

LE SYNDROME DOULOUREUX MYOFASCIAL

LE SYNDROME DOULOUREUX MYOFASCIAL

DEFINITION

Janet TRAVELL (1950)

Douleur et/ou phénomènes neurovégétatifs référés accompagnés de dysfonctionnements ayant leur origine dans un point-détente myofascial actif (trigger point)

Plus fréquent chez la femme que chez l'homme (sauf après 50 ans).

THEORIES EXPLICATIVES

Douleur référée: « Théorie des Neurones à Convergence » (le plus souvent)

Les influx musculaires et viscéraux d'une part et cutanés d'autre part convergent vers des groupes communs de neurones situés dans la corne postérieure de la moelle. Ces fibres issues de la couche V de la corne postérieure de la moelle convergent vers un même neurone spinothalamique qui envoie un axone au niveau du thalamus et du cortex pariétal. La distribution topographique cutanée (pseudo-métamérique) à distance de celle du viscère ou du muscle s'explique par les modifications métamériques initiales de l'embryon lors de la croissance, ainsi que par le manque de précision somatotopique du cortex pariétal pour les influx nociceptifs d'origine musculaire ou viscérale.

Point Myofascial :

SYMPTOMES

Le Point Myofascial débute par une dysfonction neuromusculaire, pouvant évoluer vers une phase dystrophique avec modifications histologiques non spécifiques (POPELIANSKI 1976).

La douleur myofasciale des points-détente se projette selon des zones de référence caractéristiques de chaque muscle. Les points-détente sont activés directement par un effort excessif, le surmenage, un traumatisme direct, ou le froid.

Les points-détente sont activés indirectement par d'autres points-détente, par des maladies viscérales, par l'arthrite, par des troubles émotionnels. L'excitabilité des points-détente varie d'heure en heure et d'un jour à l'autre. L'excitabilité des points-adétente peut passer du niveau latent au niveau actif. Les signes et symptômes d'activité d'un point-détente myofascial survivent longtemps à l'événement qui les déclenche. Des phénomènes autres que la douleur sont souvent provoqués par des points-détente myofasciaux:

- Signes neurovégétatifs concomitants dans la zone référée (vasoconstriction localisée, transpiration, larmolement, coryza, salivation, activité pilomotrice). Troubles proprioceptifs.

- Diminution du seuil d'excitabilité des motoneurones innervant les muscles de la zone référée.

- Perturbation de la coordination motrice.

- Troubles fonctionnels à distance.

- o Troubles du sommeil. Les points-détente myofasciaux entraînent une raideur et une faiblesse des muscles concernés. La faiblesse ne s'accompagne pas d'atrophie musculaire (probable inhibition centrale pour éviter une contraction douloureuse).

EXAMEN CLINIQUE

L'étirement, passif ou actif, d'un muscle, abritant un point-détente myofascial actif augmente la douleur. Il existe une limitation de l'amplitude d'étirement du muscle, au sein duquel se trouve le point-détente myofascial (tension des bandes palpables). La douleur augmente quand le muscle se contracte contre résistance. La force contractile maximale du muscle est diminuée. Des paresthésies et une hyperesthésie profonde sont fréquentes dans la zone référée. On observe souvent des phénomènes neurovégétatifs dans la zone référée. A la palpation: muscle tendu dans le voisinage immédiat du point-détente (bandes

palpables). Au sein de la bande palpable, le point-détente est un point bien précis d'une sensibilité extrême. La pression du doigt sur un point-détente provoque le « signe du sursaut ». Une pression modérée, maintenue sur un point-détente produit ou intensifie la douleur dans la zone référée de celui-ci. Il existe parfois un dermographisme ou une panniculose dans la région qui recouvre le point-détente.

CONCEPTIONS ERRONEES COMMUNES

La douleur du syndrome myofascial est seulement d'origine psychologique. Le syndrome myofascial est spontanément résolutif. La douleur myofasciale n'est pas grave et ne nécessite pas de traitement spécifique.

DIAGNOSTIC POSITIF

ON DOIT RECHERCHER 8 POINTS:

1)- La notion de survenue brutale au cours d'un effort ou progressive lors d'un surmenage prolongé du muscle concerné.

2)- Le territoire référé du point-détente (spécifique pour chaque muscle). 3)- La faiblesse et la limitation d'amplitude d'étirement du muscle affecté. 4)- La bande palpable ou « Taut Band ».

5)- Une sensibilité exquise à la pression, bien localisée au sein de la bande palpable (point-détente).

6)- La secousse musculaire localisée.

7)- La reproductibilité de la douleur (pression ou puncture).

8)- La disparition des symptômes par un traitement local.

