

La compression costale du nerf thoracique long: un nouveau syndrome canalaire

Marie-Christine PELIER-CADY

Yann SAINT-CAST

G L M M S 18 mai 2013

« Scapula alata » neurologique

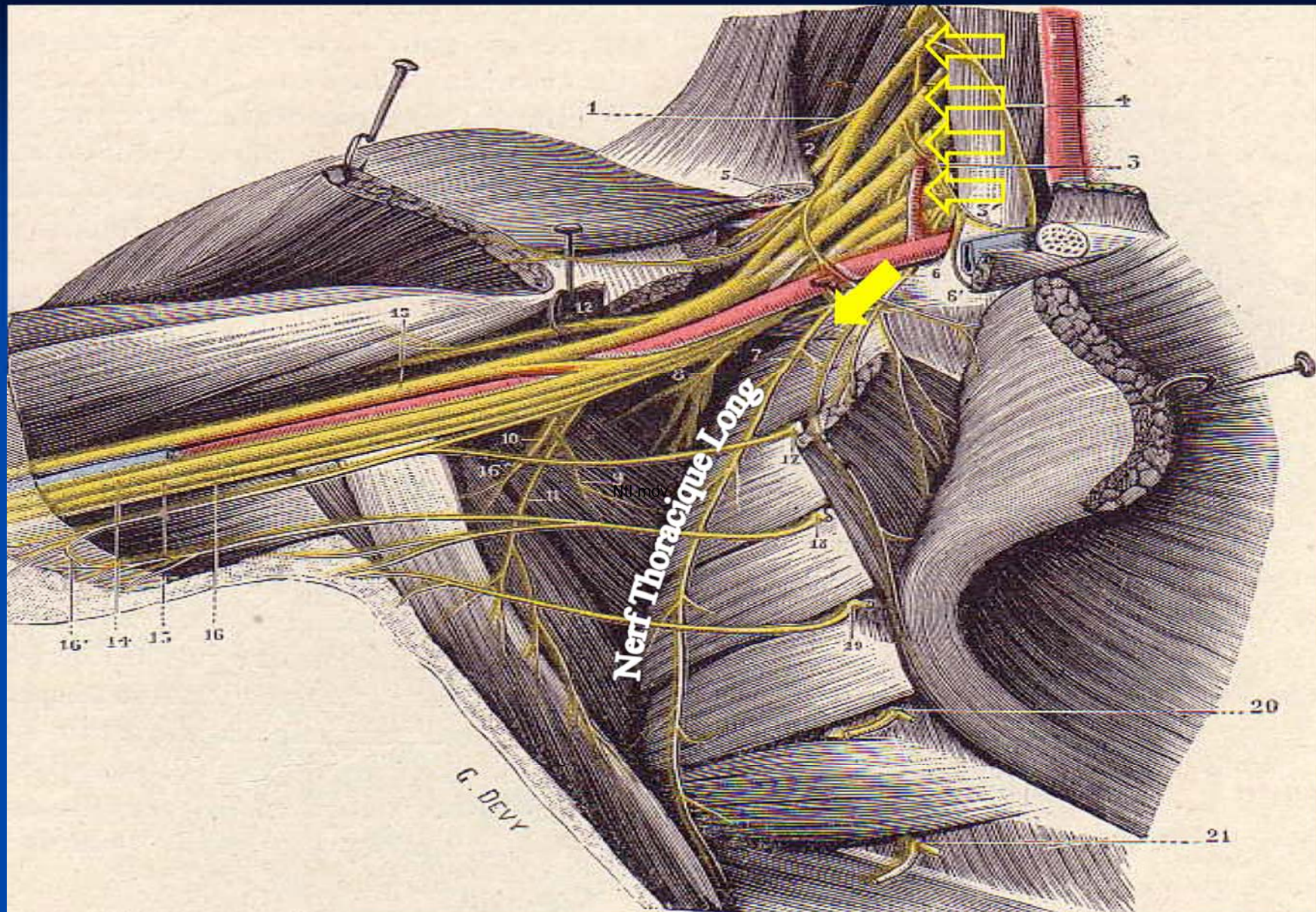
Décollement de la scapula



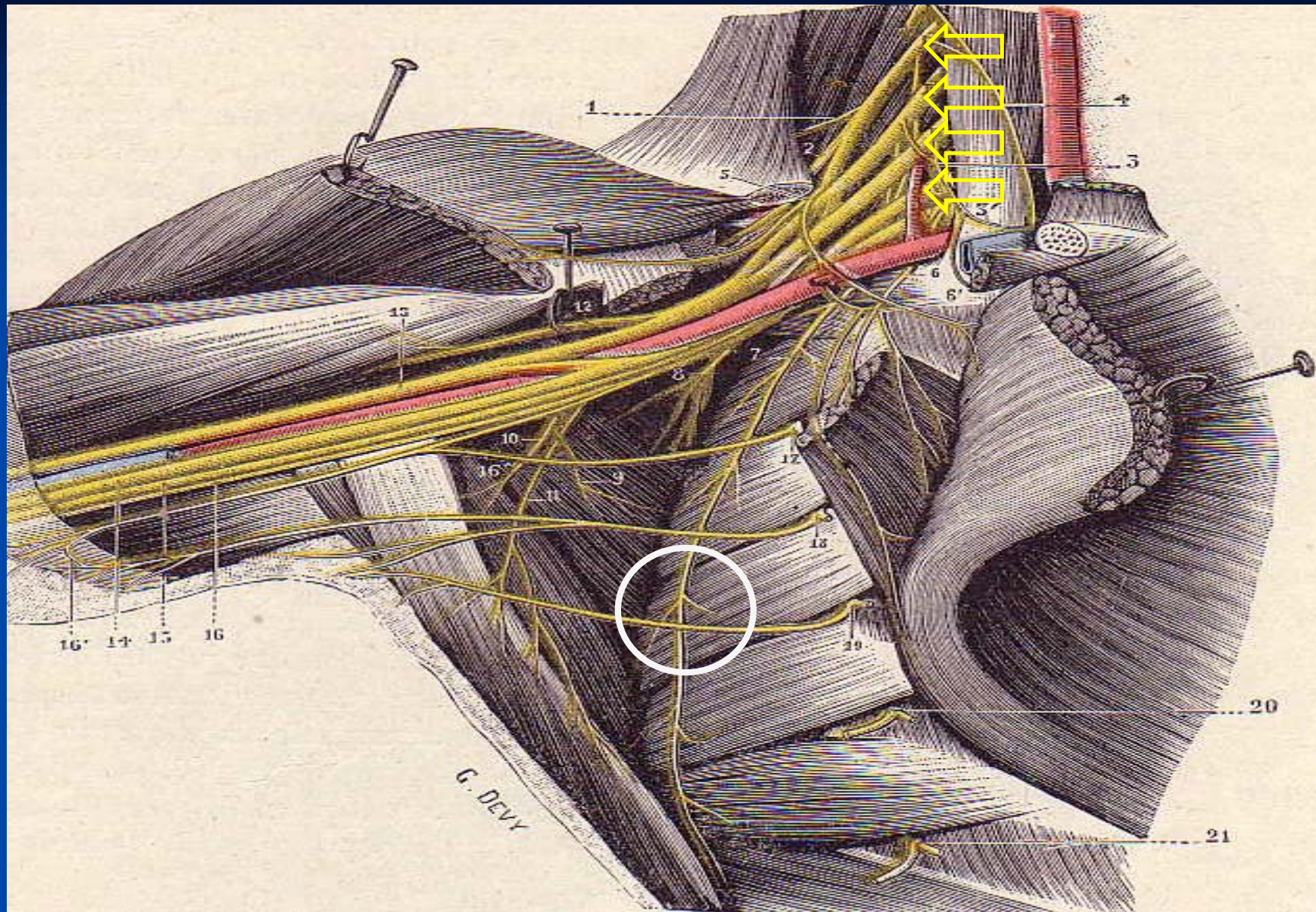
