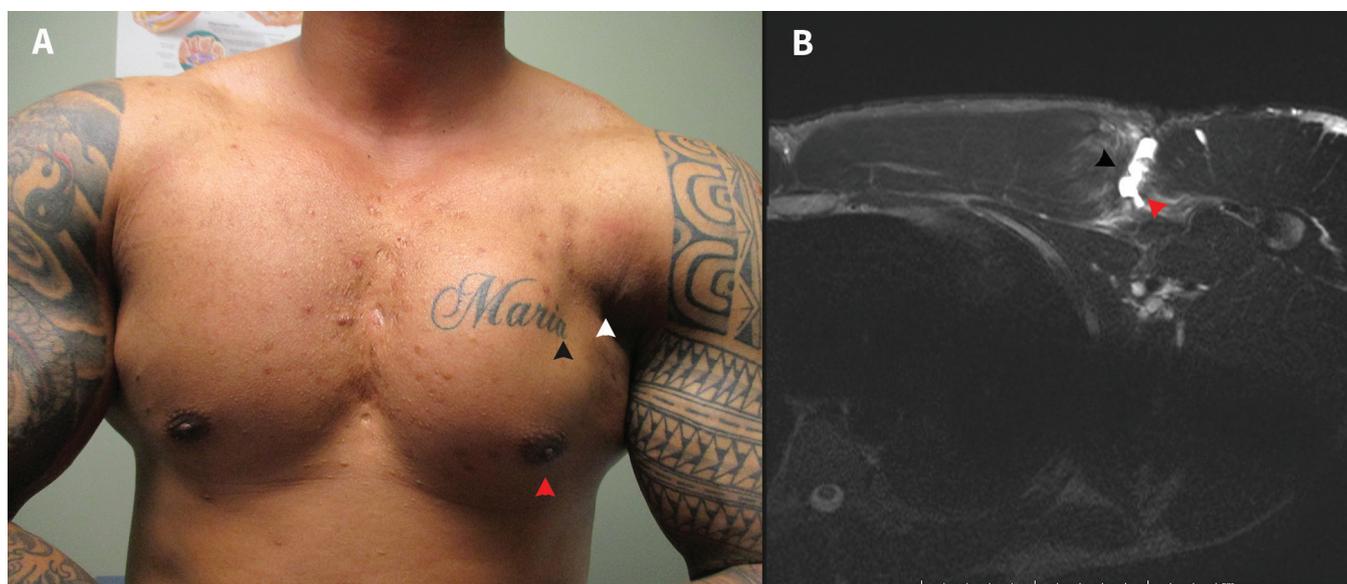


# Rupture chronique du grand pectoral chez un homme de 32 ans

Nata Parnes MD, Matthew M. Tomaino MD MBA

■ Citation : *CMAJ* 2021 February 1;193:E172. doi : 10.1503/cmaj.201248-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.201248](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.201248)



**Figure 1:** A) Photographie du thorax d'un militaire de 32 ans. On observe une concavité et un abaissement du pli axillaire antérieur (pointe de flèche blanche), une déformation du muscle pectoral gauche avec capitonage (pointe de flèche noire) et on constate que le mamelon gauche est plus bas et pointe plus vers le sol que le mamelon controlatéral (pointe de la flèche rouge). B) L'imagerie par résonance magnétique axiale en pondération  $T_2$  avec suppression de la graisse montre une rupture totale de la partie sternale du grand pectoral (pointe de la flèche noire) à la jonction musculo-tendineuse (pointe de la flèche rouge).

**U**n militaire de 32 ans au mode de vie actif est venu consulter pour une douleur et une faiblesse à l'épaule gauche 6 mois après s'être blessé en faisant des développés couchés avec un poids de 175 kg. À l'examen physique, il présentait une concavité et un abaissement du pli axillaire antérieur (donnant au thorax un relief en forme de « S ») à la hauteur du grand pectoral gauche. Son mamelon gauche était plus bas et pointait plus vers le sol que le droit (figure 1A). Il disait ressentir une faiblesse et de la douleur à l'adduction et à la rotation interne de l'épaule, mais précisait que la force et la sensation du muscle étaient normales. Il était incapable d'accomplir son travail, dans le cadre duquel il devait soulever des charges lourdes et pour lequel on exigeait une évaluation de sa condition physique, et il ne pouvait pas faire d'haltérophilie récréative. Un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) thoracique a mis en évidence une rupture totale de la partie sternale du grand

pectoral, à la jonction musculo-tendineuse (figure 1B). La déformation thoracique caractéristique découlait de la rétraction médiale de la partie déchirée.

La rupture du grand pectoral est une blessure très invalidante qui, peu après sa survenue, se manifeste généralement par un important hématome sous-cutané et un œdème. En raison de son déploiement militaire et de sa consultation tardive, le patient ne présentait qu'une déformation thoracique à son arrivée, l'hématome et l'œdème s'étant déjà résorbés. Il a subi une reconstruction chirurgicale par allogreffe de tendon. Quatre mois après l'opération, il n'avait plus de symptômes et a pu reprendre ses activités militaires.

La rupture du grand pectoral est une blessure sportive rare dont la prévalence a augmenté dans les 20 dernières années<sup>1</sup>. Son incidence chez les militaires est estimée à 60 cas pour 100 000 personnes-années<sup>1</sup>. Ce type de blessure touche presque

exclusivement les hommes et est généralement la conséquence d'une contraction musculaire excentrique au cours d'une activité physique, le plus souvent les développés couchés, la lutte et le football américain<sup>2</sup>. Une prise en charge conservatrice constituait par le passé le traitement de première intention, mais on recommande aujourd'hui une réparation chirurgicale, surtout chez les jeunes athlètes<sup>2</sup>.

La réparation chirurgicale des déchirures chroniques diffère de celle des déchirures aiguës, car la portion saine du tendon pourrait ne pas être assez longue pour être fixée, rendant ainsi les sutures susceptibles d'inciser le tissu musculaire rétracté. En augmentant la longueur de la portion à fixer, l'allogreffe de tendon améliore la force mécanique du muscle réparé et est associée à d'excellentes issues cliniques, à une douleur résiduelle minimale, à des résultats esthétiques satisfaisants et à une bonne récupération de la force physique<sup>3</sup>.

## Références

1. Balazs GC, Brelin AM, Donohue MA, et al. Incidence rate and results of the surgical treatment of pectoralis major tendon ruptures in active-duty military personnel. *Am J Sports Med* 2016;44:1837-43.
2. Bodendorfer BM, Wang DX, McCormick BP, et al. Treatment of pectoralis major tendon tears: a systematic review and meta-analysis of repair timing and fixation methods. *Am J Sports Med* 2020 Feb. 28 [cyberpublication avant impression]. doi: 10.1177/0363546520904402.
3. Long M, Enders T, Trasolini R, et al. Pectoralis major tendon reconstruction using semitendinosus allograft following rupture at the musculotendinous junction. *JSES Open Access* 2019;3:328-32.

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

**Affiliations :** Tri-County Orthopedics (Parnes), Carthage Area Hospital, Carthage, New York; Tomaino Orthopedic Care (Tomaino), Rochester, New York.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attributions (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d. recherche ou formation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

**Correspondance :** Nata Parnes, nparnes@cahny.org

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.