

Rachis cervical et épaule

continuités anatomique et fonctionnelle

MATHIEU LOUBIÈRE

KINÉSITHÉRAPEUTE - DÔLE

Dolto disait en parlant du traitement d'une épaule : « il faut se garder d'y toucher. Il faut faire de cela un véritable tabou ».

Cet aphorisme nous rappelle les liens qu'entretient la ceinture scapulaire avec le reste du corps à savoir le rachis dans son ensemble, les côtes et le bassin. Une relation existe aussi avec les viscères ; certaines douleurs d'épaules trouvent leurs explications dans une origine réflexe d'ordre viscéral (foie, estomac et cœur).



ANATOMIE

L'épaule est rattachée au rachis cervical par des muscles, des nerfs et des vaisseaux.

Les deux premiers muscles en lien direct avec les deux structures sont le trapèze supérieur et l'élévateur de la scapula. Ils réalisent de l'extension cervicale et de

l'inclinaison homolatérale. Ils sont antagonistes sur la rotation : homolatérale pour l'élévateur et controlatérale pour le trapèze. Le petit rhomboïde s'insère sur la charnière cervico-dorsale et se trouve être un élément de stabilité régionale. Ces trois muscles stabilisent la scapula et réalisent une élévation avec sonnette médiale pour l'élévateur et le rhomboïde et une sonnette latérale pour le trapèze.

Les muscles scalènes doivent être traités avec un égard particulier. Même s'ils ne sont pas directement en lien avec la ceinture scapulaire, ils joignent le rachis cervical au thorax. Par lien avec le trapèze et l'élévateur de la scapula, ils assurent une continuité musculaire (jusque dans leurs fibres) entre la région postérieure et antérieure, et interviennent dans le STTB (Syndrome de la Traversée Thoraco-Brachiale), étiologie possible d'une douleur d'épaule.

L'épaule est innervée par le plexus brachial. Une douleur projetée d'origine cervicale de type névralgie cervico-brachiale peut se déclencher de façon tronquée avec une projection sur la ceinture scapulaire.

PHYSIOLOGIE

On comprend par ces rapports anatomiques que toute dysfonction cervicale de type organique (fracture, entorse) ou fonctionnel (dérangement articulaire, souffrance discale, déséquilibre muscu-

laire), aura une répercussion sur l'épaule par spasmes musculaires réactionnels.

A contrario, une épaule limitée en amplitude entraînera une sur-utilisation musculaire pour compenser la perte de mobilité générant ainsi des douleurs cervicales. L'exemple typique étant la présence d'un décentrage scapulo-huméral limitant les mouvements de la tête humérale dans sa glène et nécessitant une augmentation de la sonnette latérale pour l'élévation. Cette sollicitation permanente du trapèze supérieur déclencherà des douleurs cervicales hautes souvent décrites par les patients.

➤ CONCLUSION

Le traitement d'une épaule ne se résume donc pas au traitement de la scapulo-humérale et ses différents liens doivent être connus par le kinésithérapeute. Le praticien doit avoir en tête ces rapports lors de son bilan et de son traitement. Ils sont la clé pour une prise en charge efficace car dans bien des cas, les dysfonctions cervicales et scapulaires s'organisent en chaînes lésionnelles.

En savoir plus...

www.itmp.fr
Formation « Rééducation du complexe de l'épaule »
à l'ORREK IdF / Format Kiné

Rééducation active des cervicalgies : intérêts et limites

JEAN-LOUIS ESTRADE

KINÉSITHÉRAPEUTE - ISSOUDUN

POURQUOI UNE RÉÉDUCATION ACTIVE ?

Les écrits récents la recommandent notamment pour les cervicalgies chroniques [1,2]. Son efficacité thérapeutique est reconnue sur les court et long termes [3], même en traitement isolé [4] : encou-

rager les comportements actifs semble préférable aux attitudes protectrices ou aux traitements passifs [5, 3, 6]. Il est établi que l'endurance est moindre chez les cervicalgiques, et qu'une kinésiophobie et des co-contractions parasites se retrou-

vent chez les cervicalgies attribuées à un fléau cervical.

QUELLE RÉÉDUCATION ACTIVE ?

Les modes préférentiels de cette rééducation (endurance, force, coordination) ne

