

Prise en charge diagnostique et thérapeutique du syndrome du défilé cervico-thoraco-brachial

Dr Patrick Moreau Chirurgien vasculaire et thoracique
Clinique St Joseph – Village santé Trélazé
47^{ème} CONGRÈS DE MÉDECINE MANUELLE-OSTÉOPATHIE
De la jonction cervico-thoracique au défilé cervico-brachial - Epaulle
Vannes 12/13 octobre 2012

Caractéristiques du S.T.T.B.

- I - COMPLEXITE ANATOMIQUE
- II - PROBABILITE DIAGNOSTIQUE
- III - DIFFICULTE DE LA THERAPEUTIQUE
- IV - TRAITEMENTS PRINCIPAUX
- V - CONCLUSION

I – Complexité anatomique

• Confluence des 3 régions

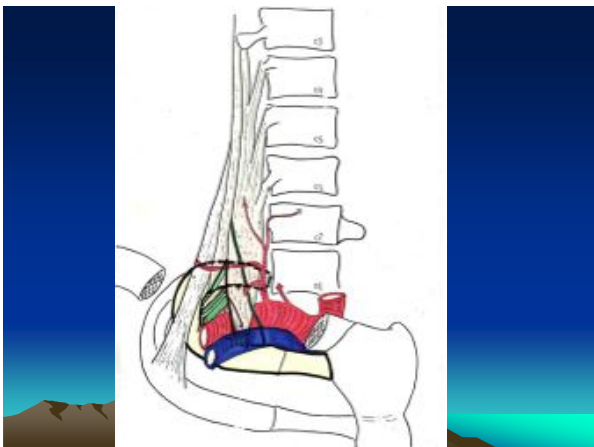
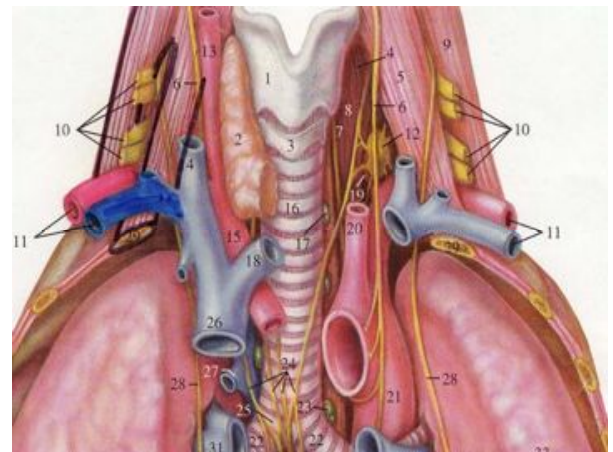
* cou ; thorax ; membre supérieur
(passage étroit)

• Structures fixes

* 1^{ère} côte ; 7^{ème} vertèbre cervicale (*apophyses transverses*) ;
muscle sous-clavier ; muscles scalènes (*antérieur et moyen*) ;
dôme pleural (*ligament suspenseur*)

• Eléments nobles

* artère sous-clavière ; veine sous-clavière ; racines nerveuses constitutives
du plexus brachial (*TSAI C8/D1*)

