

PROFESSION KINÉ

Le magazine des masseurs-kinésithérapeutes passionnés
Juin Juillet Août 2016 / 12€

DÉFORMATIONS CRÂNIENNES
et attitudes préférentielles chez les tout-petits



PROFESSIONNEL DE SANTÉ :
séparez votre patrimoine privé
et votre patrimoine professionnel



PROFESSIONKINE.COM

N°51

Les Trigger Points et le Syndrome Douloureux Myofascial

SPÉCIALITÉS THÉRAPIE MANUELLE

Nombre de céphalées, scapulalgies, lombalgies et épicondylalgies peuvent être interprétées comme un syndrome douloureux myofascial (SDM). Traiter ces pathologies demande de se pencher sur les points Trigger myofasciaux (PTrM).

La littérature est restée confuse pour dresser le tableau le plus complet des points Trigger myofasciaux. En effet, la difficulté est dans les termes employés par les auteurs quant à la représentation la plus exacte des PTrM et une centaine de références ont été admises⁽¹⁾. Une première partie explicitera les définitions principales puis la recherche de ces points sera développée et enfin seront décrits les principes de traitement.

1. Définitions

1.1 Définition et caractéristique clinique des PTrM myofasciaux

Les PTrM sont couramment associés à une douleur très répandue et/ou des restrictions fonctionnelles importantes⁽²⁾. Il est caractérisé par un point qui est hypersensible, très algique et peut provoquer des douleurs référées et/ou des phénomènes neuro-végétatifs locaux.

Plusieurs PTrM sont décrits :

- *PTrM actif* : il est déclenché spontanément, responsable de douleur persistante habituelle, pouvant irradier, avec faiblesse musculaire et paresthésie possibles⁽³⁾⁽⁴⁾.
- *PTrM latent* : il ne produit pas de douleur (muet), peut persister des années, et est prédisposé à des crises aiguës pour devenir actif secondairement à une lésion pathologique⁽⁵⁾.
- *PTrM primaire* : il est formé des suites d'une « surcharge aiguë » ou chronique du muscle.
- *PTrM secondaire* : il se développe dans le muscle antagoniste et/ou synergique du PTrM primaire.

1.2 Le SDM

C'est une perturbation fonctionnelle réversible de l'appareil locomoteur dont l'origine se situe dans le



Le SDM est
marqué par des
algies d'un PTrM dans
la zone de référence.

tissu musculaire squelettique. Le SDM est marqué par des algies d'un PTrM dans la zone de référence.

Symptômes du SDM

- La douleur myofasciale des PTrM se projette selon des zones de références caractéristiques de chaque muscle.
- Cette douleur est souvent perçue comme sourde et persistante, souvent profonde pouvant être ressentie comme un inconfort à une véritable algie invalidante.
- La douleur référée est augmentée à l'appui du PTrM, reproduit les symptômes du patient et ne suit pas une distribution segmentaire, ni un trajet neurologique habituel ou une douleur référée viscérale.

2. Diagnostic du SDM

L'évaluation du diagnostic du SDM est uniquement clinique. Il est fait après avoir écarté les autres étiologies possibles de douleurs.

Les « plaintes » (symptômes) du patient permettent dans un premier temps de désigner le territoire de la douleur référée puis de sélectionner les muscles susceptibles de provoquer ces algies⁽⁶⁾.

La palpation reste LA méthode de recherche et de diagnostic fiable à la recherche d'un cordon musculaire palpable de diamètre variable plus ou moins profond dans le corps musculaire⁽⁴⁾.

3. Thérapie manuelle

Les contre-indications à la technique existent (infections aiguës, anticoagulation, manque de coopération de la part du patient, état fébrile, urgence aiguë, hématome, fracture instable, enfants et état psychique instable...).

