

# Souffrances Musculaires : rapport de cas



Écrit par Dr Karl Vincent DC, enseignant IFEC



Les douleurs musculaires ont des origines multiples. De plus, il existe une multitude de termes les qualifiant, tension, contracture, point nimmo, point gâchette, spasme etc...

Les cas cités précédemment sont indemnes de lésions objectivables. Il s'agit d'une souffrance ou d'une anomalie de fonctionnement du muscle. C'est la raison pour laquelle, les changements de tonus musculaires liés à une lésion grave du système nerveux central (spasticité, rigidité, dystonie cérébelleuse) n'entrent pas dans le cadre de cette discussion. Il en est de même pour les déchirures, les élongations et les myopathies.

La présence de ces souffrances musculaires est fréquente en thérapie manuelle. Il devient donc indispensable :

- 1/ de les répertorier,
- 2/ de connaître les procédures diagnostic,
- 3/ d'entreprendre un traitement adapté.

C'est ce que nous allons essayer de faire au travers des chapitres suivants, et de rapports de cas.

## I - LES SOUFFRANCES FIBROMYALGIQUES.

Cas clinique :

Madame D..., 29 ans, vient consulter pour des douleurs lombaires "dont elle ne voit pas la fin". La zone douloureuse s'étend sur l'ensemble de la région lombaire, avec des irradiations fessières bilatérales. Ces douleurs sont chroniques, puisqu'elles sont apparues depuis un an et demi. Les traitements médicamenteux anti-inflammatoires et myorelaxants, pris à de multiples reprises, n'ont pas donné de résultat. La prescription de 20 séances de rééducation, avec apprentissage du verrouillage lombaire et renforcement abdominal, n'a pas non plus donné de résultat significatif. Il ne semble pas y avoir de circonstance d'apparition précise. Il n'apparaît aucun facteur aggravant ou calmant, dans la vie quotidienne. Le test de Vasalva est négatif. Sur le plan neuro-orthopédique, il n'y a aucun signe notable. La radio lombaire n'apporte aucun élément. L'examen palpatoire ne permet pas de retrouver une sensibilité vertébrale. Par contre, la pression, même légère, de certains points de muscles paravertébraux, ainsi que des grands et moyens fessiers, reproduit les souffrances de la patiente. Ces muscles apparaissent tendus, les douleurs diffuses et multiples. Au travers de la discussion, en lui demandant si elle ne se sent pas fatiguée ou stressée, la patiente commence à me parler de sa vie quotidienne. J'apprends qu'elle est en phase de divorce. Il lui est difficile de se reposer et elle a de plus en plus de difficultés à s'occuper de son enfant ; la présence de ces douleurs lui rendant la tâche encore plus compliquée. La recherche d'un emploi se révèle actuellement infructueuse.

## DISCUSSION

Comme nous pouvons le constater, certaines douleurs, apparemment vertébrales, ont une autre origine. Dans le cas présent, il s'agit d'une anomalie centrale des voies de la douleur. *Celle-ci entraîne une réponse inadaptée, à type d'hypersensibilité musculaire, activée par des facteurs émotionnels, au premier rang desquels, le stress jouerait un rôle prépondérant.*

Les signes cliniques sont souvent trompeurs, et miment des douleurs vertébrales mécaniques. Il existe tout de même des caractéristiques communes :

- les douleurs sont diffuses, bilatérales, permanentes et le plus souvent rachidiennes,
- les femmes sont majoritairement atteintes,
- les troubles du sommeil, une raideur matinale et une tendance dépressive sont souvent associés.
- les traitements anti-inflammatoires et manipulatifs sont sans efficacité ;
- l'analyse vertébrale ne révèle pas de facteur biomécanique déterminant ;
- les examens complémentaires sont le plus souvent négatifs ou sans rapport direct avec les troubles.