Atteinte du nerf thoracique long
NTL

- PARSONAGE et TURNER
 - Etirement proximal de l'ensemble du plexus brachial
 - Compression costale du NTL
- Jacky LAULAN et Tristan LASCAR

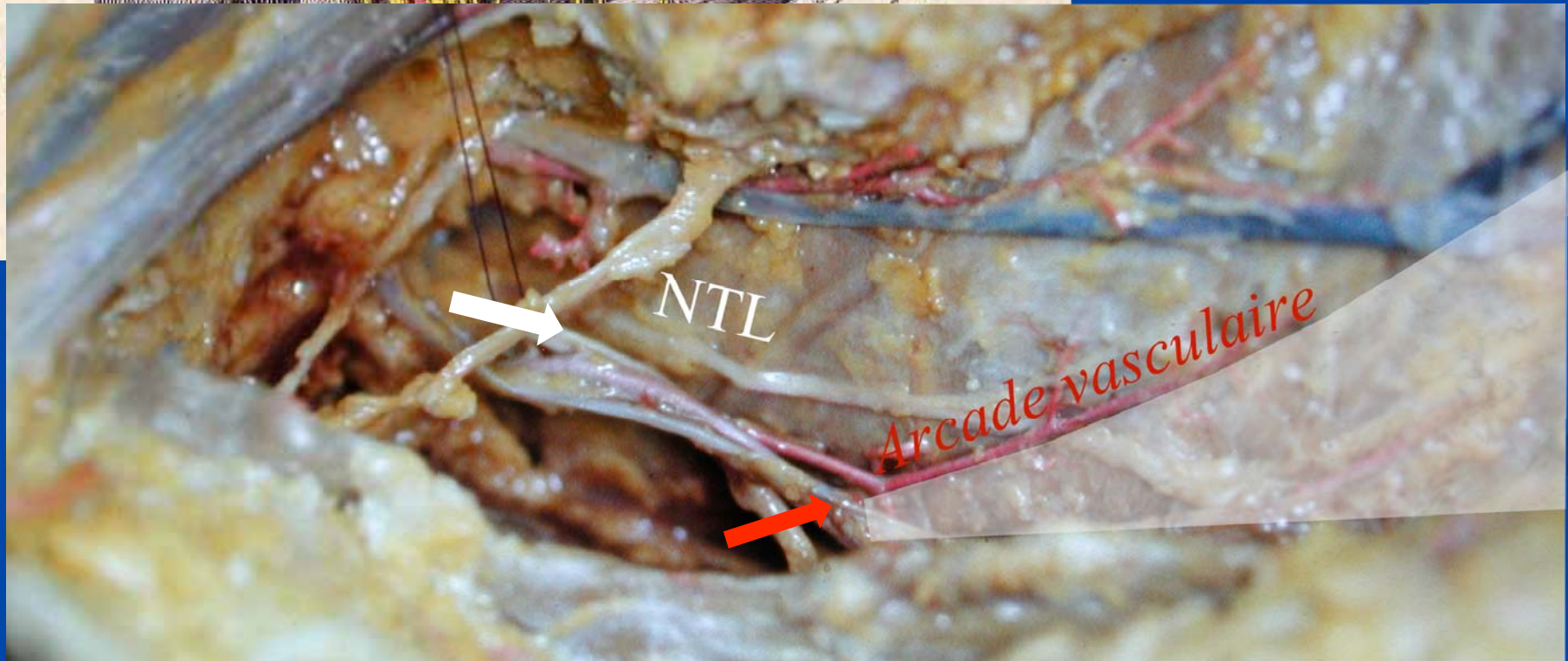
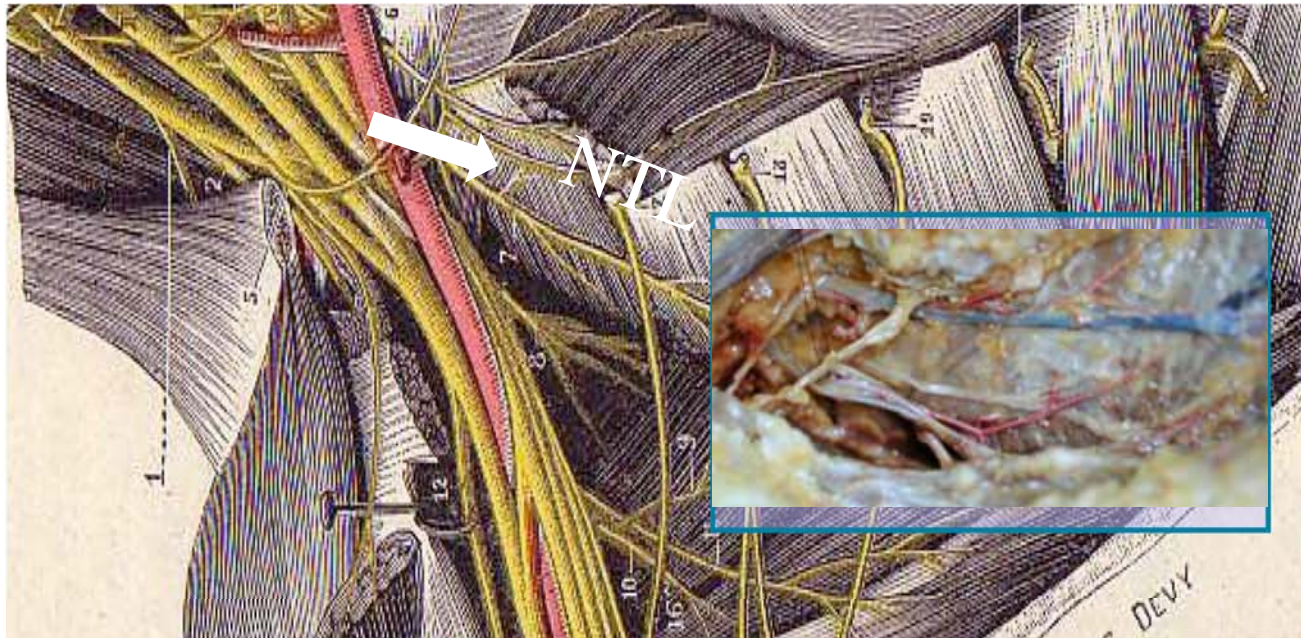
ANATOMIE