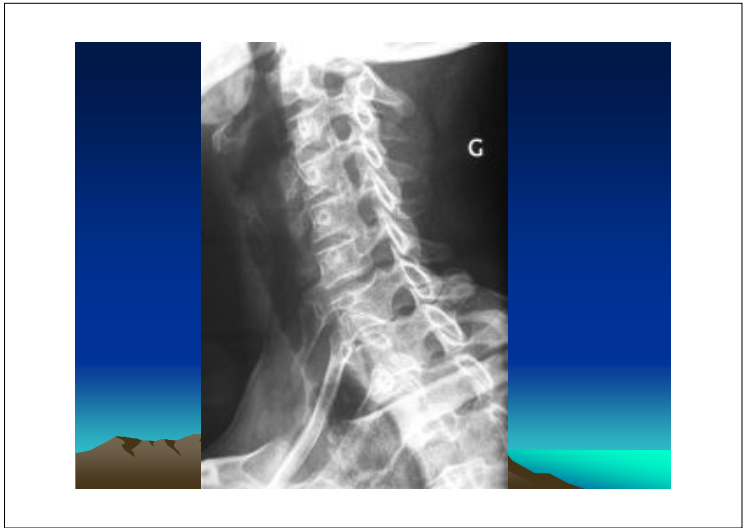
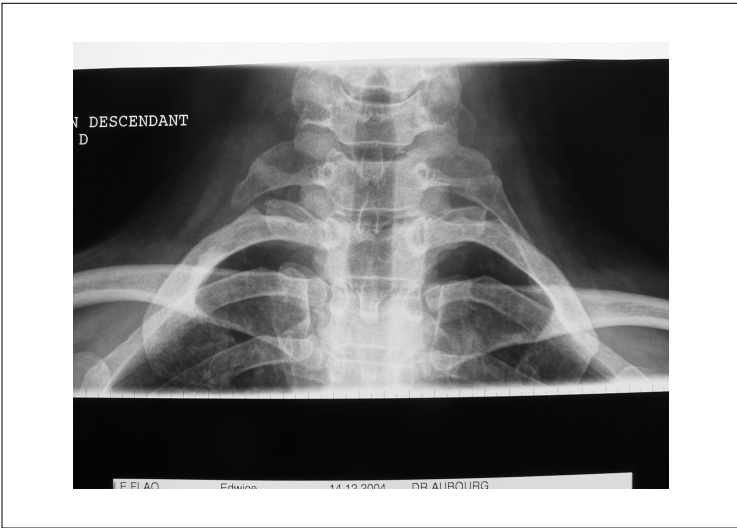
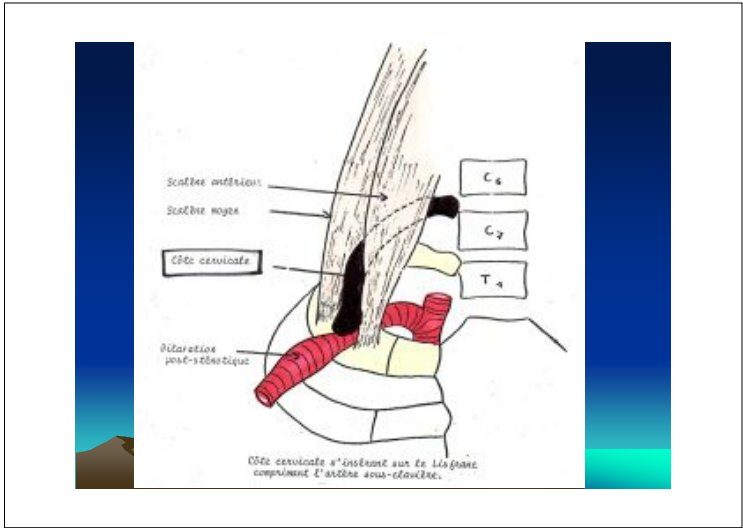
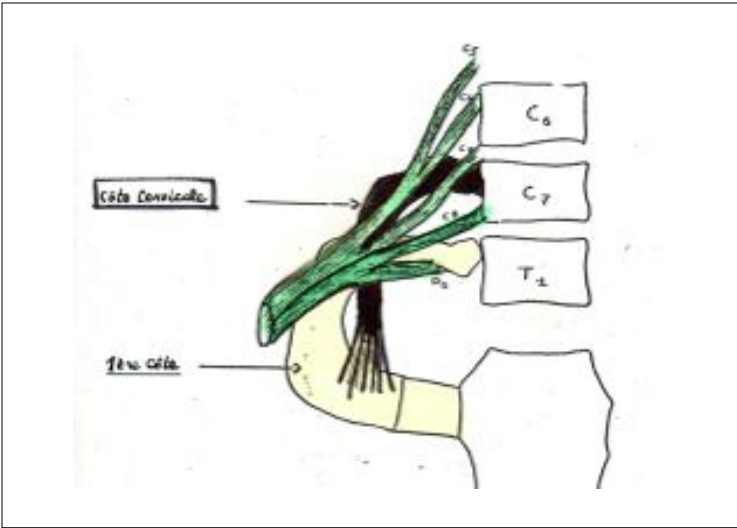