La forme typique des anomalies des voies de la douleur est caractérisée par la **fibromyalgie**. Le Collège Américain de

Rhumatologie répertorie la présence d'un minimum de 11 sites douloureux, sur les 18 décrits par la littérature. La dénomination internationale de ces souffrances musculaires se nomme "points névralgiques" (tender point). Une force de palpation inférieure à 4kg est capable de reproduire les douleurs diffuses (voir tableau 1 en fin de d'article). C'est à partir de l'ensemble de ces critères que le diagnostic de fibromyalgie est évoqué même s'il existe des formes mineures difficiles à répertorier. Cette affection est bien décrite depuis le début des années 80 comme en témoigne de nombreux travaux de recherche. Son nom a été popularisé par Yunus en 1981. En France les termes qualifiant cette pathologie sont polyenthésopathie ainsi que le "syndrome polymyalgique idiopathique diffus" (SPID) développé par un rhumatologue Français, le Professeur KHAN. Il y eut de nombreux désaccords à déterminer cliniquement cette maladie. C'est la conférence de Minneapolis en 1989 qui permis de définir les critères cités précédemment. Ils furent mis en forme un an plus tard par un rapport publié par le collègue Américain de Rhumatologie.

Le traitement de cette affection fait aujourd'hui consensus. Il consiste en une prise en charge pluridisciplinaire comportant :

- l'information du patient sur sa maladie,
- la prise médicamenteuse, agissant sur le métabolisme de la sérotonine.
- le soutien psychologique,
- le réentraînement progressif à l'effort,
- l'application de techniques myofaciales décrite dans le chapitre suivant.

Il est important que les thérapeutes s'informent sur les possibilités de prises en charge de cette affection dans leur secteur, en particulier dans les centres hospitaliers.

Il existe d'autre part de nombreux sites internet faciles à consulter, et pouvant orienter les recherches. Enfin, puisque la fatigue est un signe majeur il ne faut pas omettre d'évoquer d'autres possibilités diagnostics énumérés dans le tableau 1 en fin de d'article.

## II LE SYNDROME MYOFACIAL

Cas clinique :

Mr P..., 27 ans, manutentionnaire, se plaint de douleurs "à l'arrière du bras". Celles-ci irradient vers l'épaule et la face postéro-supérieure de l'avant-bras. Ces douleurs sont apparues 3 semaines auparavant, suite à de multiples efforts de soulever au travail. Sur le plan articulaire, les mobilités actives et passives cervicale et gléno-humérale sont dans les limites physiologiques, seule la flexion du coude est légèrement limitée. La radio ne montre pas d'atteinte vertébrale. Les tests de compression cervicale sont négatifs. Sur le plan neurologique, la sensibilité, les réflexes et la force musculaire sont normaux. Il ne peut s'agir d'une cervico-brachialgie, d'autant plus qu'aucun signe de souffrance cervicale n'est trouvé. La palpation de la longue portion du triceps met en évidence la présence d'un cordon induré, très sensible à la palpation, dont la pression reproduit les zones d'irradiation douloureuse. C'est à ce moment que le patient me dit : "vous y êtes". La présence d'un point musculaire gâchette ne fait donc plus de doute. Le traitement consiste en des pressions soutenues du cordon, en association avec un étirement du muscle concerné. Quatre séances ont suffi à faire disparaître les symptômes de manière définitive.



## DISCUSSION

C'est TRAVELL et SIMMON qui ont popularisé ces syndromes douloureux myofaciaux (myofacial pain syndrom) à partir de 1952. Mais la trace de leur existence remonte en 1841. VALLEIX fut en effet le premier à découvrir ces dysfonctions, les décrivant comme des "points où les nerfs pénètrent dans les muscles". Du côté des chiropraticiens, NIMMO, en 1926, remarqua la présence de ces souffrances musculaires, qu'il qualifia de "points générateurs algiques" (noxious generative point). Il développa une technique empirique de compression manuelle, qui lui permit d'obtenir des résultats significatifs.

