Pratique clinique

Douleur d'épaule et scapula

Série de cas de dyskinésies scapulaires

A. BOUTROIS(1), A. JÉQUIER(2), C. VERDAGUER(3), M. GRY(4), G. PFISTER(5)

(1) 11e Centre Médical des Armées, 176e Antenne Médicale, Montauban
(2,3) Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Médecine Physique et Réadaptation, Clamart
(4) 11e Centre Médical des Armées, 175e Antenne Médicale, Cugnaux,
(5) Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Clamart

Auteur correspondant : audrey.boutrois@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.10123

Reçu
le 15 mars 2024

Accepté
le 11 décembre 2024

Publié
le 5 juin 2026

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
Les douleurs de l'épaule sont un des motifs les plus fréquents de consultation en antenne médicale. Pour autant, le diagnostic des dyskinésies scapulaires est souvent retardé alors qu'il peut être établi à l'aide d'examens complémentaires simples, orientés par l'examen clinique.
Cet article présente une série de cas cliniques avant de décrire la dyskinésie scapulaire, se concentrant sur la scapula alata, puis en expliquant les modalités de la prise en charge.
Les dyskinésies scapulaires sont observées dans les sports impliquant une gestuelle d'armé-lancé ou de frappe d'un projectile. Une altération du contrôle moteur de la scapula est retrouvée dans plus de 60 % des pathologies d'épaule.
Plusieurs tests cliniques existent, limités par leur faible spécificité. La scapula alata est due à un déficit des muscles stabilisateurs de la scapula généralement secondaire à une atteinte nerveuse. Le diagnostic est confirmé par électromyogramme qui précise les muscles atteints et le degré de dénervation. Le traitement repose avant tout sur la prise en charge rééducative qui doit s'attacher à traiter au préalable le facteur causal de la dyskinésie scapulaire. Le renforcement musculaire analytique et global va aider à une bonne réinnervation ou permettre de suppléer le déficit. Un traitement chirurgical peut parfois être proposé en cas d'absence de récupération et de gêne fonctionnelle persistante, avec des résultats variables.

Mots-clés : Épaule. Dyskinésie scapulaire. Rééducation. Scapula alata. Médecine d'armée.

Abstract:
SHOULDER AND SCAPULA PAIN
A CASE SERIES ON SCAPULAR DYSKINESIAS
Shoulder pain is one of the most common causes for consultation in military medical centers. Nevertheless, diagnosis of scapular dyskinesia is often delayed when it could be established with simple complementary clinical exams.
A series of cases will be used in order to specifically focus on scapula alta and explain treatment modalities.
Scapular dyskinesias are observed in sports involving throwing or striking a projectile. Impaired scapular motor control is found in more than 60% of shoulder pathologies.
Many clinical tests are used despite their low specificity.
Scapula alta is mainly due to muscles of the scapula that are no longer stable, generally occurring after nerve damage. Diagnosis is confirmed by EMG, specifying the affected muscles as well as the degree of denervation. Treatment is based above all on reeducative physiotherapy which must treat the causal factor of the scapular dyskinesia first. Analytic and global muscle strengthening enables correct reinnervation or compensation. Surgery may sometimes be offered in the absence of recovery and/or in case of functional impairment, with variable results.

Keywords: Shoulder. Scapular dyskinesis. Physiothetapy. Scapula alta. Military medicine

Introduction

Les pathologies de l'épaule sont fréquentes chez les militaires que ce soit dans le cadre des activités de préparation opérationnelle (1) comme de la pratique du sport (2). L'articulation de l'épaule comprend l'articulation gléno-humérale, l'articulation acromio-claviculaire et l'articulation scapulo-thoracique. Nous avons choisi dans cet article de détailler les dyskinésies scapulaires, souvent méconnues car peu enseignées et plus rares que les autres grandes pathologies de l'épaule (tendinopathie de coiffe, instabilité gléno-humérale, etc.). Nous présentons d'abord une série de cas cliniques pour illustrer les différents types de dyskinésies scapulaires. Ensuite, nous décrivons cette pathologie dans le détail en nous concentrant sur la scapula alata. Nous poursuivons en expliquant les différentes modalités de la prise en charge des dyskinésies scapulaires. Enfin, nous discutons de la particularité de cette pathologie dans le contexte de la médecine militaire.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

