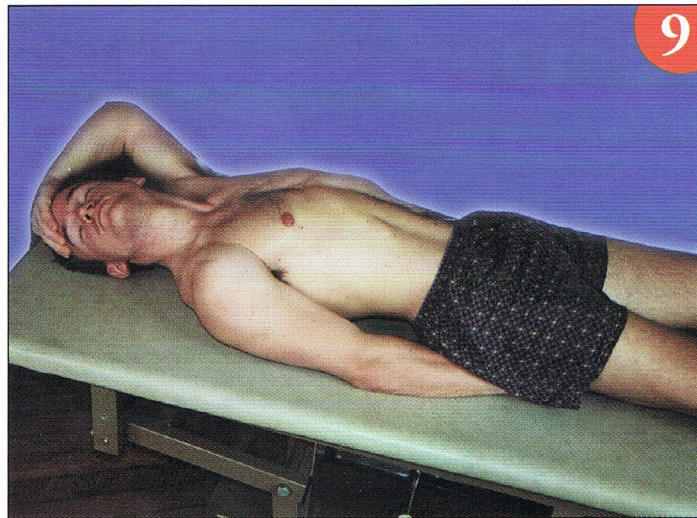
Les étirements constituent la technique de choix pour cette souffrance musculaire, y compris les auto-étirements dont la technique sera enseignée au patient.

Pour étirer les scalènes il est nécessaire, avant de démarrer la phase active, de mettre les muscles en tension. Pour cela, il faut éloigner les insertions en positionnant le rachis cervical en lordose moyenne et basse (fig. 6). Puis, il faut introduire une flexion latérale du rachis cervical moyen et inférieur du coté opposé aux muscles atteints, en ayant soin de verrouiller le rachis afin d'éviter que la manœuvre ne surmène électivement un segment vertébral dont la localisation échappe à l'opérateur. Ce verrouillage s'obtient en positionnant le cou en rotation du coté des muscles atteints (fig. 7). Cette technique évite de devoir tourner la tête du patient du côté





8



9

opposé pour le scalène antérieur et moyen puis de la repositionner en position indifférente pour le scalène postérieur. L'étirement proprement dit s'effectue en tenant compte du fait que les scalènes sont des muscles inspireurs quand l'insertion cervicale est fixée et l'appui de l'opérateur se fera sur la partie supérieure du thorax, c'est à dire sur le relief claviculaire et le plastron costal immédiatement sous-claviculaire (fig. 8). Les mouvements d'élévation du thorax seront ainsi raisonnablement contrariés et les mouvements d'abaissement, assistés. La thérapie s'effectuera sur une dizaine de cycles respiratoires. L'amplitude des mouvements du rachis cervical est limitée, dans cette technique, ce qui évite le raccourcissement des scalènes opposés et l'apparition de points douloureux controlatéraux.

Les auto-étirements sont pratiqués en décubitus dorsal. Le membre supérieur du côté étiré est en extension le long du corps, la main en pronation, coincée sous la fesse. A l'aide de la main opposée sur la

tête, le patient effectue une flexion latérale de cinq secondes, le visage tourné du côté opposé à la traction (fig. 9) puis en position indifférente (fig. 10) et le visage tourné du côté de la traction (fig. 11).

Les pressions. Il est possible de pratiquer des pressions sur les points douloureux des scalènes. Cette technique sera utilisée lorsque les étirements ne peuvent pas être effectués efficacement, comme dans le cas d'un cou douloureux et enraidit ou d'une impossibilité d'exercer une pression suffisante sur le plastron costal. Les pressions sont progressives et maintenues au moins une minute, jusqu'à disparition de la douleur locale et sans oublier d'avoir parcouru le muscle sur tout son trajet pour ne pas négliger un autre point. Dans tous les cas, quelle qu'ait été la technique employée, le résultat se mesure à la disparition de la douleur projetée et à celle de la douleur sous-claviculaire, véritable "point des scalènes".

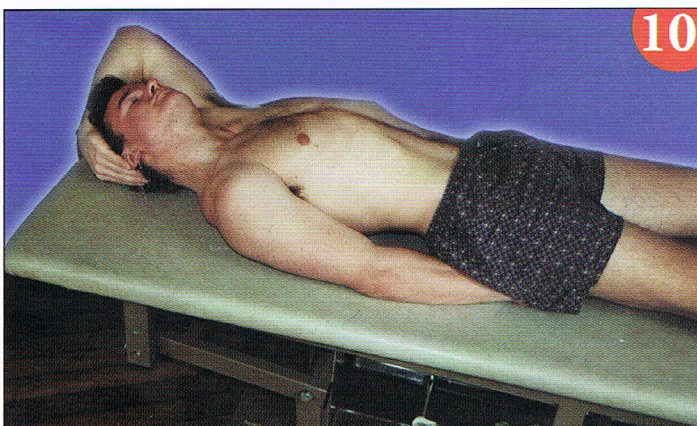
Les mesures préventives consistent à restaurer une statique cervicale satisfaisante en supprimant l'inclinaison anormale de la ceinture scapulaire. On doit s'assurer de l'absence de dysfonction des premières côtes, lutter contre les raccourcissements prolongés imposés aux scalènes, souvent en supprimant l'élévation de l'épaule qu'impose l'utilisation d'un sac tenu en bandoulière ou que l'on rencontre chez les gens qui dorment avec l'extrémité basse du corps surélevée. Enfin, il faut prendre des mesures pour diminuer le travail des muscles inspireurs chez les insuffisants respiratoires. ●

BIBLIOGRAPHIE

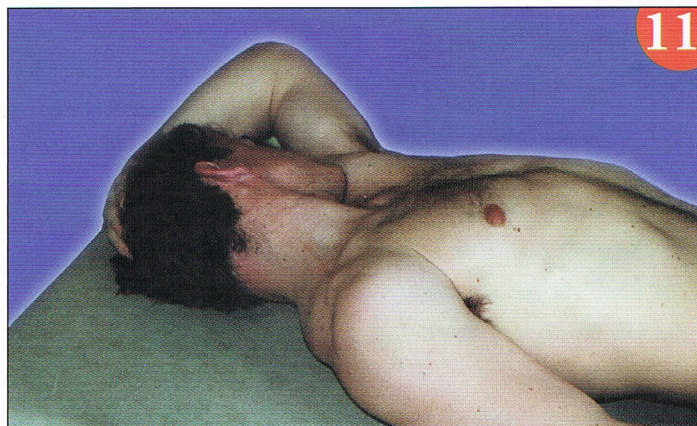
Netter FH. Atlas of human anatomy. Sharon Colacino, Ph.D. Consulting Editor.

Kahle W, Leonhardt H, Platzer W. Anatomie tome 1. Flammarion Médecine-Sciences.

Travell JG, Simons DG. Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux. Edition Haug International. Tome 1, p377.



10



11