Bien que cliniquement identifiable, le mécanisme physiopathologique des **points musculaires gâchettes** n'est pas défini. *Ils sont considérés comme un trouble de la contraction musculaire, dans laquelle une partie de certaines fibres apparaît hypertoniques, alors que le reste du muscle est dans un état normal.*

Cette pathologie est avant tout liée à un abus de travail musculaire ou de mauvaises attitudes posturales. Robert MAIGNE, Rhumatologue Français, considère, quant à lui, qu'une origine vertébrale est possible. Dans ce cas, la présence de ce qu'il nomme "**cordons myalgiques**" se situe dans le myotome du segment intervertébral souffrant. On peut considérer que les points gâchettes et les cordons myalgiques représentent une même entité clinique, dont l'origine diffère. Ils appartiennent tous deux au syndrome douloureux myofacial.

Leur diagnostic est avant tout palpatoire (voir tableau 2 en fin de d'article). Le praticien doit sentir la présence d'un cordon induré ou d'un nodule, dont la pression est à l'origine d'une douleur projetée reconnue par le patient, d'où la dénomination "gâchette".

La cartographie des irradiations douloureuses est caractéristique pour chaque muscle du corps et identique d'un sujet à l'autre.

Il existe d'autres signes associés plus difficile à reconnaître :

- le premier correspond à une limitation articulaire en rapport avec la souffrance musculaire,
- le second se traduit par une faiblesse du muscle concerné ainsi que ceux atteint par les irradiations douloureuses,
- le troisième est caractérisé par la présence d'un soubresaut musculaire lors de la compression du point.

La plupart des techniques de soins associe 2 éléments essentiels :

- la *compression manuelle* (pouce, pulpe des doigts) ou instrumentale (barre en T) de la zone gâchette pendant 8 à 10 secondes, celle ci doit être tolérable et constante.
- s'ensuit l'*étirement passif* et progressif du muscle.

Ces 2 éléments sont sont répétés 3 à 4 fois lors de la séance.

Elles sont regroupées sous le terme américain de "**libération de douleur myofaciale**" (myofacial pain release).

Enfin, il ne faut pas confondre les syndromes myofaciaux et fibromyalgiques, comme ce fut longtemps le cas dans le passé. Cette confusion teint au fait que dans ces deux pathologies il existe des douleurs musculaires avec irradiation. Les différences sont notées dans le tableau 3 en fin de d'article.

### III LES SPASMES MUSCULAIRES

Cas clinique :

Madame R... vient me consulter pour des douleurs cervicales, associées à des irradiations brachiales gauches, ayant débuté un mois et demi auparavant. Ces douleurs, intenses au début, ont depuis nettement diminué, en particulier grâce à un traitement ostéopathique. Néanmoins, Madame R... continue à avoir "des douleurs de fond", pour lesquelles les manipulations, réalisées par son ostéopathe, ne semblent plus l'aider, raison de sa consultation. Après examen clinique et radiologique, le tableau correspondait à celui d'une névralgie cervico-brachiale C7 par uncodiscarthrose, sans atteinte neurologique objective. La posture et la mobilité ont permis de révéler de petites anomalies caractéristiques :

- une légère élévation et protraction de l'épaule gauche, par rapport au côté opposé,
- les rotation et inclinaison cervicales droites étaient nettement diminuées,
- la palpation du trapèze, de l'angulaire, et du serratus antérieur met en évidence une hypertonie douloureuse, à l'origine de la déformation posturale.

Le traitement de ces contractures réflexes, auto-entretenues (contractures-douleurs, douleurs-contractures), par des techniques de neurofacilitation, permet de faire disparaître ces douleurs séquellaires . Le résultat est obtenu en 3 séances.



