

Syndrome de Maigne

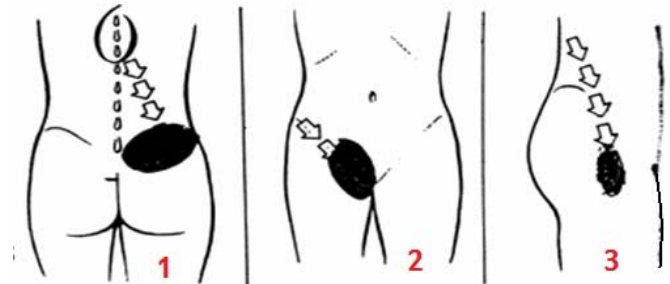
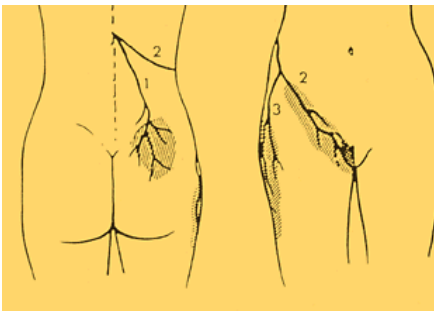
Douleurs projetées à partir de la Charnière Dorso-Lombaire

Docteur François Prigent

Les douleurs projetées à partir de la charnière dorso-lombaire occupent le territoire des 4 branches nerveuses des nerfs rachidien D12-L1-L2

Ces douleurs sont projetées au niveau lombaire ou plus rarement au niveau du grand trochanter (bord externe de hanche), de l'aine ou pseudo-viscérale :

1. Lombalgie (branche postérieure) : 89%
2. douleur pseudo-viscérale et de l'aine (branche antérieure) : 3% et 3%
3. douleur pseudo-trochanterienne (rameau perforant) : 5%



89%

6%

5%

1. Branche postérieure 2. Branche antérieure ilio-inguinale et génito fémorale 3. Rameau perforant latéral cutané

La difficulté diagnostique est une source d'erreur. L'examen clinique de la charnière dorso-lombaire prime. L'examen radiologique est habituellement normal.

1/ Les patients ne présentent pratiquement jamais de douleur au niveau de la charnière dorso-lombaire. Les douleurs sont toutes ressenties à distance.

2/ les lésions radiographiques de la charnière dorso-lombaire sont rares (D11-D12-L1).

3/ C'est seulement un examen clinique attentif et systématique qui permet le diagnostic par la mise en évidence d'un segment vertébral douloureux à ce niveau.

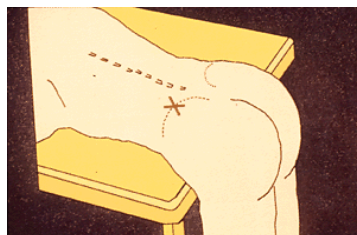
1/ la lombalgie basse d'origine dorso-lombaire : 89%

La douleur est toujours perçue dans la région sacro-iliaque, lombaire basse avec parfois des irradiations postérieures, parfois latérales vers la cuisse.

C'est une douleur de type mécanique, augmentée par les efforts et par certaines positions. Elle peut être isolée ou s'associer à une lombalgie d'origine lombo-sacrée.

A l'examen :

- L'index du médecin parcourt la crête iliaque. Lorsqu'il comprimera contre l'os le rameau nerveux sensible, il réveillera une vive douleur en un point précis, le **"point de crête"** dont la pression reproduit fréquemment la douleur habituelle du patient.
- Le "point de crête" le plus souvent situé à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane, il peut être plus externe parfois légèrement plus interne.