ANATOMIE



Etude anatomique



Aspect clinique

Décollement de la
pointe de l'omoplate
entre 60° et 90°
d'abduction
antépulsion



Aspect clinique

Décollement de la **pointe** de l'omoplate entre 60° et 90° d'abduction antépulsion

Pseudo Tinel dans le creux axillaire (4^{ème} ou 5^{ème} côte)



Plainte fonctionnelle

Pseudo syndrome sous acromial :
défaillance d'orientation de la scapula
de 60° à 90° et mauvais recentrage
scapulohuméral

Pseudo instabilité de l'épaule : sports à
haute vitesse avec appréhension à
l'armer (arts martiaux ; handball ;
volley)

Syndrome d'effort : inconfort fatigabilité



Diagnostic difficile

- Et pourtant, le diagnostic peut être évoqué par le seul examen clinique d'un patient torse nu, debout, de dos, en statique et en dynamique.
- Le pseudo Tinel en région axillaire est pratiquement constant.
- L'EMG est très précieux pour localiser le site de compression, quantifier le déficit et évaluer la récupération.

Etude ElectroNeuroMyographique

4

Parsonage et Turner

2

compressions basses du NTL
avec atteinte proximale

25

compressions basses isolées
du NTL

31

« scapula
alata »

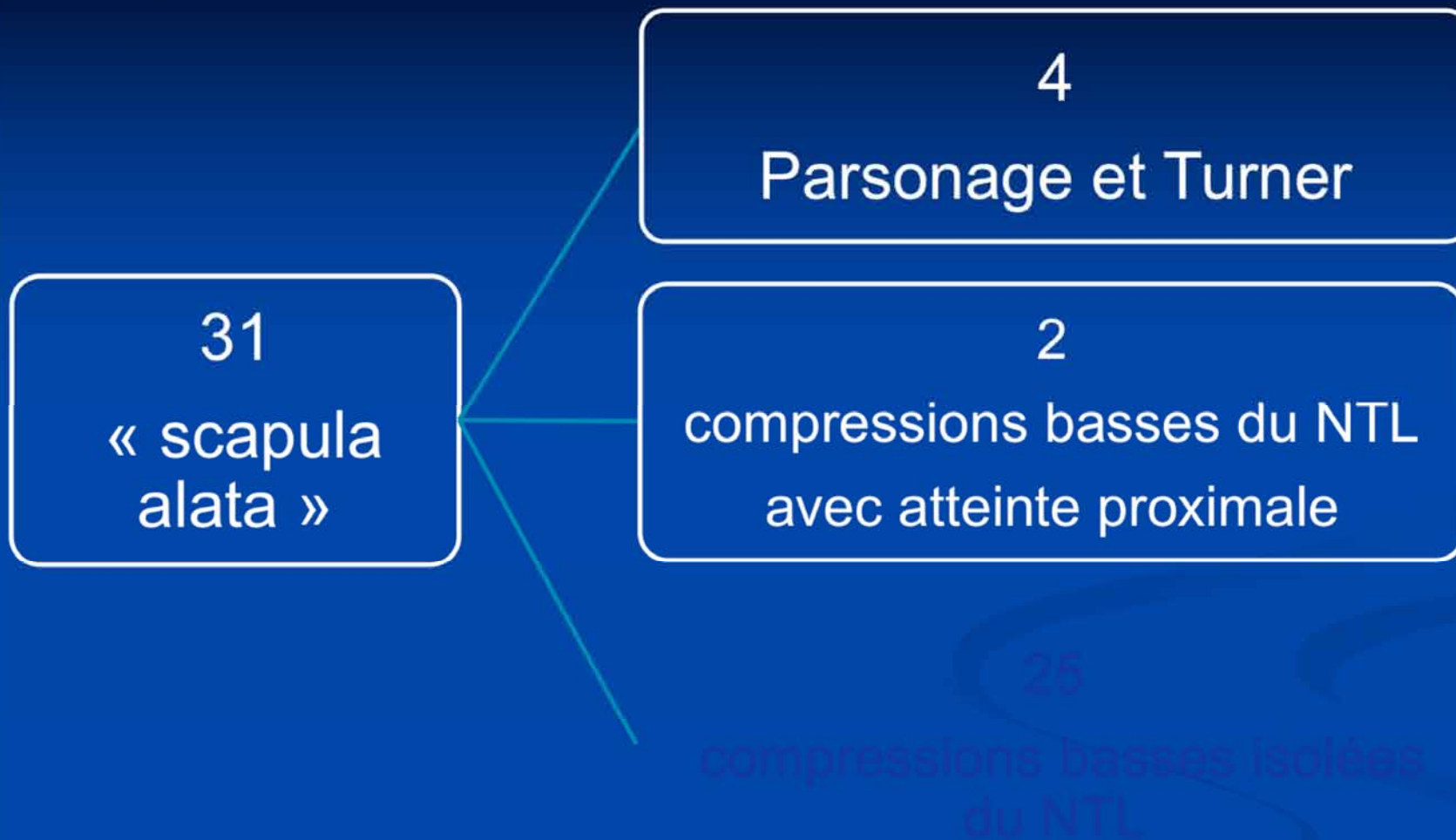
```
graph LR; A[31 « scapula alata »] --- B[4 Parsonage et Turner]; A --- C[2 compressions basses du NTL avec atteinte proximale]; A --- D[25 compressions basses isolées du NTL];
```