1 Cas cliniques

1.1 Cas clinique 1

Un militaire de 40 ans, droitier, consulte en antenne médicale pour des scapulalgies droites évoluant depuis plus d'un an, en errance diagnostique et thérapeutique, dans les suites d'une manipulation thoracique en ostéopathie. Les douleurs sont d'allure neurologique et mécanique et la gêne est ressentie dans les gestes de la vie quotidienne, essentiellement quand il est adossé sur un siège, ou en portant son gilet balistique.
À l'examen clinique, on observe une asymétrie dans l'ensemble des mouvements de la scapula (figure 1). Notamment sur le mouvement d'élévation active de l'humérus en antépulsion, où l'on remarque une disparition de sa trajectoire de sonnette externe. L'appui des membres supérieurs tendus contre un mur met en évidence une saillie postérieure globale de la scapula (figure 2). On pose le diagnostic d'une dyskinésie scapulaire. L' électromyogramme (EMG) est compatible avec une dénervation chronique du grand dentelé. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule ne retrouve pas de lésion associée. Il n'est pas retenu d'indication chirurgicale étant donné l'excellente compensation musculaire, qui se traduit cliniquement par une hypertrophie des rhomboïdes (figure 2).



Fig. 1 : Inspection de la scapula en abduction des bras

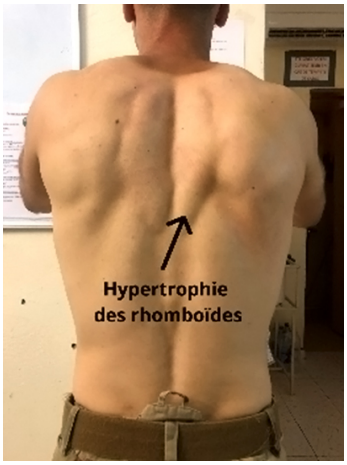


Fig. 2 : Inspection de la scapula lors de la manœuvre de *wall push-up press*

1.2 Cas clinique 2

Un militaire de 25 ans, tireur de précision, consulte au *Role 1* de Gao pour des douleurs intenses de l'épaule droite. Ces douleurs sont survenues dans les suites d'une infiltration pédestre en zone désertique ayant nécessité le port prolongé d'une musette de combat de plus de 35 kg. À l'examen clinique, on observe un décollement du bord externe de l'omoplate. Le patient est rapatrié en France où l'EMG retrouve une neurapraxie du nerf accessoire droit responsable d'un déficit du trapèze. Cette neurapraxie est probablement secondaire à une compression par les sangles du sac sur le nerf. Le patient bénéficie d'une physiothérapie douce et progressive, permettant une disparition complète de la douleur au bout d'un mois. Il récupérera dans les trois mois une force symétrique par rapport au côté controlatéral sur son trapèze.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

1.3 Cas clinique 3

Un maître-chien de 32 ans est adressé en consultation d'orthopédie en hôpital d'instruction des armées. Il se plaint d'une douleur de l'épaule gauche apparue depuis quelques semaines sans traumatisme déclenchant précis hormis le travail quotidien avec son chien (travail de patrouille et d'exploration, chien tenu en laisse). L'examen clinique montre un décollement du bord médial de la scapula. L'EMG et l'IRM concluent à un déficit du dentelé antérieur secondaire à une atteinte du nerf thoracique long, sans étiologie évidente sur l'imagerie. On pose le diagnostic de scapula alata *a frigore*. Le patient est traité par kinésithérapie et retrouve toutes ses amplitudes et sa force, sans douleur, quatre mois plus tard.