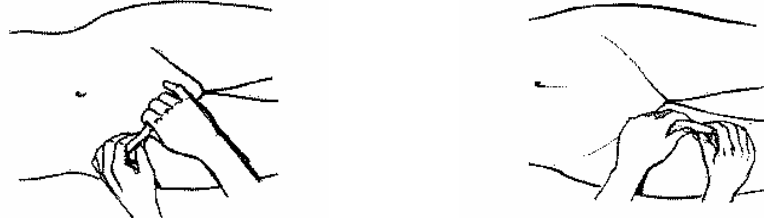
2/ Fausses douleurs antérieures de hanche : 3 % : branche antérieure ilio-inguinale (inguinale)
3 % : irritation du nerf génito fémoral (aine)

La douleur siège dans l'aine, la région inguinale.

Elle est profonde, tensive, simulant parfaitement une douleur viscérale, urologiques, orthopédique ou gynécologiques. Il existe assez fréquemment un météorisme abdominal.

Ces douleurs peuvent survenir en même temps que la lombalgie. Le plus souvent, le patient ne fait aucun lien entre les deux douleurs. Ces douleurs conduisent à des examens et investigations multiples. Elle s'accompagne de douleurs de l'hémi-pubis, à la palpation friction, dans 1/3 des cas.

Le signe essentiel est une **cellulalgie localisée** que révélera la manoeuvre **du pincé-roulé** dans une zone précise de la partie inférieure de l'abdomen ou de la partie supéro-interne de la cuisse.



3/ Fausses douleurs externes de hanche : 5 % : irritation du rameau perforant latéral cutané

La douleur siège dans la région trochantérienne augmentée par la marche avec parfois pour une douleur de l'aine. Cela simule alors une douleur de hanche d'autant qu'à l'examen, les mouvements de flexion-adduction de la hanche et parfois d'abduction peuvent être douloureux.

Le plus souvent le diagnostic de tendinite du moyen fessier est généralement posé. Mais les infiltrations locales sont sans effet.

Ce n'est pas le tendon ou le trochanter qui sont douloureux dans ce cas, mais les plans cutanés cellulalgiques qui le recouvrent. Leur compression simule parfaitement la douleur trochantérienne.

A l'examen

- Un «point de crête iliaque» latéral au «pincé-roulé» situé sur la crête à la verticale du trochanter.
- Une «zone cellulalgique» douloureuse s'étendant sur une bande verticale au-dessous de ce point.



« pincé-roulé » : «point de crête» latéral



Zone cellulalgique en raquette sous ce point

L'infiltration anesthésique du rameau nerveux cutané au «point de crête latéral» fait disparaître la douleur au «pincé-roulé» et la douleur à la pression du trochanter.

