

LA GONALGIE MÉTAMÉRIQUE

Yves JEANMAIRE et Bruno ESTÈVE-LOPEZ

HISTOIRE D'UNE GONALGIE:

et si la cause venait d'ailleurs?

Mr JB a 22 ans, fait beaucoup de sport et surtout du Football, en amateur, mais d'un bon niveau.

Il consulte ce jour pour de la « Méso », comme il dit, car il a déjà tout fait, on ne sait jamais, on m'a parlé de vous Docteur... On me dit que j'ai une tendinite de la « Patte d'oie » et mon médecin m'a fait faire tous les examens : radio, IRM, prise de sang etc... Il me pose le paquet sur le bureau. J'ai fait de la kiné, des ondes de choc radiales, mon ostéo m'a remis le ménisque interne en place ainsi que ma tête de péroné, j'ai même eu de la méso par mon médecin de famille, là où j'ai la douleur. Commençons par le début ! Déshabillez-vous, je vais vous examiner. Surpris que je ne regarde pas les examens, il s'exécute. L'examen clinique est pauvre, retrouve bien une douleur de la face médiale du genou, mais n'ayant peut-être pas tous les critères d'une tendinopathie (++++ DOULEUR TENDINEUSE, ++++ RETROUVÉE À LA PALPATION, ++++ DÉCLENCHÉE PAR MOUVEMENT CONTRAIRE (ACTIF OU PASSIF), ++++ INTÉGRITÉ DES ARTICULATIONS SUS ET SOUS JACENTES). Il existe bien une zone douloureuse à la palpation, avec un point en regard ou presque de la « Patte d'oie », l'examen du genou par ailleurs est normal, et l'examen passif, actif et la recherche des trigger points des ischio-jambiers est négatif. L'examen clinique du membre inférieur est sans particularité. Par contre, la recherche au palper-roulé d'une cellulagie va nous mettre sur la piste. En effet, on ne retrouve pas une zone oedématisée, inflammatoire qui aurait plus orienté vers une origine locale, mais une zone douloureuse, légèrement dystrophique. Et dans cette zone, il faut se rapporter au métamère L4. L'examen du rachis lombaire nous donnera la réponse. La palpation du ligament interépineux L4L5 est douloureuse et déclenche une douleur assez vive. Il existe un DIM (Dérangement Intervertébral Mineur) associé. Sachant aussi que la métamérisation des muscles de la « Patte d'oie » correspondent pour le Sartorius : L2L3, le Gracile : L2L3 et le demi-tendineux : L4 à S2, on peut expliquer l'erreur diagnostique en faveur d'une

tendinopathie d'insertion de ces muscles. Le traitement a donc consisté en une manipulation vertébrale associée à la Mésothérapie Métamérique L3-L4, et le problème a été résolu en 2 séances.

LA GONALGIE, VUE SOUS L'ANGLE DE LA MÉSOTHÉRAPIE MÉTAMÉRIQUE:

INTRODUCTION

Une douleur est parfois trompeuse, tout médecin le sait. Une gonalgie peut donc l'être tout autant. Nous allons tenter de voir comment on peut la prendre en charge sous l'angle de la Mésothérapie Métamérique. L'examen clinique est toujours primordial.

Après avoir éliminé une pathologie intrinsèque au genou, voire loco-régionale, il est donc nécessaire de chercher une origine à distance et donc penser à une douleur projetée. Celle-ci peut être rapportée ou référée. Il suffit d'un peu de logique pour en retrouver la cause et la traiter. Mais ce n'est pas toujours aussi simple...