2 Discussion

2.1 La dyskinésie scapulaire, une étiologie à rechercher dans les douleurs d'épaule

L'articulation de l'épaule effectue des mouvements dans les trois dimensions. La scapula et la coiffe des rotateurs jouent un rôle majeur dans sa stabilité et sa biomécanique. Ces deux structures contrôlent les transferts de force entre les mouvements gléno-huméraux et scapulo-thoraciques. Lorsqu'il existe une altération de la position ou du mouvement de la scapula dans cette cinétique, en raison d'une inhibition ou d'un déséquilibre moteur de ses muscles stabilisateurs, on parle de dyskinésie scapulaire. Dans le mouvement d'élévation antérieure du membre supérieur, la cinétique physiologique de la scapula comprend : une sagitalisation de la scapula puis une sonnette latérale d'environ 45 degrés, une bascule postérieure puis une élévation de la scapula, variable selon les individus et l'angle d'élévation.

Les dyskinésies scapulaires constituent une étiologie fréquente mais mal connue de pathologie de l'épaule. Elles sont observées dans le cadre de la pratique sportive, notamment dans les sports impliquant une gestuelle d'armé-lancé ou de frappe d'un projectile (sports avec ballon, athlétisme, natation et autres *overhead athletes*). On les retrouve aussi chez des travailleurs plus sédentaires se plaignant de douleurs en regard des cervicales, pouvant être faussement décrites comme des cervicalgies (3).
Il est aussi fréquent d'en retrouver chez des patients asymptomatiques ou après une chirurgie de l'épaule, par décoordination des muscles stabilisateurs de l'épaule suite à une immobilisation prolongée, sans que cela soit systématique (4). Il faut pondérer nos observations en prenant en compte le côté dominant du patient. En effet, le membre dominant présentera de façon physiologique une plus grande mobilité scapulaire dans l'ensemble des plans (5).

Une altération du contrôle moteur de la scapula est retrouvée dans plus de 60 % des pathologies d'épaule (6), qu'elle soit la cause ou la conséquence de la blessure : syndrome conflictuel de l'épaule, douleur post-traumatique, faiblesse des tissus mous en lien avec la scapula, déséquilibre musculaire, fatigue musculaire, posture rachidienne perturbée, etc. Une conférence de consensus internationale souligne l'intérêt d'une évaluation systématique de la mobilité scapulaire lors d'une consultation pour plainte de l'épaule (7).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Plusieurs tests cliniques existent, limités par leur faible spécificité, d'où l'intérêt d'en réaliser plusieurs. Ils sont présentés dans le tableau 1.

Il s'agit d'évaluer le positionnement de la scapula, comparativement au côté controlatéral avec des tests statiques : le *wall push-up test*, la mesure de la distance table-acromion et le *lateral scapular slide test*.

Ensuite, il est nécessaire d'évaluer le mouvement de la scapula et l'effet des corrections apportées sur les tests dynamiques : le *scapular dyskynesis test* et les tests de repositionnement. Ils vont permettre de dépister une dysrythmie, c'est-à-dire un mouvement non harmonieux ou non synchrone avec le côté considéré sain et/ou un mouvement de *winging* de la scapula, c'est-à-dire un décollement du bord médial ou de l'angle inférieur de la scapula par rapport au thorax.

Lors du *scapular assistance test* modifié, le praticien repositionne la scapula en bascule postérieure et en sonnette externe lors de l'élévation active du bras dans le plan de la scapula. Le test est positif si le patient constate une diminution de sa douleur et/ou une augmentation de la force par rapport au même mouvement effectué sans assistance. Sur le *scapula reposition test*, le thérapeute repositionne la scapula en la frontalisant lors de l'élévation active du bras dans le plan de la scapula.

Les structures entourant la scapula doivent également être évaluées, à la recherche de douleur, d'une perte de fonction ou d'une instabilité : rachis thoracique, articulation acromio-claviculaire, muscles de la coiffe des rotateurs, les deux chefs du biceps, l'articulation gléno-humérale et notamment le labrum.
À noter que dans le cadre d'une dénervation, l'amyotrophie sera remarquée tardivement.