## DISCUSSION

**Les spasmes, ou contractures musculaires**, sont les dysfonctions les plus connues, et pour lesquelles on a attribué la plupart des douleurs vertébrales. *Ils correspondent à un processus de réflexe médullaire secondaire à une épine irritative.* Le “ventre de bois”, rencontré dans les cas de péritonite, est un premier exemple. Celui-ci est entraîné par un bombardement d’influx nociceptifs, en provenance des viscères. Il s’agit, dans ce cas, d’un *réflexe viscéro-somatique*. Les spasmes, liés à un trouble biomécanique de l’appareil locomoteur, sont un deuxième exemple. En outre, les souffrances du segment mobile sont associées, la plupart du temps, à des contractures douloureuses à caractère auto-entretenu. Ces réflexes, ici *somato-somatiques*, ont été décrits depuis plus d’une centaine d’années par les chiropraticiens. Le traitement de ces spasmes est donc primordial, puisque les ajustements ne permettent pas de les faire disparaître systématiquement.

Le diagnostic dépend, là encore, d’une palpation fine, en association à une analyse posturale. Le praticien notera la présence d’une tension, sur l’ensemble du corps musculaire, sensible à la pression. Ces tensions entraînent des limitations, souvent importantes, des articulations dont elles dépendent.

Les techniques de **neurofacilitation musculaire** sont employées dans ce cas. Elles sont basées sur les lois de la neurophysiologie musculaire :

- la première concerne *l’inhibition réciproque*. Ici, le praticien provoque la contraction statique de l’homologue controlatéral du muscle spasmé. Cette technique s’emploie en priorité en phase aiguë,
- la deuxième correspond aux possibilités de relâchement musculaire, après contraction. Il s’agit du *“contracté-relâché”*. Dans ce cas, le muscle spasmé sera progressivement étiré, après avoir été préalablement contracté en statique.

## IV LES RETRACTIONS MUSCULAIRES

Cas clinique :

Madame L..., 35 ans, est référée par le Docteur A..., pour lombo-sciatalgie bilatérale chronique, d’installation progressive, peu ou pas calmée par les antalgiques, et AINS. La cause semble être en rapport, avec une instabilité lombaire, d’origine arthrosique. L’interrogatoire permet de savoir que les souffrances remontent à 8 ans. Madame L... pratique le sport de manière intensive, puisqu’elle précise qu’elle fait en moyenne 3 joggings par semaine (d’1 heure), ainsi que 3 heures de musculation. Les douleurs sont principalement localisées dans la région fessière basse et la face postérieure des cuisses. Elles sont bilatérales et symétriques. La mobilité lombaire est indolore, sans raideur notable. Les tests de Lasègue, de Betchterew et neurologique, sont négatifs. L’examen radiologique montre la présence d’une arthrose débutante lombaire basse, ne pouvant rendre compte d’une instabilité à ce niveau.

Du fait de cette pratique intense de sport, j’effectue un examen de l’extensibilité musculaire. Concernant les ischio-jambiers, la distance doigts-sol est particulièrement limitée puisque égale à 15 cm. Il en est de même pour les triceps suraux. A la palpation, je note une tendinopathie d’insertion des ischio-jambiers sur la tubérosité ischiatique. La patiente me précise qu’elle ne pratique aucun étirement durant ses activités sportives.

Les souffrances, dans ce cas présent, correspondent à une tendinopathie, associées à une rétraction des muscles concernés. La position assise prolongée provoque les symptômes majeurs. Le traitement, basé sur les étirements et des techniques de Cyriax, améliore les symptômes dans une proportion de 80%, après 2 mois de suivi. Contactée 6 mois plus tard, cette patiente me confirme qu’elle n’a plus mal, et qu’elle continue ses activités sportives, mais d’une manière adaptée.



## DISCUSSION

Le **raccourcissement musculaire** est la dysfonction la plus fréquemment rencontrée. Il ne faut pas la confondre avec les spasmes. Les fibres ne sont pas contractées, mais rétractées. *Il s'agit d'un raccourcissement musculo-aponévrotique.* La fréquence de cette pathologie s'explique pour beaucoup par notre mode de vie, soit trop sédentaire, soit par excès d'activités sportives.