Nous allons associer quatre types de techniques (ceci est non exhaustif) :

- *technique directe* : il s'agit d'une compression de 1 à 2 minutes du PTrM avec massage localisé et longitudinal d'une intensité adaptée au patient. Ce sont les plus efficaces pour traiter la douleur et la tension du muscle ^{(4) (7) (8) (9)} ;
- *technique de relâchement* : elle consiste en une mobilisation des aponévroses superficielles du muscle à traiter ainsi que des mobilisations des cloisons intermusculaires (CIM) ;
- *techniques d'étirement* : mise en position de course externe du muscle et apprentissage au patient pour un auto-traitement. Cette technique associée à la compression ischémique permet une amélioration significative de la douleur ⁽²⁾ ;
- *technique annexe en voie de reconnaissance pour les MK en France* : le « Dry needling » utilisant des aiguilles sèches, technique la plus répandue à l'international en thérapie manuelle⁽¹⁰⁾. Elle permet un effet positif sur le cordon, sur l'ischémie et l'hypoxie locale et un effet neurologique au niveau central et périphérique ⁽¹¹⁾.



Figure 1 : traitement par pression ponctiforme



Figure 2 : mobilisateur fasciale



Figure 3 : étirement du SCM infra-latéral

4. Un exemple de traitement : le Sterno-Cléido-Mastoïdien

4.1 Les symptômes

Les céphalées frontales, périorbitaires, occipitales. Les acouphènes, vertiges,...

Les « névralgies faciales atypiques ».

Les « céphalées de tension ».

Les troubles neuro-végétatifs (nerfs accessoire/phrénique et vague).

4.2 Le traitement

Le traitement du PTRm est comme précédemment un appui direct, puis un massage le long de la bande de tension. Le pouce et l'index vont glisser le long

de la fibre en va-et-vient de sens opposé (figure 1)

La technique de mobilisation des fascias (figure 2) va consister en des traits tirés, doux, lents et progressifs en respectant le tissu, entre les deux chefs et dans la zone mastoïdienne en relation avec le trapèze supérieur.

L'étirement se fera par une prise en berceau de la tête (figure 3).

Conclusion

Le traitement des PTRm et du SCM peut permettre d'aborder un grand nombre de tableaux symptomatiques souvent très invalidants.

Afin d'obtenir un résultat durable, la prise en charge devra être locale, régionale et à distance en se focalisant sur les muscles synergiques et antagonistes. Les techniques de reconditionnement musculaire pourront alors être associées a posteriori dans de meilleures conditions.

Bibliographie

1. REYNOLDS M.D. I (1983). The development of the concept of fibrositis. J Hist Mes Allied Sci. (in press)
2. HANTEN W.P. I OLSEN S.L. I BUTTS N.L. I NOWICKI A.L. I (2000). Effectiveness of a home program of ischaemic pressure followed by sustained stretch for treatment of myofascial trigger points. Physical therapy, 80, 997-1003.
3. HUGUENIN L.K. I (2004). Myofascial trigger points : The recurrent evidence. Physical Therapy in Sport , 5, 2-12.
4. SIMONS D.G. I (2004). Review of enigmatic MTRPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction. Journal of Electromyography and Kinesiology, 14, 95-107

5. HONG C.Z. I SIMONS D.G. I (1998). Physiopathologic and electrophysiologic mechanism of myofascial trigger points. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 79, 863-872.
6. TRAVELL J.G I SIMONS D.G. I (1992). Myofascial Pain and Dysfunction. In : The Trigger Point Manual : The Lower Extremities. 1^{re} éd. Vol. 2. Baltimore : Williams and Wilkins
7. FERNANDEZ-DE-LA-PENAS C. I CUADRADO M.L. I PAREJA J.A. I (2006). Myofascial trigger points, neck mobility and forward head posture in unilateral migraine. Cephalalgia, 26, 1061-1070.
8. RODRIGUEZ-BLANCO C. I FERNANDEZ-DE-LA-PENAS C. I HERNANDEZ-XUMET J.E. I PENA-ALGABA G. I FERNANDEZ-RABADAN M. I LILLO

- M.C. I (2006). Changes in active mouth opening following a single treatment of latent myofascial trigger points in the masseter muscle involving post-isometric relaxation or strain/counterstrain. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 10, 197-205.
9. SIMONS D.G. I (2002). Understanding effective treatments of myofascial trigger points. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 6 (2), 81-88
10. DOMMERHOLT J. I MAYORAL DEL MORA O. I GRÖBLI C. I (2006). Trigger point dry needling. Journal of Manual and Manipulative Therapy, vol.14, no 4, 70E-87E.
11. CAGNIE B. I DEWITTE V. I BARBET. ET AL. I (2013). Physiologic Effects of Dry Needling. Current pain and headache reports, vol. 17, no 8, p 1-8.