Il n'y a pas de diagnostic différentiel à la dyskinésie scapulaire, car sa définition repose sur un mouvement anormal de la scapula quelle qu'en soit l'origine.
En revanche, une fois qu'une dyskinésie scapulaire est objectivée, le travail de diagnostic est important pour savoir si elle est isolée ou si elle s'intègre dans une autre pathologie de l'épaule qui dérègle toute sa cinématique.

À l'inverse, tout examen de l'épaule doit être accompagné d'une recherche d'une dyskinésie scapulaire.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Tab. 1 : Les tests cliniques de la dyskinésie scapulaire

Tests statiques	*Wall push-up press*	
	Distance table-acromion	
	Lateral scapular slide test	
Tests dynamiques	*Scapular dyskinesis test*	
	Scapular assistance test modifié	
	Scapular reposition test	

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

2.2 La scapula alata : démarche diagnostique et étiologique

La scapula alata est un type de dyskinésie scapulaire, qualifié de dynamique (SAD) lorsque le décollement varie avec les mouvements du membre supérieur. Elle est due à un déficit des muscles stabilisateurs de la scapula : dentelé antérieur, trapèze, rhomboïdes (grand et petit) et élévateur de la scapula (figure 3). Ce déficit est généralement secondaire à une atteinte du nerf responsable de la commande motrice de ces muscles : le nerf accessoire pour le trapèze, le nerf thoracique long pour le dentelé antérieur et le nerf scapulaire dorsal pour les rhomboïdes. Cette atteinte peut être d'origine traumatique (choc direct sur les masses musculaires, mécanisme d'étirement brutal), microtraumatique (gestes répétés d'armé-lancé), inflammatoire ou idiopathique.

Le diagnostic est à évoquer devant un déficit de fixation de la scapula sur le thorax et une scapulalgie.

Il existe deux sortes de SAD :

- La scapula alata médiale, liée à un déficit du dentelé antérieur, où l'omoplate se décolle sur son bord spinal, avec une saillie de la pointe inférieure et une saillie postérieure globale. Ce signe est accentué si on demande au patient de pousser les bras tendus contre un mur (figure 2).

- La scapula alata latérale, due à un déficit du trapèze et/ou des rhomboïdes, où l'omoplate se décolle sur son bord spinal avec un déplacement de la pointe de la scapula vers la ligne axillaire, voire une translation latérale globale de la scapula par rapport aux épineuses dorsales. Ce signe est accentué lors de l'abduction contrainte du membre supérieur.

Le diagnostic est confirmé par EMG qui permet de préciser les muscles atteints et le degré de dénervation (8). L'EMG doit être effectué au moins quatre semaines après le traumatisme afin d'être accompli après la dégénérescence wallérienne. L'IRM scapulaire peut montrer un œdème musculaire de dénervation, une amyotrophie, voire une involution graisseuse des muscles dentelés antérieurs, trapèze et rhomboïde.

Plusieurs auteurs ont proposé une classification des dyskinésies scapulaires sans qu'aucune ne soit consensuelle, étant donné les multiples origines des dyskinésies scapulaires. Nous avons choisi de résumer les différents types de scapulae alata dues à un trouble d'activation musculaire dans le tableau 2.

Tab. 2 : Classification des dyskinésies scapulaires

Type	Clinique	Paraclinique		Traitement
		IRM : muscle atteint	EMG : nerf atteint	
Scapula alata à décollement latéral	Translation scapulaire latérale	Rhomboïdes	Nerf du rhomboïde	Rééducation efficace dans la majorité des cas
		Trapèze supérieur	Nerf accessoire	
Scapula alata à décollement médial	Décollement médial et saillie postérieure	Dentelé antérieur	Nerf thoracique long	Chirurgie si échec