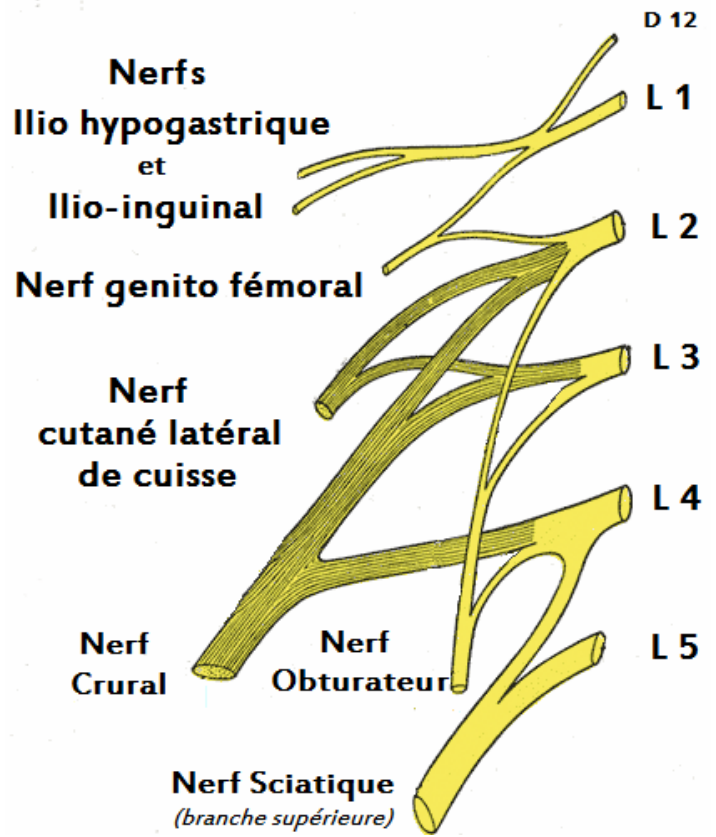
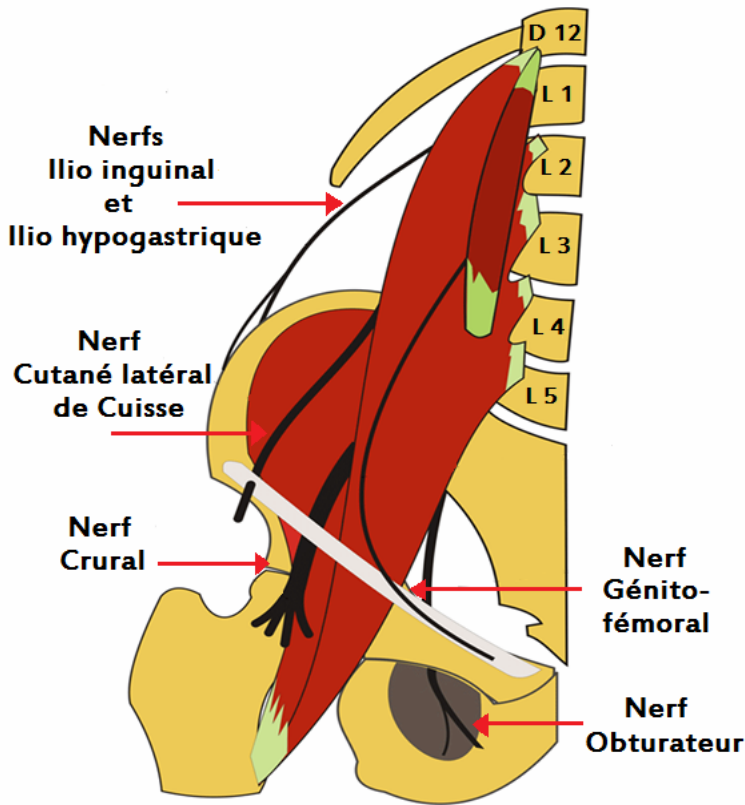
Le traitement médical suffit le plus souvent, mais dans quelques cas rebelles et invalidants certains ont recours à la chirurgie libérant le rameau sténosé (Pr. Touzard, Pr. Doursounian).

TRAITEMENT

- **Le traitement est avant tout vertébral** : Il consiste le plus souvent en manipulations portant sur le segment thoraco-lombaire responsable.
- **l'infiltration avec un dérivé cortisoné de l'articulation articulaire postérieure douloureuse** peut compléter l'action de la manipulation ou la remplacer si celle-ci est contre-indiquée.
- Accessoirement **une infiltration local** par du «point de crête postérieur» ou du «point de crête latéral» est un traitement complémentaire utile et parfois suffisant.
- Exceptionnellement une chirurgie libératrice est justifiée en cas d'échec du traitement médical.