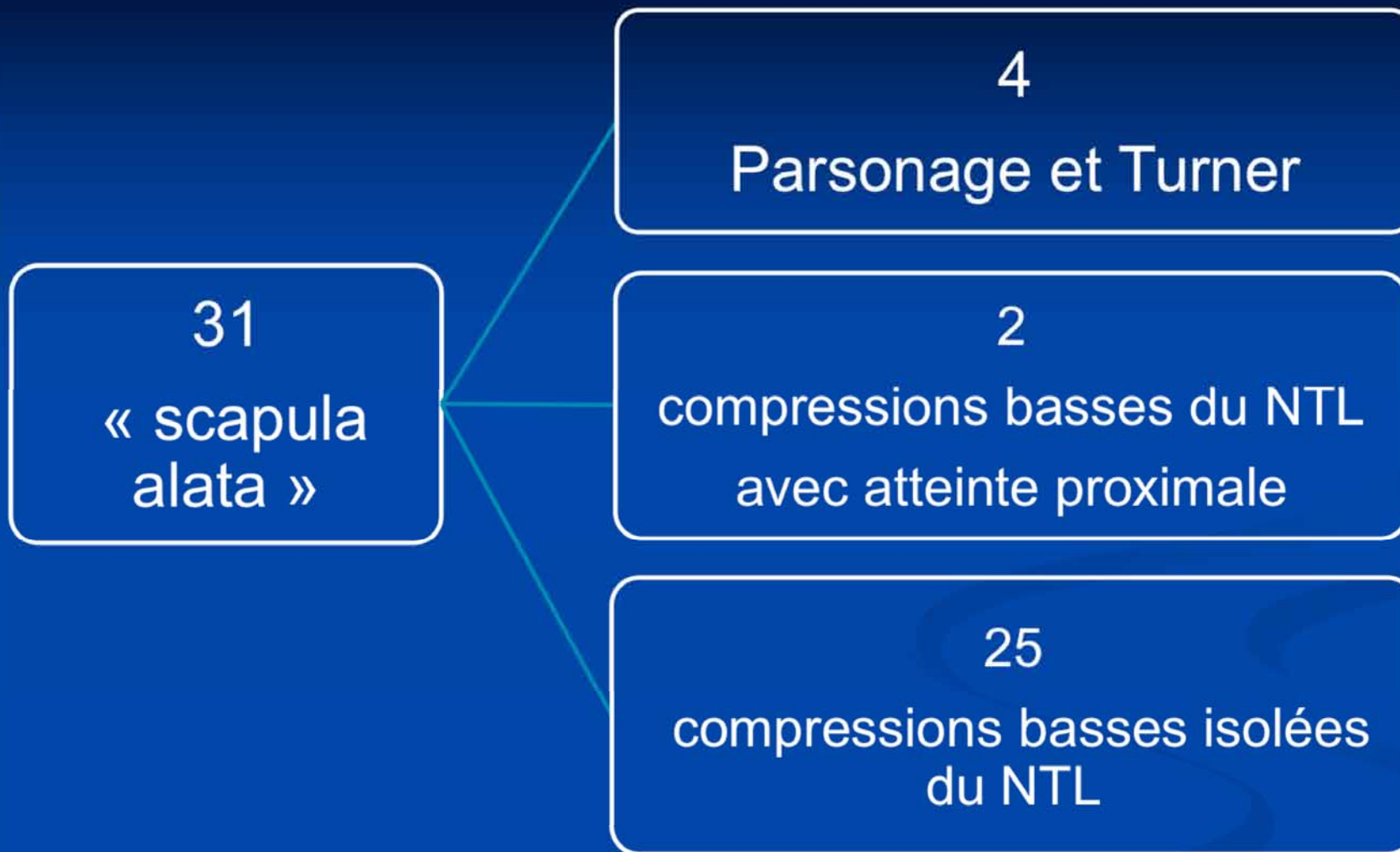

31
« scapula
alata »

4
Parsonage et Turner

2
compressions basses du NTL
avec atteinte proximale

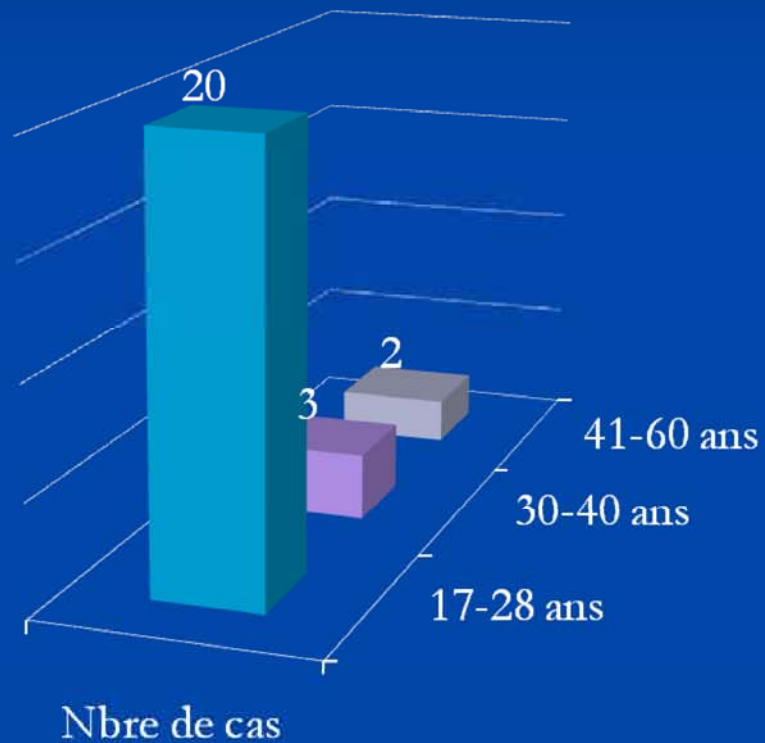
25
compressions basses isolées
du NTL





25
compressions basses isolées du
NTL

21 hommes
4 femmes



Age moyen: 27 ans

Circonstances de survenue

15 patients / effort ou « faux mouvement » :