Ces rétractions touchent principalement les muscles de la posture (jumeaux, ischio-jambiers, paravertébraux, psoas, etc ...). Le tableau classique est celui de l'hyperlordose lombaire, entraîné par un déséquilibre, entre les abdominaux et les fessiers d'un côté, le psoas et les érecteurs du rachis de l'autre. Compte tenu de l'interdépendance fonctionnelle de l'appareil locomoteur, ces troubles statiques sont compensés par d'autres réactions de déséquilibre. Ainsi, dans le cas cité précédemment, cyphose dorsale et lordose cervicale peuvent suivre. D'autres rétractions viendront fixer les déformations. Ces anomalies de la posture s'observent dans les 3 plans de l'espace.

Le diagnostic dépend donc d'une analyse posturale, en association à un examen d'extensibilité musculaire. Les rétractions musculaires, dont la particularité est de s'organiser en chaîne, n'entraînent pas de syndrome douloureux. Néanmoins, elles sont considérées comme préalables ou favorisant les dysfonctionnements articulaires, et tendineux. Il est donc important de bien analyser les patients, en particulier ceux dont les symptômes ont tendance à récidiver, ou dans les cas chroniques.

Le traitement consiste d'une part à étirer les muscles raccourcis. Il inclut à la fois des techniques d'*allongements analytiques*, ainsi que des *étirements longitudinaux* mettant en tension l'ensemble de la chaîne musculaire atteinte. D'autre part, il est primordial de renforcer les muscles antagonistes, grâce à une tonification spécifique et d'un travail proprioceptif.

## CONCLUSION

Ces rapports de cas sont des exemples caractéristiques des souffrances musculaires les plus souvent rencontrées. Ils correspondent aux 4 types de dysfonction répertoriés par les travaux de la recherche actuelle. Compte tenu de leur fréquence, il est indispensable de savoir les reconnaître. La fibromyalgie est une pathologie trompeuse qu'il faut "débusquer", afin d'éviter aux patients de "tomber" dans un "nomadisme médical". Dans ce cas, il faut les référer vers des équipes capables d'une prise en charge à tous niveaux.

Spasme, syndrome myofacial et rétraction musculaire accompagnent la plupart des douleurs vertébrales. Ils sont quelquefois associés, d'où la difficulté de les distinguer. L'analyse du patient, au travers d'une palpation fine, d'un examen des mobilités et de la posture, permet cette distinction. Dans ce cas, une réponse thérapeutique adaptée et spécifique devient possible. Enfin, rappelons que cette analyse doit être globale, replaçant le patient dans le contexte de sa vie quotidienne.

### Tableaux en Annexe & Bibliographie :

Pour les patients dont le diagnostic de fibromyalgie est évoqué, celui-ci doit remplir les deux critères suivants. De plus, aucun signe ou symptôme d'une atteinte systémique ne doit être présent : arthrite rhumatoïde, goutte, hypothyroïdisme, lupus... Enfin, les antécédents de douleurs diffuses musculaires doivent remonter au moins à trois mois.

#### 1. Douleurs diffuses depuis 3 mois.

définition : la douleur est considérée diffuse quand :

- a/ la douleur se situe de chaque côté du corps ;
- b/ la douleur est présente au dessus et en dessous de la taille
- c/ il existe des douleurs axiales (cou, poitrine, thoracique, lombaire)

#### 2. Douleur à la palpation sur au moins 11 sites sur 18 référencés.

Définition : la douleur à la palpation apparaît sur une pression approximative de 4 kg. Il s'agit d'un point névralgique. Les sites principaux sont les suivants :

- insertions sous occipitales
- espaces inter-transversaires C5/C7
- trapèzes
- sus épineux
- poitrine, en regard des 2<sup>èm</sup> côtes
- épicondyles
- fessiers

- grands trochanters
- genoux, partie médiane

Tableau 1.

Le diagnostic d'un syndrome myofacial s'effectue à partir de 5 critères majeurs et d'au moins un critère mineur.

