

## Paralysie du nerf grand dentelé (nerf thoracique long)

### Paralysis of Long Thoracic Nerve

M. Chinellato

Reçu le 20 mars 2015 ; accepté le 25 avril 2015  
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Un jeune homme de vingt-cinq ans se présente aux urgences pour des douleurs nocturnes, insomniantes, à type de broiement de l'épaule droite évoluant depuis une dizaine de jours. L'interrogatoire ne retrouve pas de notion de traumatisme franc, mais seulement une pratique intensive du squash. À l'examen clinique, la mobilité active en abduction et antépulsion du bras est diminuée d'environ un tiers par rapport au côté opposé. Il existe par ailleurs une saillie du bord interne de l'omoplate visible au repos et majorée lors de la réalisation d'un test dynamique (pompe murale), déformation fortement évocatrice d'une paralysie du nerf du grand dentelé (nerf thoracique long) (Fig. 1). L'électromyogramme confirme le diagnostic en objectivant une importante dénervation aiguë. La paralysie du nerf du grand dentelé est une pathologie souvent méconnue de l'épaule. Son diagnostic repose avant tout sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Classiquement, le patient décrit initialement des douleurs intenses situées à la face postérieure de l'épaule avec paroxysmes nocturnes. Ces douleurs vont rapidement s'atténuer pour laisser place à une simple gêne lors de certains mouvements pouvant, de manière hâtive, être confondue avec une souffrance tendineuse. L'examen clinique met en évidence un décollement de l'omoplate avec un déficit partiel de l'abduction et de l'antépulsion actives du bras, signes essentiels du diagnostic. L'électromyogramme permet de confirmer l'atteinte du nerf du grand dentelé et d'en préciser la sévérité. Les facteurs étiologiques connus sont multiples et parfois difficiles à préciser : microtraumatismes sportifs (tennis, squash...), traumatisme direct de l'épaule, atteinte post-chirurgicale, mauvaise position en anesthésie, voire en dormant ; certains cas ont même été décrits après injection vaccinale ou de drogue [1]. Le traitement consiste essentiellement en la mise au repos relative de l'épaule (arrêt des gestes sportifs ou professionnels utilisant



**Fig. 1** Saillie du bord interne de l'omoplate majorée par l'appui (flèche noire)

de manière intense le membre supérieur), associée à une rééducation fonctionnelle visant à stabiliser l'omoplate pour protéger les tendons de la coiffe des rotateurs. À un stade avancé, si la gêne demeure importante, une intervention chirurgicale peut parfois être proposée mais elle reste d'indication exceptionnelle [2].

### Références

1. Martin RM, Fish DE (2008) Scapular winging: anatomical review, diagnosis and treatments. *Curr Rev Musculoskelet Med* 1:1–11
2. Maire N, Abane L, Kempf JF, et al (2013) Long thoracic nerve release for scapular winging: clinical study of a continuous series of eight patients. *Orthop Traumatol Surg Res* 99:329–35

M. Chinellato (✉)

Service urgences/UHCD, centre hospitalier de Calvi,  
lieu-dit Guazzole, F-20260 Calvi  
e-mail : m.chinellato@orange.fr