La découverte du point-détente (5) est essentielle au diagnostic, mais non spécifique. La réaction de secousse musculaire localisée (6) et la reproductibilité de la douleur (7) sont spécifiques et orientent fortement le diagnostic. La certitude diagnostique augmente avec le nombre des autres signes retrouvés.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Névralgie
Syndrome canalaire
Simple contracture musculaire

Tendinite
Douleur référée d'origine tendineuse
Douleur référée d'origine articulaire

Fibromyalgie :

o Interrogatoire:

- Pas de facteur déclenchant retrouvé.
- Le patient ne peut pas dater précisément le début de la symptomatologie.

o Examen :

- Absence de la secousse musculaire localisée.
- Absence de la reproductibilité de la douleur. Douleur référée :

Dans la Fibromyalgie, le mécanisme de la douleur référée serait d'origine centrale avec atteinte centrale du rétrocontrôle de la douleur et baisse des neuromédiateurs (sérotonine, noradrénaline, enképhalines). Il y a une accumulation de substances algogènes au niveau de la corne postérieure de la moelle. Le seuil de la douleur est abaissé.

Douleurs faussement projetées au niveau du rachis et des ceintures.

TRAITEMENT

Proposés par Janet TRAVELL:

- Etirement et vaporisation
- Compression ischémique
- Puncture à l'aiguille sèche

o Ultrasons

Mésothérapie

SYNDROME DOULOUREUX MYOFASCIAL ET MESOTHERAPIE

Syndrome douloureux myofascial Aigu:

En IDPP selon le Dr F.X. Roch au niveau du point-détente: 0,2 à 0,5 cc avec aiguille de 6 ou

13 mm

- Lidocaïne 1% 2 ml
- Piroxicam 1 ml
- Thiocolchicoside 2 ml

Syndrome douloureux myofascial Chronique (depuis 3 à 6 mois ou plus):

o En IDPP sur le point-détente avec aiguille de 6mm ou de 13 mm

- Lidocaïne 1% 2 ml
- Piroxicam 0,5 ml

o En nappage (IDSC) sur la zone référée avec aiguille de 4 mm

- Lidocaïne 1 % 2 ml
- Buflomédil 2 ml
- (Calcitonine)

Rythme des séances

0 JO

0 J7

MUSCLE TRAPEZE

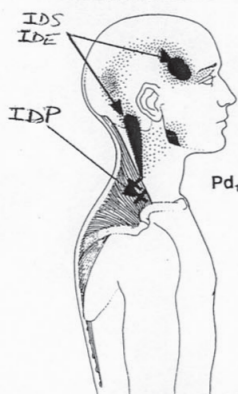


Figure 6.1. Territoire de la douleur référée et localisation (X) du point-détente 1 du trapèze supérieur. La zone de douleur référée principale est en rouge plein; les pointillés indiquent la zone accessoire.

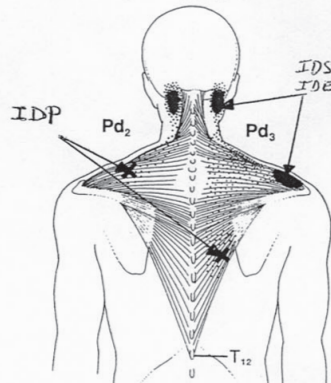


Figure 6.2. Territoires de la douleur référée et localisation (X) du point-détente 2 dans le trapèze supérieur gauche, et du point-détente 3 dans le trapèze inférieur droit. (Les conventions sont les mêmes que pour la Figure 6.1).

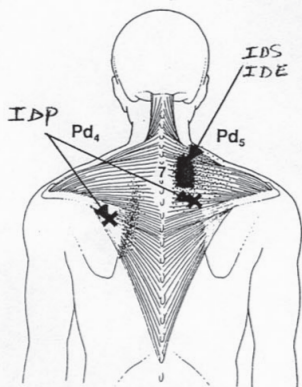


Figure 6.3. Territoire de la douleur référée et localisation (X) du point-détente 4 dans le trapèze inférieur gauche, et du point-détente 5 dans le trapèze moyen droit. (Les conventions sont les mêmes que pour la Figure 6.1).

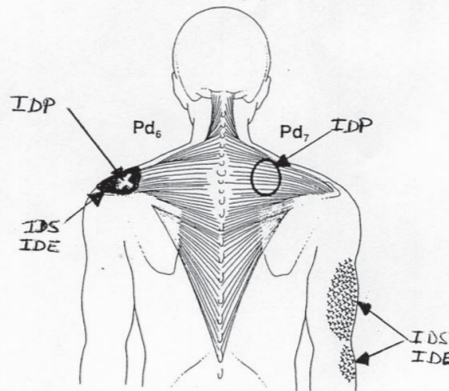


Figure 6.4. Territoire de la douleur référée et localisation (X) du point-détente 6 dans le trapèze moyen gauche. (Les conventions sont les mêmes que pour la Figure 6.1). Le point-détente 7 à droite se situe à l'intérieur de la zone encerclée du trapèze moyen. La zone vers laquelle il donne une activité pilomotrice référée, ou « chair-de-poule », est représentée sur le membre supérieur droit par les symboles « > ».

Principes de traitement mésothérapeutique des points détente et des douleurs référées du muscle trapèze (d'après Travell)