

UNE DOULEUR DE L'AINE

Bruno ESTÈVE-LOPEZ

Yves JEANMAIRE

M. X, âgé de 40 ans, sportif, coureur à pieds, présente une douleur lombaire basse du côté gauche irradiant dans l'aîne depuis 1 mois après un semi-marathon ainsi qu'une douleur abdominale du même côté. Cette douleur l'empêche de terminer ses courses d'entraînement. Pas d'ATCD particulier, ni traitement en cours. Il a fait une radiographie du rachis dorso-lombaire qui est normale.

Examen clinique:

palpation douloureuse de la charnière thoraco-lombaire (souffrance segmentaire);
rachis douloureux en extension et en latéro-flexion droite (contro-latérale), flexion lombaire limitée par la tension musculaire, mais non douloureuse;
zone de cellulalgie lombo-fessière gauche et point de crête (crête iliaque insensible par ailleurs);
symphyse pubienne douloureuse à gauche;
mobilité de la coxofémorale gauche normale et charnière lombo-sacrée insensible;
fausse jambe courte à gauche (décubitus dorsal) par bascule pelvienne;
palpation abdominale gauche para-ombilicale douloureuse (tension du psoas).

Diagnostic: syndrome de la jonction thoraco-lombaire

INTRODUCTION

La charnière thoraco-lombaire est souvent la source de dysfonction qui peut être piégeant pour le praticien. Les patients ne présentent pratiquement jamais de douleur au niveau de la charnière dorso-lombaire mais plutôt à distance.

C'est l'examen clinique complet, rigoureux du rachis qui permettra la mise en évidence de la souffrance segmentaire de cette charnière.

ANATOMO-PHYSIOLOGIE

Biomécanique

La charnière thoraco-lombaire (CTL) présente des caractères biomécaniques particuliers.

La CTL se présente comme une zone très mobile et elle fait transition entre deux zones plus rigides, le rachis lombaire où la rotation est presque inexistante et le rachis dorsal rigidifié par les côtes, mais où le mou-

vement de rotation est libre.

T12 est transitionnelle:

- dorsale et frontale pour ses articulaires postérieure supérieures;
- lombaire et sagittale pour les inférieures bloquant la rotation.

La majeure partie de la rotation du tronc se concentre donc sur T10 -T11 et T11-T12, ce qui explique un relatif surmenage articulaire.

De plus la CTL est soumise aux mêmes contraintes (compression, flexion, extension) que la charnière lombo-sacrée, si bien que des lésions discales y sont aussi fréquentes (bien que moins marquées). [2]

Les nerfs rachidiens T12 et L1

Ces deux nerfs ont une distribution comparable :

- territoire de la branche postérieure (1);
- territoire de la branche antérieure (2);
- territoire du rameau latéral cutané issu de la branche antérieure (3).

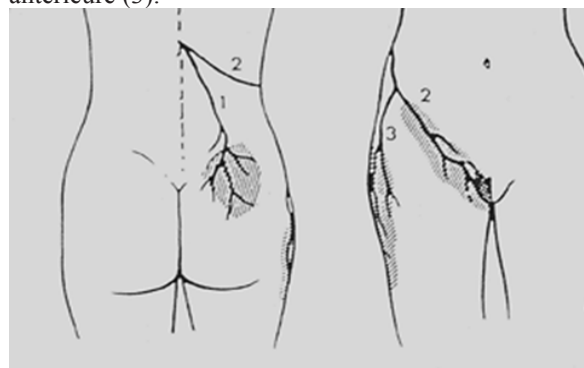


Fig. 1

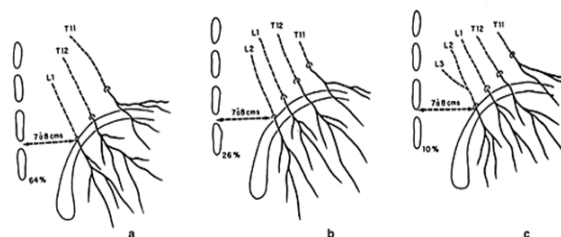


Fig. 2 J.Y. Maigne (1988)

Les douleurs projetées à partir de la charnière dorso-lombaire occupent le dermatome de ces nerfs qui est le siège d'une cellulalgie réflexe. Mais ces douleurs sont ressenties comme des douleurs profondes:

- lombalgie (branche postérieure);
 - douleur pseudo-viscérale et de l'aîne (branche antérieure);
 - douleur pseudo-trochanterienne (rameau perforant);
- La cause habituelle est un dérangement intervertébral mineur d'un segment de la charnière dorso-lombaire. Le point de crête postérieur (à environ 7 cm de la ligne médiane) est un signe caractéristique, douleur précise déclenchée à la pression (la crête iliaque adjacente doit être insensible).

EXAMEN SEGMENTAIRE

Pression latérale sur les épineuses;
Pression sur les articulaires postérieures;
Recherche des cellulalgies;
C'est le plus souvent le segment T12-L1, mais parfois c'est T11-T12 ou L1-L2;
Le point de crête postérieur (Fig. 2).
Les autres irradiations possibles:
douleur de l'aîne;
douleur de la face latérale de hanche: le syndrome des perforantes;
douleur ressentie à la CTL.
Les causes du syndrome:
la dysfonction de la CTL, dont les DIM (dérangement intervertébral mineur), telle que décrite par R. Maigne;
les causes discales (beaucoup plus rares);
les causes articulaires postérieures (Indication +++ de la Mésothérapie)
les scolioses;
les tassements T11, T12 ou L1;
rechercher une dysfonction de la charnière lombo-sacrée souvent associée.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

En principe il est normal;
Attention à un ancien tassement de T12;
Eliminer une pathologie organique grave type myélome ou une Spondylarthrite ankylosante.