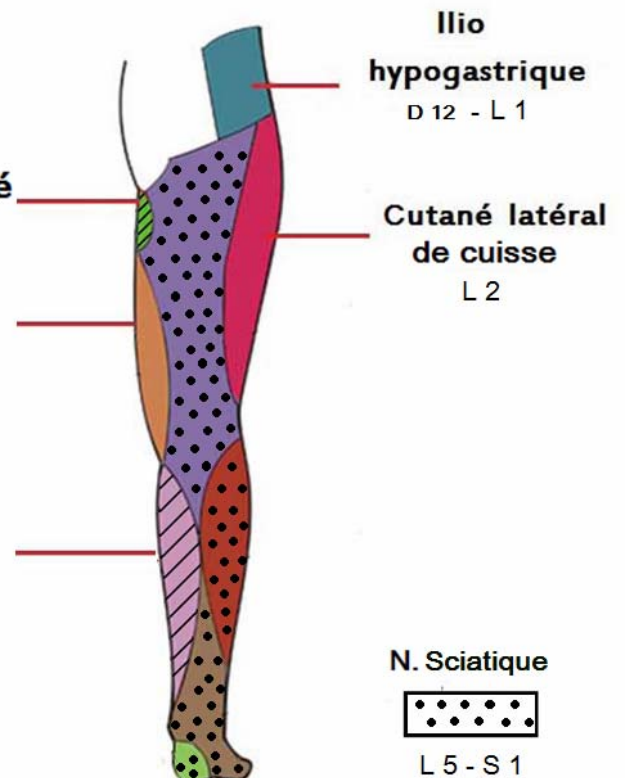
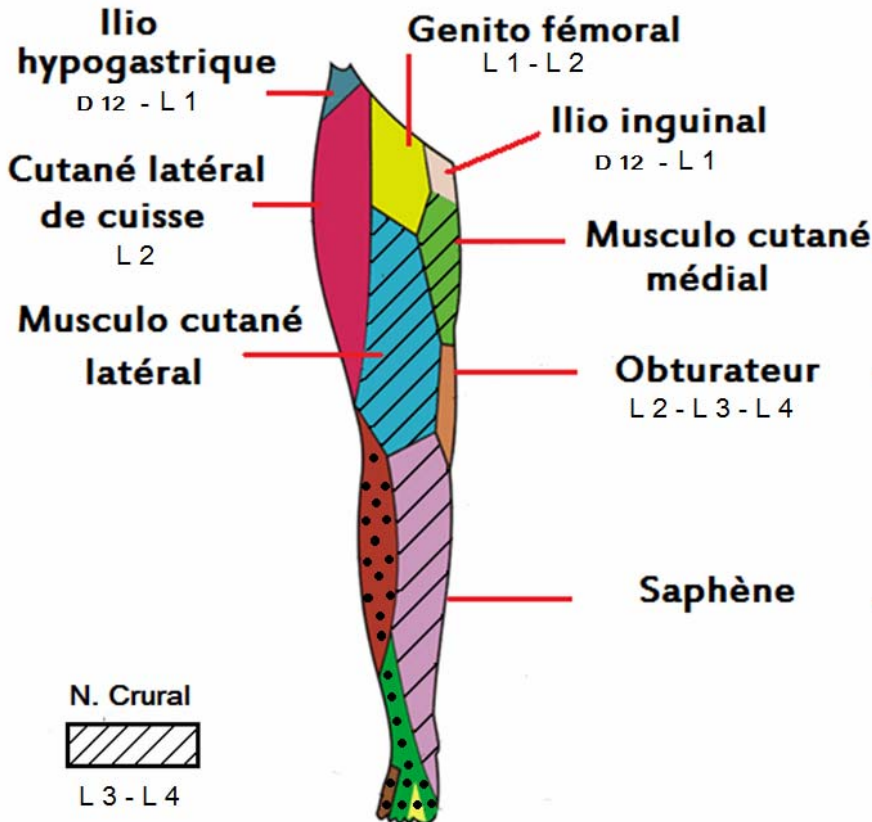
Le Plexus Lombaire



(d'après Gray's anatomy)

Territoires sensitif antérieurs

Territoires sensitif postérieurs



Pour mémoire : Le nerf crural se divise en 4 branches. Deux mixtes : les branches musculo cutané médiale et latérale. Une sensitive pure : la branche saphène et une motrice pure : la branche quadriceps.