

Le syndrome myofascial douloureux

Points Trigger Myofasciaux

2^{ème} partie

JAN DE LAERE
PHYSIOTHÉRAPEUTE
THÉRAPEUTE MANUEL
DIRECTION TMNO
(THÉRAPIE MANUELLE
NEURO-ORTHOPÉDIQUE)

Cet article fait suite à la première partie parue dans notre numéro de juin 2009 (Profession Kinésithérapeute n°23). Après avoir présenté cette pathologie (Le Syndrome Myofascial Douloureux qui est une perturbation dont l'origine se situe dans un ou plusieurs points trigger myofasciaux), expliqué ses caractéristiques et présenté son étiologie, nous expliquons dans ce numéro le traitement associé.



Chaque thérapeute doit appliquer la méthode en fonction de ses compétences et de la loi du pays dans lequel il exerce.

Nous n'aborderons dans le cadre de cet article que quelques bases d'application du traitement avec les aiguilles, nous y envisagerons de façon plus complète le traitement manuel. Indépendamment de la méthodologie que le praticien choisira, les mêmes principes de base seront à appliquer.

2 - Principes de base

- Chaque SMD possède une variété étendue de causes et de facteurs, le praticien doit en tenir compte dans le management du traitement de son patient ; traitement articulaire, viscéral, neurodynamique, ergonomie,...
- Le praticien commence toujours par le point le plus actif ; point qui provoque le plus de douleur/symptômes avec la moindre stimulation.
- Le nombre, l'intensité et la durée des techniques sont adaptés à l'actualité de la dysfonction.
- Le praticien doit déceler l'existence d'une chaîne myofasciale et la traiter.

1 - Traitement du SMD

Le traitement des points trigger myofasciaux (PTrM) dans le cadre du syndrome myofascial douloureux (SMD) nécessite une formation adéquate et une méthodologie de base. Le choix, au départ, se fait entre la méthode invasive où le thérapeute se sert d'aiguilles d'acupuncture et les techniques manuelles, méthode non-invasive.

Le syndrome myofascial douloureux

Points Trigger Myofasciaux

- Dans le cas d'une instabilité accompagnée d'une augmentation du tonus musculaire, il est judicieux de traiter en priorité la fonction de stabilisation.
- Une douleur « myofasciale », qui ne diminue pas après trois séances, malgré un management adéquat, peut résulter d'une pathologie plus importante et nécessite un approfondissement du diagnostic.



Figure 1 : Relâchement musculaire par compression manuelle au niveau du PTrM du muscle sterno-cléido-occipito-mastoidien droit



Figure 2 : Massage fonctionnel du muscle piriforme droit

3 - Quelques exemples de SMD

Certains diagnostics médicaux courants, appliqués dans des cas de douleurs/dysfonctions de l'appareil locomoteur concernant les différentes régions corporelles sont fréquemment l'expression de la présence de points trigger myofasciaux :

- épicondylite latérale ou tennis elbow, dû aux muscles extenseurs du coude, main et doigts, mais également aux muscles brachio-radial, supra-épineux ou subclavier, est très fréquent,
- cervicalgie et cervicobrachialgie : muscles éleveurs de l'omoplate, triceps brachial et serratus postérieur et supérieur,
- lombalgie et lombosciatalgie : muscles carré des lombes et fessiers,
- défilé thoracique : muscles scalènes, subclavier et petit pectoral,
- capsulite rétractile : muscle subscapulaire avec douleur et gêne au niveau du poignet et de la main,
- PSH : muscles supra-épineux, infra-épineux, petit rond et deltoïde,
- syndrome fémoro-patellaire : muscles long adducteur, court adducteur, rectus fémoris, vaste interne,
- céphalées et facialgie : muscles trapèze, sterno-cléido-occipito-mastoidien et platysme,
- ATM et douleurs dentaires : muscles masséter, temporal, digastrique et ptérygoïdiens.

La prévalence des points trigger myofasciaux est par évidence plus élevée chez les sportifs, qui pratiquent la danse, le tennis, la course à pied, la natation et chez toute personne qui utilise ses muscles de manière répétitive, prolongée ou avec force.

4 - Contre-indications

- vasculaires : hématome frais et massif, thrombose, varices, coagulation perturbée,
- dermatogènes : lésions généralisées ou locales,
- myogènes : maladies musculaires généralisées ou locales,
- neurogènes : dysfonctions neurologiques centrales,
- générales : infections, tumeurs ou douleur très importante.



Figure 3 : Massage transversal profond de l'insertion tendineuse du muscle infra-épineux droit



Figure 4 : Technique myofasciale des muscles érecteurs du tronc gauche

5 - Méthodologie non-invasive

du stade aigu au stade chronique à l'aide de techniques manuelles telles que :

- relâchement musculaire par positionnement,
- relâchement musculaire par compression manuelle du PTrM (figure 1),
- étirements manuels locaux dans la zone du PTrM,
- massage fonctionnel (figure 2),
- massage transversal profond des tendons et des insertions (figure 3),
- techniques de libération tissulaire,
- technique de libération des fascias au niveau du corps musculaire (figure 4),



Figure 5 : Technique myofasciale du muscle grand dorsal droit



Figure 6 : Technique d'étirement neuromusculaire du muscle élévateur de l'omoplate droit

- techniques de libération des fascias intermusculaires (figure 5),
- techniques de reprogrammation neuromusculaire (figure 6).

1 → Relâchement musculaire par positionnement

Le muscle qui contient le PTrM est mis lentement et passivement dans une position de raccourcissement pour que la douleur et la tension musculaire diminuent.