EXAMEN DES MANIFESTATIONS CELLULO-PÉRIOSTO-MYALGIQUES RÉFLEXES

Cellulalgie notamment fessière (palpé-roulé);
Cordons myalgiques hypertoniques dans les myotomes;
Trigger points;
Hypersensibilité des insertions ténopériostées.

TRAITEMENT

- Manipulation du segment thoraco-lombaire responsable;
- Infiltration de l'articulation articulaire postérieure douloureuse;
- Massage, physiothérapie dans les cas chroniques;
- Chirurgie exceptionnelle;

- Mésothérapie Métamérique.

MÉSOTHÉRAPIE MÉTAMÉRIQUE DU SYNDROME DE LA CHARNIÈRE THORACO-LOMBAIRE

TECHNIQUES ET PROFONDEURS D'INJECTION: MIXTE

intradermique superficielle (IDS) en nappage;
et intra-hypodermique (IHD) en point par point.

MÉLANGES:

IDS: Amitryptiline – Magnésium – Lidocaïne (mélange 1)

IHD: Lidocaïne – AINS (mélange 2)

TRAITEMENT DU MÉTAMÈRE RESPONSABLE:

Une à deux séances sont généralement suffisantes, à 8 – 10 jours d'intervalle, si possible associée à une séance d'ostéopathie.

Traitement du sclérotome

Points épineux et para-vertébraux du segment responsable et des segments sus et sous-jacents;
Point de crête;
Technique IHD;
Mélange 2.

Traitement des myotomes

Nappage IDS des cordons hypertoniques avec le mélange 1;
IHD des Trigger Points (TP) actifs avec le mélange 2;
Rechercher les TP dans les muscles:
postérieurs: iliocostalis, longissimus, Multifidus et quadratus lumborum;
antérieurs: Psoas, rectus abdominis et obliques.

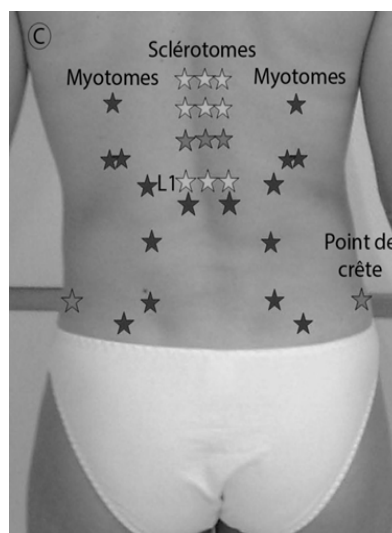


Fig. 3 [7]

La revue de Mésothérapie

Traitement du dermatome T12-L1-L2

Nappage IDS avec le mélange 1;
Territoire radulaire;
Zones de cellulalgie.

Traitement de l'angiotome

Nappage IDS du rachis de T10 à L2 avec le mélange 1.

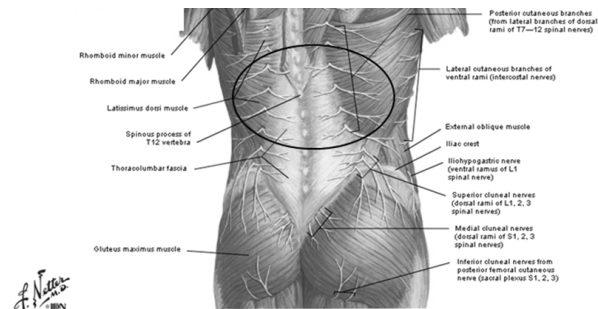


Fig. 4 [6]

VI CONCLUSION

Le syndrome de la charnière thoraco-lombaire est somme toute assez fréquent, il faut y penser devant une douleur projetée de la hanche car le traitement en mésothérapie métamérique et segmentaire est simple, rapide et efficace.

Il fait partie de ces indications où Mésothérapie et Ostéopathie sont réellement complémentaires.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Maigne J.Y, Lazareth J.P., Guérin-Surville H, Maigne R. - The lateral cutaneous branches of the dorsal rami of the thoraco lumbar junction. An anatomical study on 37 dissections. *Surg Radiol Anat* 1986; 8:251-256.
- [2] Maigne J.Y, Elsevier Masson avril 2009. Le mal de dos. Pour une prise en charge efficace.
- [3] Maigne R, Rachis et douleurs pseudoviscérales. In: Douleurs d'origine vertébrale. Comprendre, diagnostiquer et traiter; 2006; p. 346-51.
- [4] Maigne R. Sémiologie des dérangements intervertébraux mineurs. *Ann Med Phys* 1972; 15:277-289.
- [5] Maigne R. Syndrome de la jonction dorso-lombaire (T11-T12-L1). In: Douleurs d'origine vertébrale. Comprendre, diagnostiquer et traiter; 2006; p. 353-60.
- [6] Atlas LE NETTER
- [7] ESTÈVE-LOPEZ B, JEANMAIRE Y. La Mésothérapie Métamérique. MESOMET éditions; juillet 2011