- 8 traumatismes cervico-scapulaires identifiés
- Sollicitation de grande amplitude de la ceinture scapulaire(sport ou profession)

16 patients / activités sportives à risque:

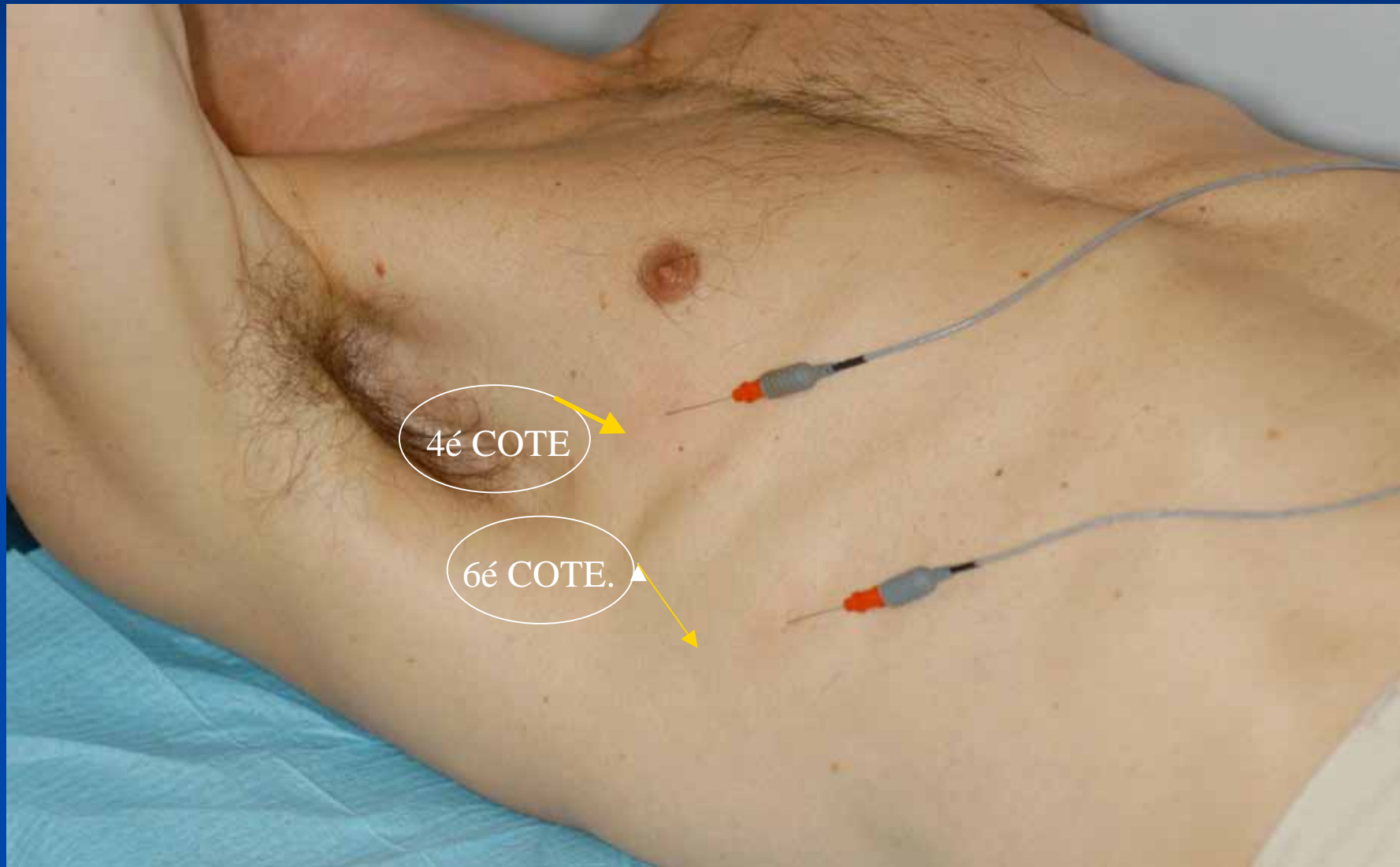
- 8 handballeurs ou volleyeurs
- 2 professeurs de judo
- 1 professeur de golf
- 1 boxeur
- 1 footballeur
- 1 éducateur sportif
- 1 jockey
- 1 joueur de tennis de table



Circonstances et éléments du diagnostic

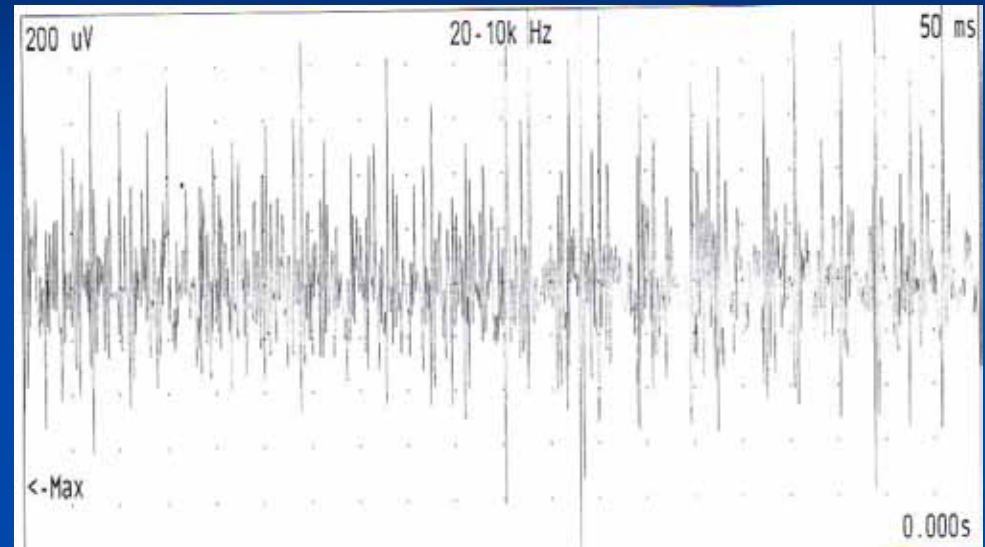
- Délai de consultation : 1 mois à 2 ans
- Douleur locale ou cervico-latéro-scapulaire (parfois seulement à l'effort ou en sport)
- Fatigue du bras
- Pseudo syndrome sous acromial
- Sensation d'instabilité de l'épaule
- Tinel sur les premières cotes: 9 patients dont 5 opérés