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

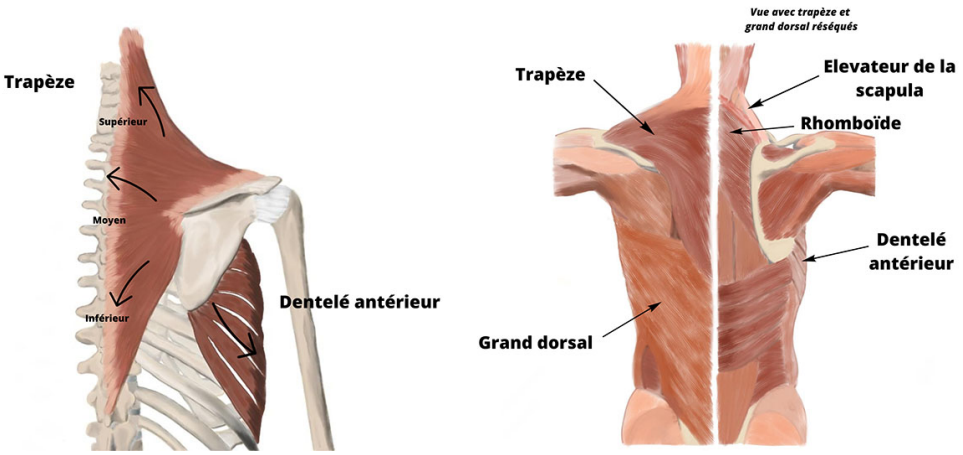


FIG. 3 : Les muscles stabilisateurs de la scapula ©M.Gry

2.3 Prise en charge médicale de la scapula alata

La prise en charge rééducative doit s'attacher à traiter au préalable le facteur causal de la dyskinésie scapulaire. Pour cela, le thérapeute axera sa rééducation autour de quatre grands objectifs :

- renforcer les muscles stabilisateurs de l'épaule de manière analytique (muscles de la coiffe des rotateurs, dentelé antérieur, trapèze) et de manière globale (rythme scapulo-huméral) ;
- améliorer les amplitudes articulaires ;
- détecter les tensions musculo-aponévrotiques et corriger la posture rachidienne du patient (9).

Le travail de renforcement musculaire des muscles stabilisateurs pourrait être considéré comme l'objectif principal. Cependant, il ne peut se faire efficacement que lorsque l'ensemble des amplitudes articulaires sont améliorées. Le risque étant de créer de nouveaux déséquilibres musculaires si l'articulation présente des raideurs séquellaires. S'il existe une limitation de l'adduction horizontale et de la rotation médiale dans l'articulation gléno-humérale (10), cela peut entraîner une limitation de la bascule postérieure de la scapula par rétraction de la capsule postérieure (11). Ce tableau de rétraction capsulo-ligamentaire postérieure par surutilisation entraînant un déficit de rotation est rencontré notamment dans les sports de lancer tels que le baseball ou le cricket, raison de sa présence dans la littérature anglo-saxonne. Un travail manuel de mobilisation est alors nécessaire. De même, des tensions des muscles petits et grands pectoraux peuvent entraver le bon équilibre musculaire nécessaire entre le plan antérieur et postérieur de l'épaule et engendrer un mauvais contrôle scapulaire. Des étirements faciles à réaliser en autonomie peuvent être conseillés. Enfin, la posture du rachis est à étudier, car elle peut être à l'origine d'une mauvaise sollicitation des muscles stabilisateurs et d'une sursollicitation d'autres muscles qui sont moins prioritaires au bon fonctionnement de la cinématique de l'épaule (12). À ce sujet, l'évaluation du rachis cervical est judicieuse.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Le renforcement musculaire analytique et global permettant une récupération nerveuse si une atteinte est diagnostiquée, va guider la rééducation pour retrouver un contrôle moteur physiologique. Le renforcement musculaire peut se faire en statique pour les fixateurs d'omoplate et en actif global par l'élévation antérieure et latérale de l'articulation gléno-humérale en contrôlant le serrage des omoplates (13). L'utilisation d'un élastique est pertinente pour augmenter la difficulté et la proprioception. Celle-ci peut aussi être travaillée en chaîne ouverte ou chaîne fermée (14). Les exercices au poids de corps sont de bons outils pour se réapproprier le rythme scapulaire, sous réserve d'une bonne exécution (importance de l'encadrement, au minimum initial, par un praticien formé). Tous les autres exercices permettant de travailler la fixation des omoplates comme le *wall ball shot* (projection oblique d'un *medecine ball* contre un mur) ou le *pull-over* (élévation antérieure puis au-dessus de la tête des membres supérieurs en décubitus dorsal) sont intéressants à réaliser.