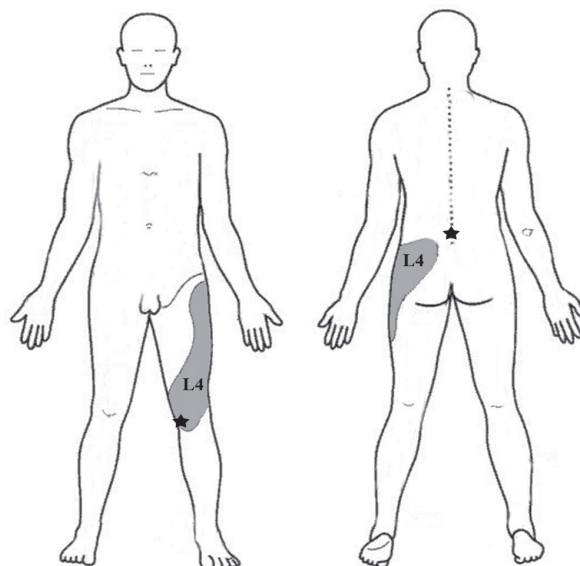


Figure 1 : Douleur référée du ligament interépineux L4 d'après J. KELLGREN

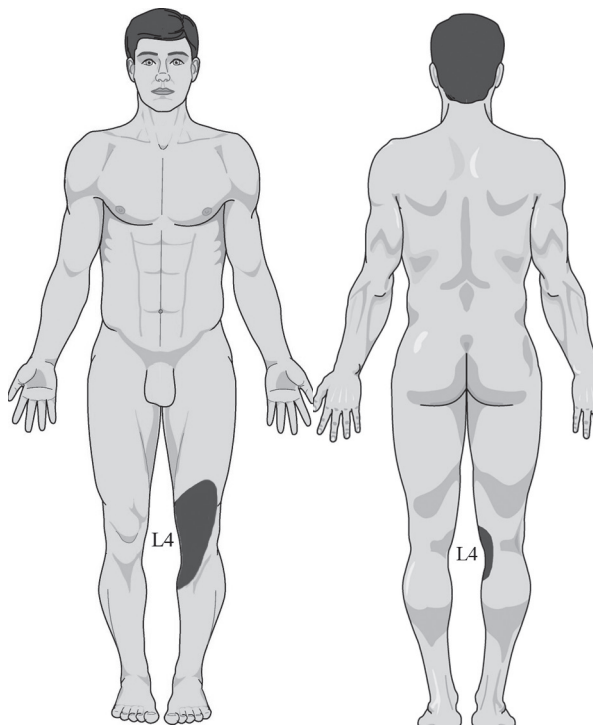


Figure 2 : Syndrome cellulo-périosto-myalgique vertébral segmentaire d'après R. MAIGNE

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

L'objectif d'un diagnostic segmentaire est de déterminer le ou les segment(s) pathologique(s) afin de traiter la vraie cause et d'éviter les traitements symptomatiques. Après avoir fait l'inventaire des segments pathologiques, il faudra déterminer quelle partie du segment (dermatome, myotome, sclérotome ou viscérotome) est la plus perturbée de façon à adapter le traitement.

INTERROGATOIRE

Il recherche les caractéristiques de la douleur, le retentissement fonctionnel de la douleur, les facteurs favorisants.

CLINIQUE

→ *L'examen physique*

Il recherche :

- des signes articulaires avec restriction de mobilité ;
- des signes ligamentaires et méniscaux par les différents testings ;
- des signes musculaires à la recherche de cordons hypertoniques et des trigger points dans les muscles des myotomes concernés ;
- les 3 signes des tendinopathies : douleur à la palpation, à l'étirement et à la contraction contrariée de chacun des muscles concernés.

→ *La palpation de la peau est un temps primordial.*

Elle recherche :

- une modification de la chaleur locale ;
- une cellulalgie ou dermo-neuro-dystrophie ;
- des points douloureux en regard des repères anatomiques.

Elle localise la douleur, face antérieure ou postérieure, médiale ou latérale. Elle se fait de façon pratique par le pincé-roulé, voire la friction ou par une palpation plus précise à la recherche d'un point ou d'une zone douloureuse.

Elle permet de préciser l'origine de la douleur : articulaire, péri-articulaire, cutanée, musculaire ou osseuse.

Les signes indirects : le syndrome cellulo-ténopériosto-myalgique à topographie pseudo-radiculaire dans le sclérotome. Le pincé-roulé révèle alors une zone cellulalgique indurée.