EXAMEN ELECTRONEUROMYOGRAPHIQUE DETECTION

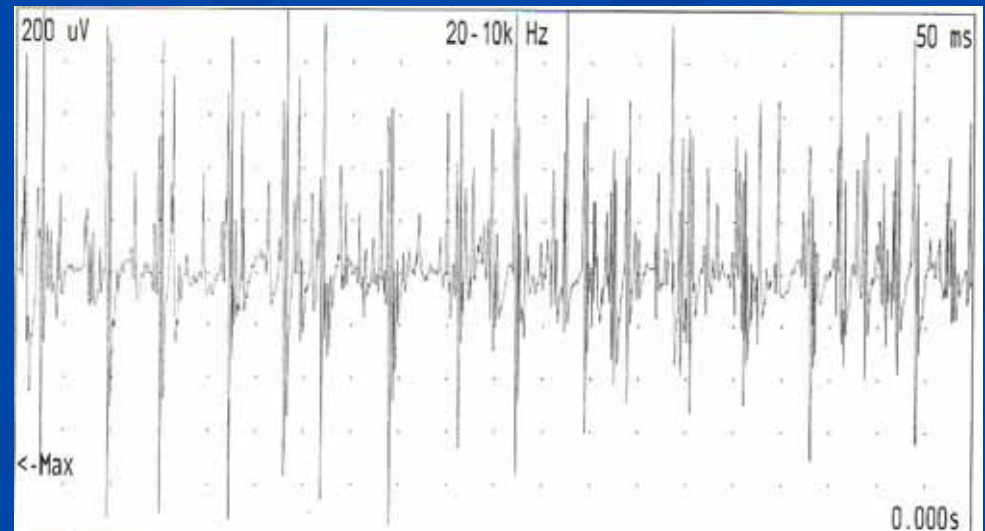


EXAMEN ELECTRONEUROMYOGRAPHIQUE

Fibres supérieures
4^{ème} côte



Fibres inférieures
6^{ème} côte



STIMULODETECTION NERF THORACIQUE LONG

■ STIMULATION :
POINT ERB

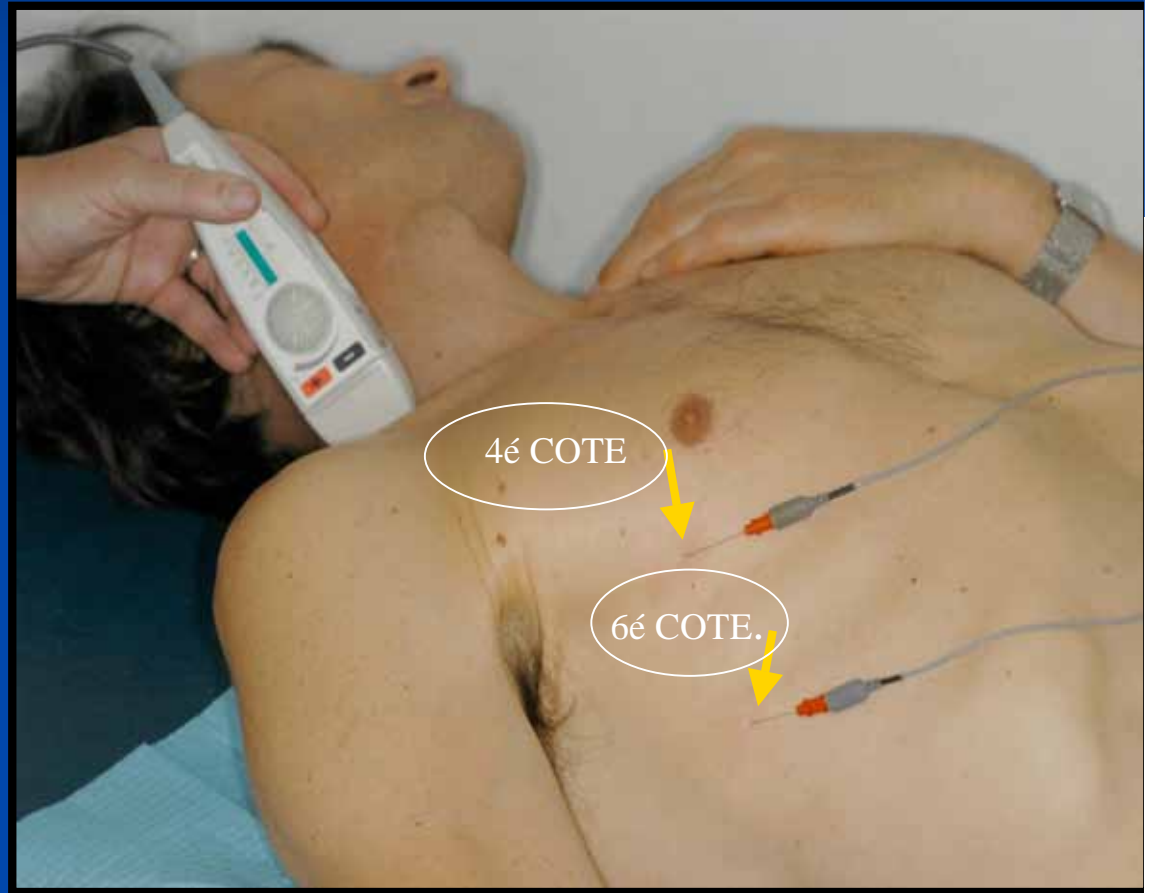
■ RECUEIL :