L'infiltration est un complément utile à la rééducation, avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens pour les bursites ou de la toxine botulique pour relâcher les masses musculaires en tension, responsables de douleurs ou en entravant la bonne exécution du mouvement articulaire.

2.4 Prise en charge chirurgicale de la scapula alata

Un traitement chirurgical est proposé en cas d'absence de récupération nerveuse spontanée et dans le cas où le patient présente une gêne fonctionnelle après une kinésithérapie bien conduite, témoignant d'une incapacité des autres muscles à pallier le muscle déficitaire. Cette gêne fonctionnelle se traduit par une douleur persistante, une perte de force voire une perte d'amplitude articulaire.

Si le déficit est récent (moins d'un an et demi) une chirurgie nerveuse peut être proposée dans plusieurs conditions :

- une neurolyse si une compression du nerf sur son trajet est retrouvée à l'IRM ;
- une greffe nerveuse si le nerf est lésé sur une longueur de moins de 5 cm ;
- un transfert nerveux si le nerf est lésé sur une distance plus importante.

Si la lésion est trop ancienne, les plaques motrices sont rentrées en dégénérescence et la pathologie n'est plus accessible à un geste nerveux. Il faut donc stabiliser l'omoplate. Il existe deux types de stabilisation chirurgicale : la stabilisation statique ou la stabilisation dynamique.

La stabilisation statique peut s'effectuer :

- par une simple fixation par des vis ou du cerclage ;
- par scapulopexie : on sectionne deux ou trois côtes et on encastre la scapula dans la tranche de section ;
- par une arthrodèse scapulo-thoracique où l'on fait fusionner deux ou trois côtes à l'aide de matériel d'ostéosynthèse et de greffe osseuse prélevée en crête iliaque.

La stabilisation dynamique s'effectue par un transfert musculaire palliatif.
Diverses techniques ont été décrites. Pour un déficit du dentelé antérieur, le transfert le plus réalisé est le transfert de grand pectoral. Pour un déficit du trapèze, le transfert le plus réalisé est le transfert des rhomboïdes et de l'élévateur de la scapula (intervention de Eden Lange modifiée).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Le choix entre ces différentes techniques dépend de la demande fonctionnelle du patient et de l'expérience du chirurgien. Une discussion personnalisée devra être entreprise, tout en expliquant au patient qu'une récupération complète n'est pas garantie. Les complications à évoquer avec le patient sont les complications générales de la chirurgie (raideur, récidive, échec du traitement, hématome, sepsis, lésion nerveuse ou tendineuse) et le pneumothorax pour l'arthrodèse scapulo-thoracique.

2.5 Application en médecine militaire

Les douleurs de l'épaule sont un des motifs les plus fréquents de consultation en antenne médicale, qu'elles s'inscrivent dans un contexte de traumatologie aiguë ou de douleurs chroniques en lien avec des lésions microtraumatiques (15).

Les retards à la prise en charge diagnostique et thérapeutique en population militaire peuvent être expliqués par plusieurs facteurs. Le premier est culturel, où la crainte de consulter un médecin et de subir des déclarations d'inaptitude et donc des restrictions d'emploi l'emporte sur la préservation de son intégrité physique. À ce titre, le soldat pourra préférer consulter des praticiens non conventionnels ou se tourner vers des thérapeutiques alternatives.

L'engagement militaire impose un entretien physique rigoureux et la sélection d'une population jeune et sportive dont le niveau physique compense parfois pendant plusieurs mois des blessures de gravités diverses. Le rythme opérationnel peut également être un frein à l'observance des soins, des examens complémentaires et des périodes de repos physique et sportif.
De par son métier, le soldat est amené à réaliser régulièrement des exercices au poids du corps (gainage, tractions, pompes, etc.) qui lui permettent de renforcer ses muscles stabilisateurs et ainsi de pallier le déficit pendant une durée plus ou moins longue.
Les douleurs peuvent apparaître au stade de la pathologie chronique ou après une période de déconditionnement (arrêt de sport après une blessure sur une autre articulation, par exemple).