→ *L'examen neurologique recherche :*

- une diminution ou l'abolition d'un réflexe tendino-musculaire, rotulien ou achilléen ;

- une zone de radiculalgie :

- radiculalgie L3 : partie postéro-médiale puis antéro-médiale de la cuisse, sans dépasser le genou ;

- radiculalgie L4 : face antéro-latérale de la cuisse, bord antérieur de la jambe, malléole médiale, rarement gros orteil ;

- radiculalgie L5 : partie postéro-latérale de la cuisse, face latérale de jambe jusqu'au dos du pied et aux premiers orteils, quelque fois trajet inguinal associé ;

- radiculalgie S1 : face postérieure de la fesse, de la cuisse, du mollet jusqu'au talon, plante du pied et 5ème orteil.

Les manoeuvres de Lassègue ou de Léry permettent de confirmer l'origine radiculaire. En effet, il est très fréquent de retrouver des radiculalgies incomplètes avec une expression cutanée limitée à une zone restreinte sur le territoire théorique.

→ *L'examen segmentaire*

On peut donc déterminer ainsi le métamère auquel la douleur se rattache en se référant aux cartographies connues définissant le dermatome à piquer en nappage IDS dans le cas d'une radiculopathie.

Une fois le métamère et le dermatome repérés, nous recherchons les points douloureux des sclérotomes et des myotomes correspondants.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Aucun n'est véritablement spécifique et nécessaire (radiographie, échographie, IRM) : recherche de calcifications, signes de bursite...

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Ils doivent être bien connus car le diagnostic de tendinopathie de la «patte d'oie» est souvent posés par excès

La revue de Mésothérapie

sur la seule constatation d'une douleur provoquée à la palpation de l'extrémité supérieure du tibia. On distingue ainsi :

- les séquelles d'entorses du ligament collatéral médial (syndrome de Palmer ou de Pellegrini-Stieda) ;
- la lésion méniscale médiale ;
- la chondropathie fémoro-tibiale médiale ;
- le syndrome canalaire du nerf saphène interne (racine L3)

TRAITEMENT EN MÉSOTHÉRAPIE MÉTAMÉRIQUE

Dans notre cas, il s'agit d'une gonalgie médiale référée L4 :

traitement des points distants au niveau du genou en point par point IDP et nappage IDS de la cellulalgie [figure 3] :



Figure 3

traitement des points locaux des sclérotomes L3 et L4 en point par point IDP ou IHD [figure 4] :

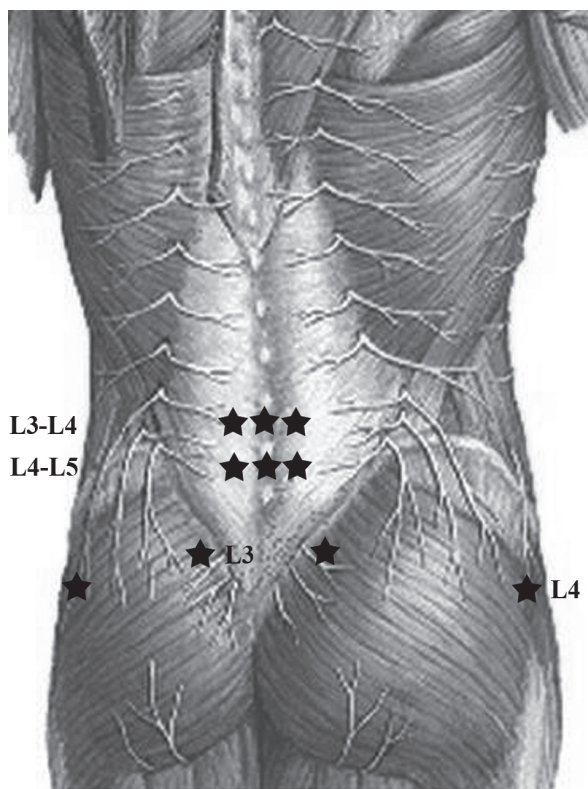


Figure 4 : Points des sclérotomes L3 et L4

traitement des Triggers points retrouvés à l'examen clinique (muscles du rachis [figure 5], de la « patte d'oie » [figure 6], adducteurs, fessiers...) en point par point IDP ou IHD:

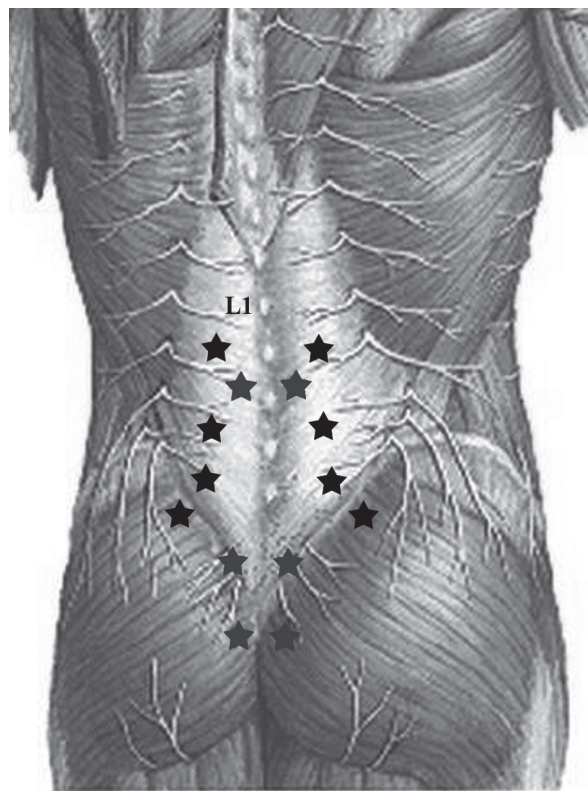


Figure 5 : Points des myotomes du quadratus lumborum et des multifidi L2, S1 et S4

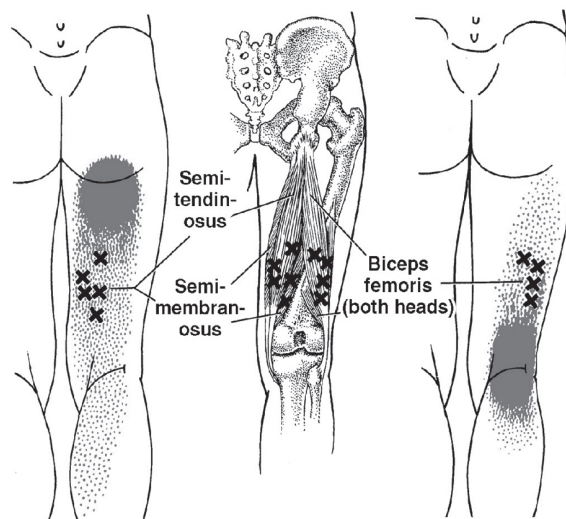


Figure 6 : Trigger points des muscles de la « patte d'oie »

traitement de l'angiotome T10-L2 par nappage IDS [figure 7] :

Mélanges pharmacologiques proposés:
 Mélange IDS : Procaïne + magnésium + Amitriptyline
 Mélange IDP ou IHD: Lidocaïne + Piroxicam ou Kétoprofène

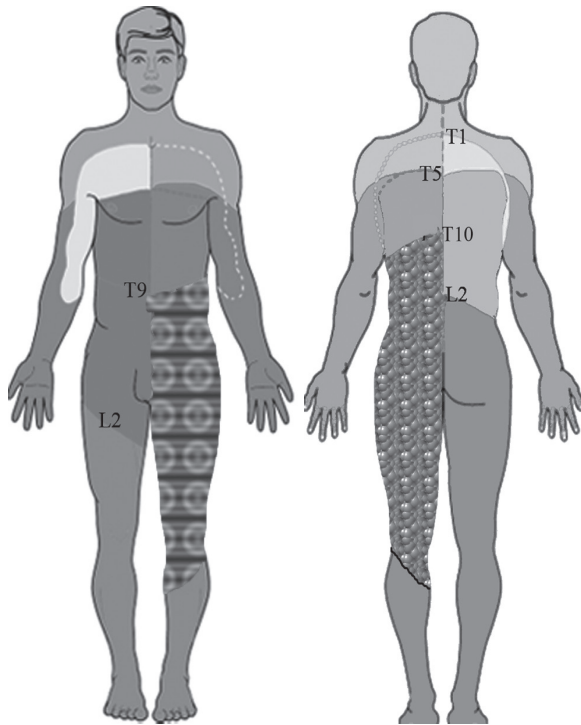


Figure 7 : Angiotome T10-L2 (nappage IDS)

CONCLUSION

Le rachis s'exprime très fréquemment à distance, et il n'est plus un secret pour le mésothérapeute qu'une douleur peut voyager selon des règles qui lui sont propres et que nous avons commencé à comprendre.