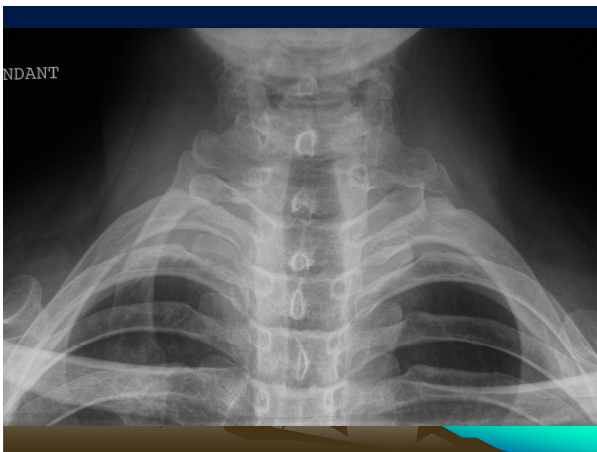
I – Complexité anatomique

• Variations et anomalies anatomiques

- * scalène antérieur : dédoublement/hypertrophie
- * première côte : hypoplasie/méga-côte
- * apophysomégalie C7
- * côte cervicale (« 13^e côte » ou « côte surnuméraire ») : plus ou moins complète
- * brides multiples : A.T. 7^{ème} vertèbre cervicale/dôme pleural

**COMPRESSION DYNAMIQUE
INTERMITTENTE OU PERMANENTE
DES ELEMENTS NOBLES VASCULO-NERVEUX**





II – Probabilité diagnostique

• Eléments cliniques

* SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE (notion subjective)

▣ très évocatrice

- ▣ douleurs proximales (région supra-claviculaire-partie haute du bras)
- ▣ dysesthésies distales (2 doigts cubitaux irradiant face interne membre supérieur)
- ▣ fatigabilité en élévation du membre supérieur

▣ possible : cortège symptomatique multiple touchant le cou, l'épaule, le membre supérieur



Evaluation des symptômes sur une échelle de 1 à 10

* EXAMEN PHYSIQUE RIGOREUX STANDARDISE (notion objective)

▣ morphologie générale et attitude

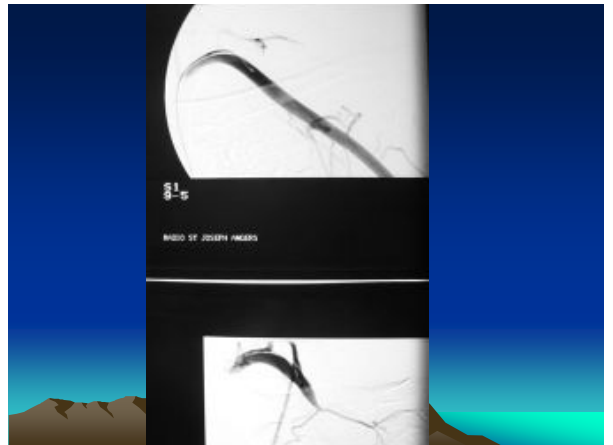
- ▣ creux sus-claviculaires/rachis cervical/Épaule
- ▣ étude des pous en abduction passive, coloration des mains
- ▣ manœuvre du chandelier en abduction active