Il ne faut pas négliger le rôle de l'équipement dans la traumatologie, illustré dans le cas clinique 2. La nécessité de terminer la mission impose à l'opérateur des contraintes importantes sur son système ostéo-articulaire et on verra apparaître des pathologies d'hypersollicitation à des grades d'emblée plus élevés.

Une dyskinésie scapulaire entraîne un classement allant jusqu'à $S = 5$ en cas de retentissement fonctionnel majeur. En cas de chirurgie, le classement minimal sera $S = 2$, en fonction de la récupération motrice et d'amplitude. La pathologie peut être invalidante y compris en poste sédentaire, car il arrive que les douleurs soient déclenchées lors du contact de la scapula avec le dossier d'un siège.

Conclusion

La scapula alata est une entité particulière et multiple au sein des pathologies de l'épaule. L'étude de la cinématique scapulaire doit faire partie de l'examen de l'épaule. Au travers de ces trois cas cliniques, la kinésithérapie permet une amélioration dans une majorité de cas. La place de la chirurgie reste modeste et réservée à quelques cas de gêne fonctionnelle persistante.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Un logigramme de synthèse est proposé dans la figure 4.

Cet article permet une meilleure compréhension de sa physiopathologie afin de faciliter la recherche et le traitement des dyskinésies scapulaires chez le patient militaire consultant pour douleur d'épaule.

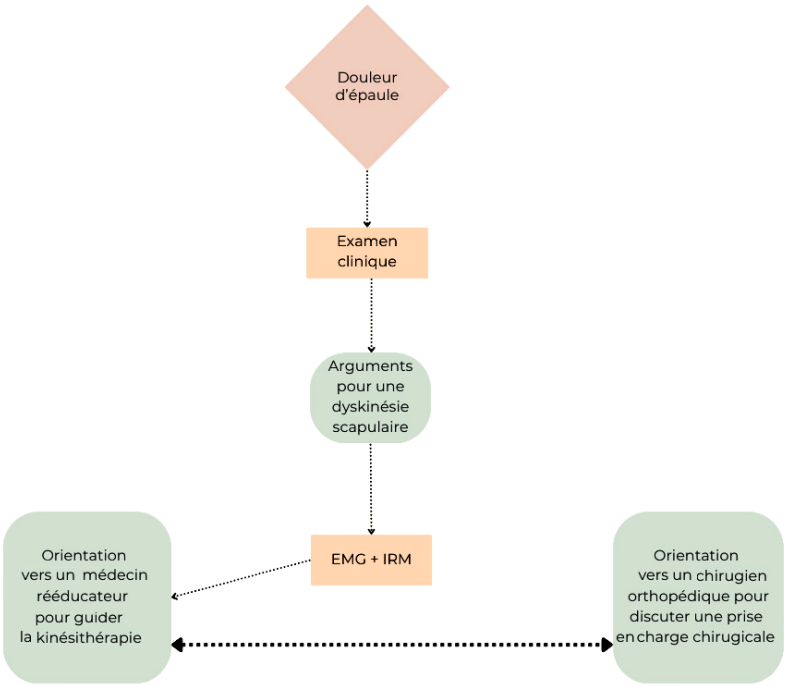


FIG. 4 : Logigramme de prise en charge d'une dyskinésie scapulaire ©A.Boutrois

Contribution des auteurs

Prise en charge diagnostique : AB, GP
Rédaction : AB, GP, AJ
Relecture : AB, GP, CV

Consentement à la publication des images

L'iconographie fournie a fait l'objet d'un consentement éclairé du patient.