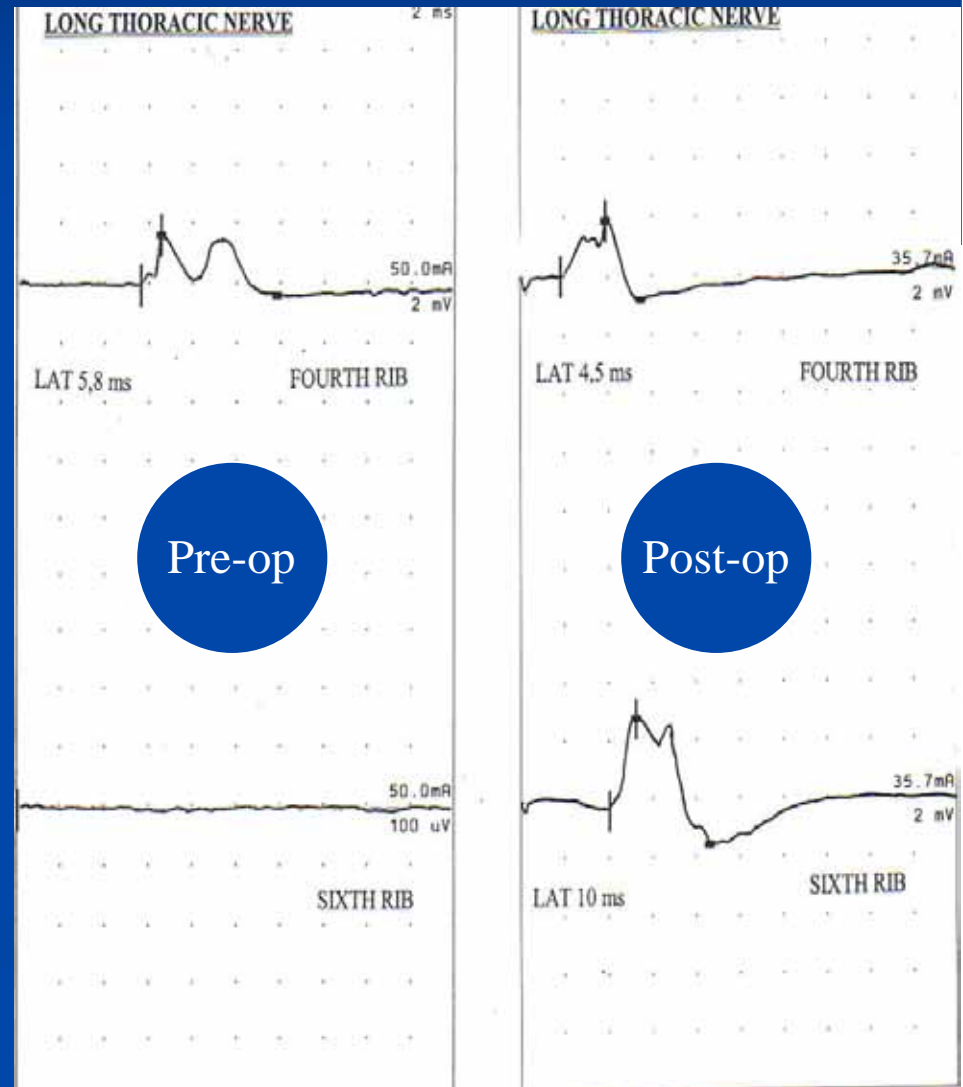
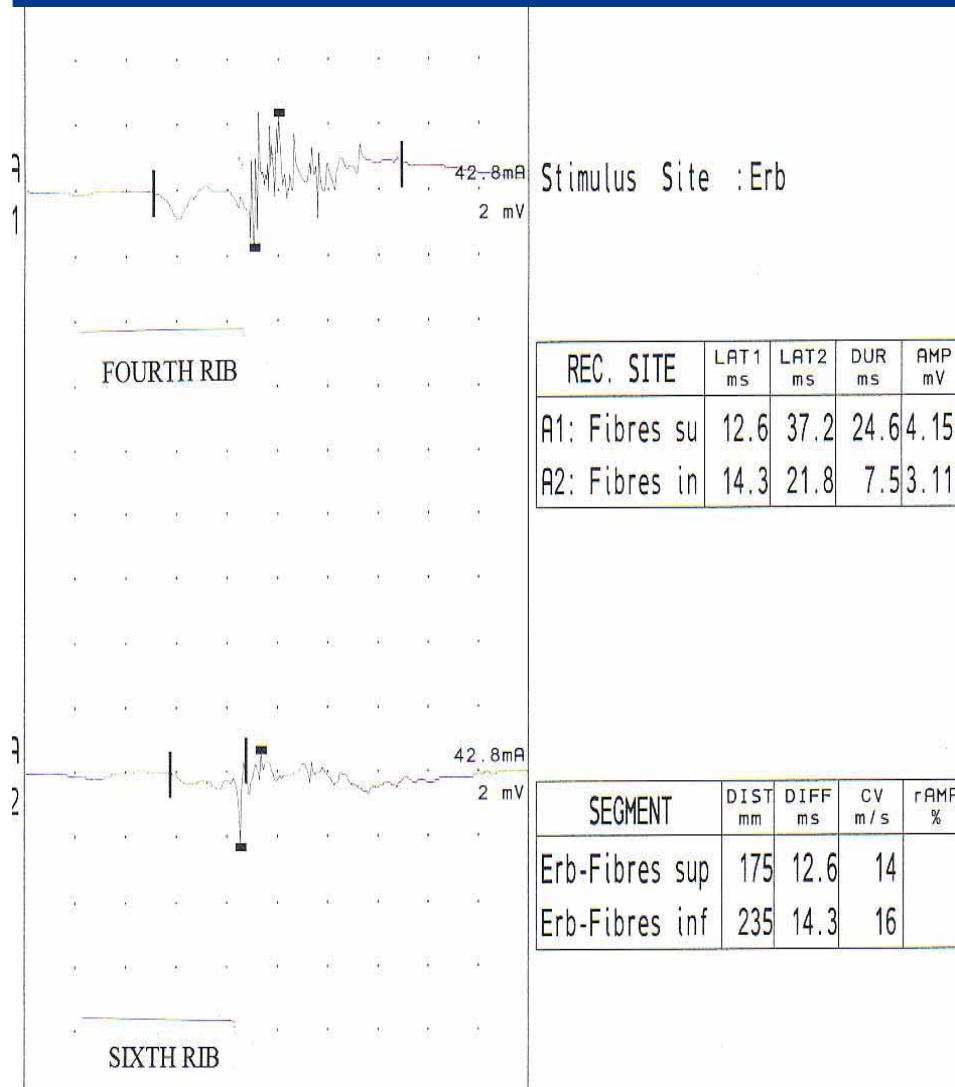
4^{ème} Côte



6^{ème} Côte



V.C.M. N.T.L.