Critères majeurs :

1. douleur régionale.
2. la douleur référée suit le trajet correspondant à une distribution caractéristique du muscle atteint.
3. palpation d'un cordon induré.
4. douleur focalisée dans un point ou nodule du cordon induré.
5. diminution de l'amplitude articulaire correspondant au muscle atteint en association à une légère faiblesse de ce dernier.

Critères mineurs :

1. la pression du point gâchette reproduit les symptômes majeurs du patient.
2. légère fasciculation à la palpation du muscle atteint.
3. la douleur est diminuée ou éliminée par le traitement musculaire de pression/étirement ou d'injection.

Tableau 2.

symptômes	fibromyalgie	syndrome myofacial
Topographie douloureuse	bilatérale et diffuse	spécifique et référée
Raideur matinale	oui	non
Perturbation du sommeil	oui	non
Tissus mous	points névralgiques	point gâchette
Changement palpatoire	aucun	présence de cordon, nodule
Ratio femme/homme	10-20	1-1
Symptôme majeur	douleurs diffuses chroniques matinales fatigue raideur	douleur aiguë ou chronique et régionale
Traitement	systémique, médicamenteux, réentraînement, psychothérapie, relaxation, massages	spécifique, compression, stretch, injection, ajustement

Tableau 3.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Dansel D, Ph.D, Waldorf T, D.C, Cooperstein, D.C, *Effect of cervical adjustments on lombar paraspinal muscle, JMPT, Vol 16, Nu 2, february 1993.*
2. Hains G, DC, Hains F, DC, *A combined compression and spinal manipulation in the treatment of fibromyalgia : A preliminary estimate of dose and efficacy, JMPT, Vol 23, Nu 4, mai 2000.*
3. Hammer IH, DC, *functional soft tissue examination and treatment by manual methods, second edition, Aspen Publication, 1999.*
4. Herisson C, M.D, Vautravers P, M.D, *Les manipulations vertébrales, Masson, 1994.*
5. Hiemeyer K, M.D, Lutz R, Menniger H, M.D, *Dependence of tender points upon posture, a key to the undrestanding of Fybromyialgia Syndrome, Journal of Manual Medicine, Vol 5, N°4, Springer, 1990.*
6. Jacobsen S, M.D, Danneskiold-Samsøe B, M.D, *Muscle function in patients with primary fibromyalgia syndrome, an overview, Journal Of Manual Medicine, Vol 5, n°4, springer, 1990.*
7. Jamison RJ, PHD, *A psychological profile of fibromyalgia patients : A chiropractic case study, JMPT, Vol 22, Nu 7, septembre 1999.*
8. Liebenson C, DC, *Rehabilitation of the spine, section II Evaluation of muscular imbalance by Janda V, M.D, Williams & Wilkins, 1996.*

9. Maigne JY, M.D, *Soulager le mal de dos*, Masson, 2001.
10. Maigne R, M.D, *Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne*, Expansion Scientifique Française, 1989.
11. Orgeret G, M.K, *La thérapie normotensive dans le traitement de la lombalgie*, Kinésithérapie Scientifique, N°398, mars 2000.
12. Pre F, M.K, *place de l'endurance fondamentale dans le traitement de la fibromyalgie*, Kinésithérapie Scientifique, N°410, Avril 2001.
13. Schneider M, D.C, *principles of myofacial therapy*, 1720 washington Rd, suite 201, Pittsburgh, PA 15241, 412.8336323, 1999.
14. Simons DG, M.D, Travell JG, M.D, *Myofacial pain and dysfunction, the trigger point manual, second edition* Williams & Wilkins, 1999.
15. Vaillant J, MK, *La fibromyalgie*, Kinésithérapie scientifique, N°398, mars 2000.
16. *Les troubles musculo-squelettiques, Statistiques nord Américaines et françaises*, Egora, [http.www.egora.fr](http://www.egora.fr), septembre 2000.
17. *levée de tension des chaines musculaires du tronc*, Péninou G, MK, cd rom, kinemedia, 1998