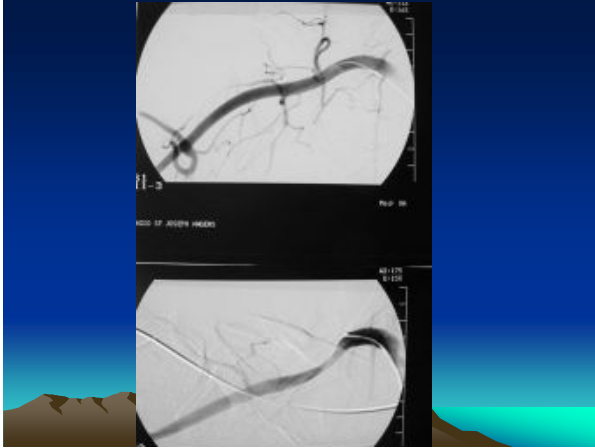
II – Probabilité diagnostique

• Eléments para-cliniques

- RADIOGRAPHIES SIMPLES : chamière cervico-thoracique et premières côtes de face + rachis cervical face/profil/trois quart
- ECHO-DOPPLER ARTERIEL ET VEINEUX STATIQUE ET DYNAMIQUE (angiologue spécialisé)
- ELECTROMYOGRAMME des 2 MEMBRES SUPERIEURS distal + proximal (électrophysiologiste spécialisé)
 diminution amplitude distale potentiel moteur nerf médian
 diminution amplitude nerf BCI
 signes neurogènes (détection à l'aiguille) court abducteur pouce sans atteinte autres muscles C 8

RAREMENT UNE CERTITUDE ABSOLUE





III – Difficulté de la thérapeutique

C'est la raison pour laquelle il faut un **ORGANIGRAMME DECISIONNEL**

* **Formes majeures** : côtes cervicales très symptomatiques chez les sujets jeunes = **CHIRURGIE d'EMBLEE**
(après 16 ans)

* **Formes « typiques »** : symptomatologie très évocatrice avec un syndrome « pur » = **KINE SPECIFIQUE 3 mois** et si inefficacité **CHIRURGIE**

III – Difficulté de la thérapeutique

• Formes « probables ou possibles »

- éventuellement avis spécialisé selon orientation clinique (rhumatologue +++ ; chirurgien de la main +++ ; chirurgien du rachis +++ ; chirurgien de l'épaule +++ ; neurologue +++ ; psychiatre +)
- toujours kiné spécifique prolongée (minimum 6 mois)
- jamais de décision hâtive et formelle pour la chirurgie
 - bien connaître le patient (désir profond)
 - bien informer le patient (bénéfices/risques)
 - envisager reclassement professionnel avec médecin du travail

In fine c'est l'avis du patient qui est déterminant

* Formes très incertaines

- aucune chirurgie
- prise en charge de la douleur par centre spécialisé

IV – Traitements principaux

• Rééducation très spécialisée

- « massage et rééducation de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire pour syndrome de la traversée cervico-thoraco-brachiale »
15 à 25 séances à raison d'une par semaine.

NE PAS FAIRE : renforcement musculaire ni travail en abduction et rétropulsion

INSISTER : massages décontractants et rééducation proprioceptive du cou et des épaules en antépulsion et relâchement musculaire.

IV – Traitements principaux

• Chirurgie : très spécialisée

* voie axillaire de Roos

- . Résection du scalène antérieur avec libération artérielle
- . Section du muscle sous-clavier avec libération veineuse
- . Section du scalène moyen avec libération nerveuse C8/D1
- . Section des différentes brides et structures fibromusculaires surnuméraires
- . Résection de la 1^{ère} côte plus ou moins côte cervicale
- . Abaissement du dôme pleural

* voie supra-claviculaire

- . Résection étendue du scalène antérieur avec libération artérielle (phrénique)
- . Large libération des troncs secondaires du plexus brachial C5/C6, C7, C8/D1
- . Résection côte cervicale sans résection de 1^{ère} côte
- . Exceptionnellement chirurgie artérielle réparatrice

V - Conclusions

- Grande écoute du patient
- Connaissance parfaite de l'anatomie
- Examen clinique rigoureux (standardisé pour être comparatif)
- Qualité parfaite de l'EMG et des radios simples
- Travail d'équipe avec tous les thérapeutes (rhumatologues, chirurgiens de la main, du rachis, de l'épaule, kinésithérapeutes et spécialistes médecine manuelle, médecins spécialisés de la douleur)
- Information très précise du patient et de tous les médecins (y compris du travail, de l'assurance maladie)
- Vigilance extrême tout au long de la chirurgie (première cause de procédure judiciaire pour un chirurgien vasculaire)
- Pathologie reposant sur un état antérieur méconnu (prédisposition anatomique) et se décompensant en général à l'âge adulte sous l'effet de facteurs + ou – précis (traumatisme ; travail répétitif)

PRUDENCE PERMANENTE TOUT AU LONG DE LA DEMARCHE MEDICO-CHIRURGICALE