Remerciements au linguiste relecteur : Édouard Lizé

Références bibliographiques

1. Bertand L, Facione-Roger J, Chapus JJ, Lagauche T. Accidents traumatiques du membre supérieur chez les parachutistes militaires français. Une revue de 266 accidents sur l'École des troupes aéroportées de 2000 à 2007. Med Armees. 2013 ;41(2) :183-90. doi : 10.17184/eac.6669
2. Dekobor W. Le Code des pensions militaires dinvalidité et des victimes de la guerre : genèse et particularités (2e partie). Med Armees. 2023 ;41(2) :109-18. doi : https://doi.org/10.17184/eac.6661
3. Wolfe JA, Christensen DL, Mauntel TC, Owens BD, LeClere LE, Dickens JF. A History of Shoulder Instability in the Military : Where We Have Been and What We Have Learned. Mil Med. 2018 ;183(5-6) : e158-65. doi : 10.1093/milmed/usx086
4. Vongsirinavarat M, Wangbunkhong S, Sakulsriprasert P, Petviset H. Prevalence of scapular dyskinesis in office workers with neck and scapular pain. Int J Occup Saf Ergon. 2023 ;29(1) :50-5. doi : 10.1080/10803548.2021.2018855
5. Sella G, da Silva LA, Almeida GX, Santana DS, Barela AMF, Miyazaki AN. Evaluation of scapular dyskinesia in patients that underwent a Latarjet procedure. Acta Ortop Bras. 2022 ;30(3) :e245237. doi : 10.1590/1413-785220223003e245237
6. Rossi DM, Resende RA, Fayão JG, da Fonseca ST, de Oliveira AS. Interaction of scapular dyskinesis with hand dominance on three-dimensional scapular kinematics. J Bodyw Mov Ther. 2022 ;30 :89-94. doi : 10.1016/j.jbmt.2022.02.015
7. Burn MB, McCulloch PC, Lintner DM, Liberman SR, Harris JD. Prevalence of Scapular Dyskinesis in Overhead and Nonoverhead Athletes : A Systematic Review. Orthop J Sports Med. 2016 ;4(2) :2325968115627608. doi : 10.1177/2325967115627608
8. Kibler WB, Ludewig PM, McClure PW, Michener LA, Bak K, Sciascia AD. Clinical implications of scapular dyskinesis in shoulder injury : the 2013 consensus statement from the scapular summit". Br J Sports Med. 2013 ;47(14) :877–85. doi : 10.1136/bjsports-2013-092425
9. Nguyen C, Guérini H, Roren A, Zauderer J, Vuillemin V, Seror P *et al.* Scapula alata dynamique dorigine neuromusculaire : diagnostic clinique, électromyographique et à limagerie par résonance magnétique. Presse Med. 2015 ;44(12 Pt 1) :1256–65. doi : 10.1016/j.lpm.2015.08.006
10. Rubin BD, Kibler WB. Fundamental principles of shoulder rehabilitation : conservative to postoperative management. Arthroscopy. 2002 ;18(9 Suppl 2) :29-39. doi : 10.1053/jars.2002.36507
11. Laudner KG, Stanek JM, Meister K. Assessing posterior shoulder contracture : the reliability and validity of measuring glenohumeral joint horizontal adduction. J Athl Train. 2006 ;41(4) :375-80.
12. Laudner KG, Moline MT, Meister K. The relationship between forward scapular posture and posterior shoulder tightness among baseball players. Am J Sports Med. 2010 ;38(10) :2106-12. doi : 10.1177/0363546510370291
13. McQuade KJ, Borstad J, de Oliveira AS. Critical and Theoretical Perspective on Scapular Stabilization : What Does It Really Mean, and Are We on the Right Track ? Phys Ther. 2016 ;96(8) :1162-9. doi : 10.2522/ptj.20140230
14. Panagiotopoulos AC, Crowther IM. Scapular Dyskinesia, the forgotten culprit of shoulder pain and how to rehabilitate. SICOT J. 2019 ;5 :29. doi : 10.1051/sicotj/2019029
15. Boura L. Typologie des consultations réalisées par des médecins militaires au sein de la 93e antenne médicale, dans le cadre de la médecine de soins, sur 12 mois [Thèse dexercice]. Paris (FR) : Université Paris-Descartes ; 2019.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110