La Mésothérapie Métamérique permet d'avoir une réflexion synthétique et systématique concernant les douleurs projetées.

Le traitement n'est pas systématique, mais orienté par l'examen clinique.

Il associe des points précis et des zones plus étendues selon une démarche séméiologique qui se précise au fur et à mesure de l'avancée de nos connaissances en neuro-anatomie et en neuro-physiologie...

BIBLIOGRAPHIE

ESTÈVE-LOPEZ B, JEANMAIRE Y. La Mésothérapie Métamérique. MESOMET éditions

École du dos - Université du Québec - Traitement de la lombalgie chronique - <http://uriic.uqat.ca/cours/Module3/2.1.4.html#3>

MAIGNE R. Douleurs d'origine vertébrale : Comprendre, diagnostiquer et traiter. ELSEVIER MASSON 2006

NETTER FH. Atlas d'anatomie humaine. 4ème édition. MASSON 2007

TRAVELL J G et SIMONS D G. Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux. Traité des points-détente musculaires. Tomes 1 et 2. Traduction française. Éditions HAUG 1983

Yves JEANMAIRE et Bruno ESTÈVE-LOPEZ ont le plaisir de vous annoncer la sortie de leur livre :

LA MÉSOTHÉRAPIE MÉTAMÉRIQUE

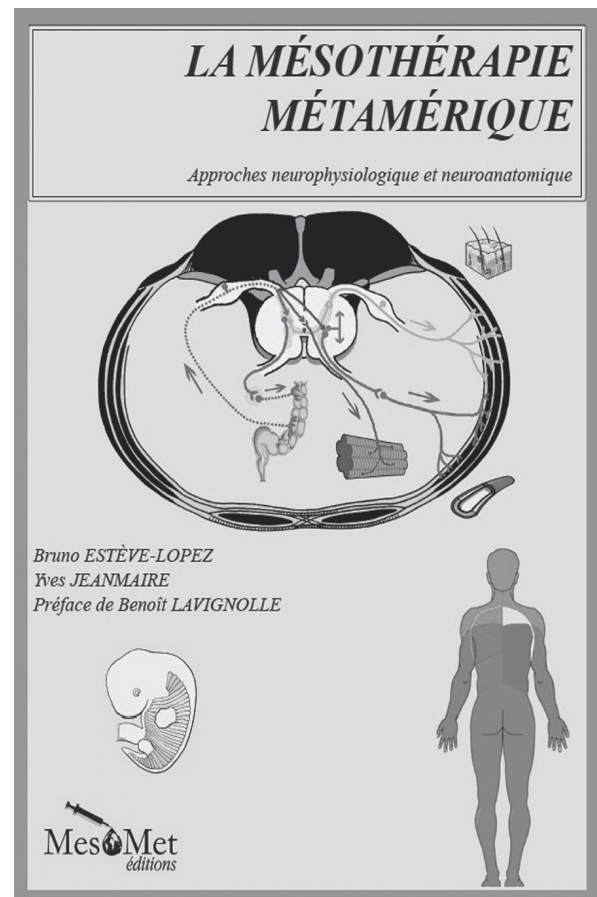
Éditions MESOMET

Imprimé par <http://www.lulu.com>

Pour plus d'information, consultez le site internet de MESOMET à l'adresse suivante : <http://www.mesomet.fr>

Contacts: bruno@mesomet.fr

yves@mesomet.fr



Bruno ESTÈVE-LOPEZ
Yves JEANMAIRE
Préface de Benoît LAVIGNOLLE



Figure 8 : Extrait du livre « LA MÉSOTHÉRAPIE MÉTAMÉRIQUE »