RESULTATS

□ 17 patients non opérés

6 atteintes globales

7 atteintes modérées 4^{ème}
côte

↑ importantes 6^{ème}
côte

++ V.C.M. 6^{ème} côte

4 atteintes 6^{ème} cote isolée

□ 8 patients opérés

5 atteintes 6^{ème} cote isolées

2 atteintes globales ↑
6^{ème} côte



Suivi ENMG patients opérés

- 6 patients sur 8 ont une réinnervation complète au contrôle à 3, 6, 8 mois.
- 2 patients avec atteinte globale ont une réinnervation incomplète au niveau des fibres inférieures.
- L'amélioration des VCM est constante.

RESULTATS POST OPERATOIRES

- Amélioration clinique et électromyographique entre 2 et 6 mois:
 - Atteinte des fibres de pointe
 - Geste simple proche de l'effecteur
- En l'absence d'intervention: persistance des signes de compression du NTL surtout si l'activité responsable est poursuivie

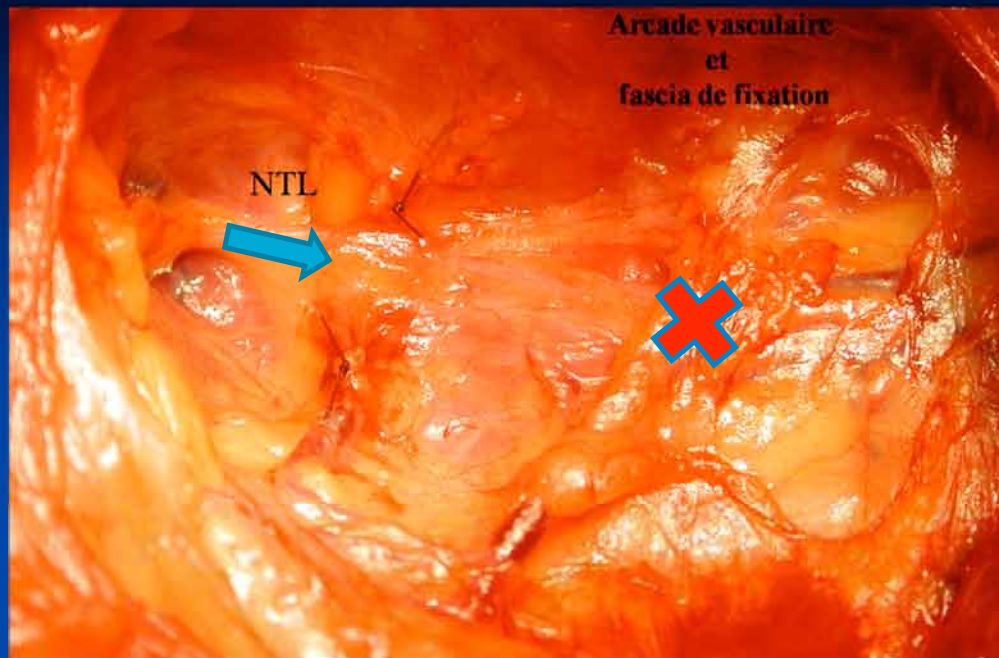
INTERVENTION

DELAI PREOPERATOIRE :

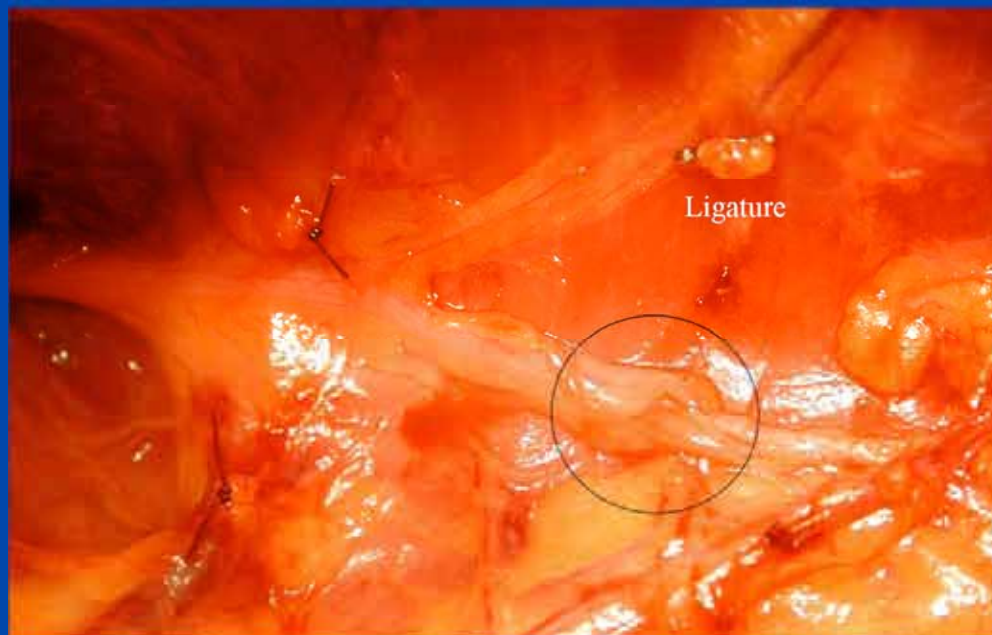
- 6 à 24 mois après début de l'atteinte du N.T.L.
- 1 Patient à 60 mois

CONSTATATIONS OPERATOIRES:

- Arcade fibreuse et boucle vasculaire près de la 4^e ou 5^e cote.
- Perte de la striation transversale du nerf.
- Névrome
- Dans 2 cas: présence d'une compression proximale en regard de la 1^{ère} côte (digitations musculaires proximales hypertrophiques avec boucle vasculaire)



La zone de fixité du NTL se situe à son croisement avec la branche thoracique de l'artère thoracodorsale



L'arcade a été ligaturée et le fascia ouvert. Le cercle indique la modification névromateuse du NTL.

CONCLUSION

- **Le syndrome canalaire costal du NTL** doit être évoqué devant un décollement de la scapula.
- L'EMG est très précieux pour localiser le site de compression, quantifier le déficit et évaluer la récupération.
- La levée chirurgicale de la zone de fixité du NTL au thorax est simple et efficace avec une amélioration de tous les paramètres en 6 mois.

MERCI
DE VOTRE ATTENTION