2 → Relâchement musculaire par compression manuelle du PTrM

La compression est rythmée et non douloureuse. Elle débute de préférence dans une position de « confort » pour le patient.

3 → Étirements manuels locaux dans la zone du PTrM

Déplacements en croix, adaptés à la sensibilité du patient.

4 → Massage fonctionnel

Compression au niveau du PTrM, combinée à une mise en tension modérée et simultanée du muscle qui contient le PTrM.

5 → Massage transversal profond des insertions, des tendons ou des jonctions musculo-tendineuses

Détente musculaire par influence sur les récepteurs de Golgi, la force et le rythme de la technique doivent être adaptés au patient.

6 → Techniques de libération tissulaire

Techniques de palper-soulever, palper-déplacer et de palper-rouler par dessus le muscle renfermant le PTrM et dans la zone de douleur référée.

7 → Technique de libération des fascias au niveau du corps musculaire

Glissement lent et profond sur le muscle qui contient le PTrM, de l'insertion proximale vers l'insertion distale.

8 → Techniques de libération des fascias intermusculaires

Glissement lent et profond à l'intersection de deux plans musculaires.

Reprogrammation neuromusculaire :

- contracter-relâcher pendant 7 secondes du muscle antagoniste sans étirement,
- contracter-relâcher pendant 7 secondes du muscle agoniste sans étirement,
- contracter-relâcher pendant 7 secondes du muscle antagoniste avec étirement,
- contracter-relâcher pendant 7 secondes du muscle agoniste avec étirement,
- travail analytique du muscle en concentrique et excentrique,
- travail fonctionnel du muscle en concentrique et excentrique.

D'autres techniques telles que :

- auto-exercices à réaliser à domicile : compression, massage fonctionnel, étirement, auto-stabilisation,
- analyse et conseils ergonomiques,
- réharmonisations articulaires,
- renforcement musculaire - stabilisation,
- techniques de crochetage ou de ventouses,
- techniques de taping,
- froid, chaleur humide, ultrason, TENS, acupuncture,
- infiltration, traitement médicamenteux,
- traitement des facteurs d'entretien.

6 - Méthodologie invasive ou dry needling

- La puncture sèche a une valeur diagnostique, ainsi que thérapeutique.
- La réaction de secousse musculaire locale est pathognomonique pour la présence d'un PTrM.
- Une aiguille d'acupuncture, sans produit est introduite jusque dans le PTrM actif responsable de la douleur et/ou symptomatologie du patient.
- Plusieurs méthodes sont décrites par différents auteurs.
- Une méthode très efficace est de rechercher la réaction de secousse musculaire locale et si le patient le supporte, de l'épuiser en pénétrant et en ressortant du point tout en décrivant un cône, de façon rythmée, à la vitesse tolérée par le patient et qui évite qu'un spasme musculaire s'installe.
- Si le patient ne tolère pas la technique rythmée, le praticien laisse l'aiguille dans le point et la tourne dans un sens puis dans l'autre pour provoquer un étirement des fibres musculaires en contracture.
- Le thérapeute obtient ainsi la désactivation du PTrM, il améliore la circulation sanguine locale et il diminue la réaction inflammatoire locale.
- Une douleur intolérable ou un spasme musculaire peut s'installer durant la séance, s'il ne cède pas, le thérapeute doit interrompre ce traitement et continuer avec des techniques manuelles.
- Si des symptômes neurovégétatifs tels que des nausées, sudation ou vertiges apparaissent pendant la technique, le praticien doit faire une pause, et si c'est nécessaire, interrompre la séance.
- La douleur post-thérapeutique peut être réduite en utilisant suite à la puncture sèche, le massage fonctionnel, la reprogrammation neuromusculaire et de la chaleur humide.
- Le thérapeute doit bien connaître les indications, les précautions et les contre-indications relatives et absolues.
- La technique de puncture ne doit être utilisée qu'avec le total consentement du patient et de préférence évitée chez les enfants et les patients anticoagulés.

Le syndrome myofascial douloureux

Points Trigger Myofasciaux



Figure 7 : Technique de poncture sèche au niveau du PTrM dans le muscle infra-épineux droit



Figure 8 : Technique de poncture sèche au niveau du PTrM dans le muscle piriforme gauche



Figure 9 : Technique de poncture sèche au niveau du PTrM dans le muscle brachio-radial droit

➤ Cette méthode n'a rien à voir avec le concept d'acupuncture, si ce n'est l'utilisation du même matériel (figures 7, 8 et 9).

7 - Actions des 2 méthodes

- Suppression de l'activité du PTrM.
- Détonisation des cordons musculaires.
- Détente musculaire.
- Stimulation de la circulation sanguine musculaire locale.
- Diminution de l'activité inflammatoire.
- Libération des adhérences intramusculaires.
- Normalisation des changements secondaires.

Remarques

La dysfonction mono-musculaire, lorsqu'un seul muscle est impliqué, est facile à traiter, mais relativement rare en pratique. Plus souvent dans la chronicité, la douleur et/ou les symptômes sont dus à plusieurs muscles, groupés en chaînes myofasciales. La libération myofasciale manuelle de ces muscles s'impose et dépasse largement l'application du spray réfrigérant.

La compression du PTrM dans les stades aigu et subaigu doit respecter la douleur initiale du patient. C'est pour cela qu'il faut abandonner la dénomination « compression ischémique ».

L'application de chaleur humide en fin de séance prolonge la détente musculaire et évite la douleur post-thérapeutique.

Il est important que le patient maîtrise sa peur de la douleur pour commencer à utiliser progressivement tous les muscles traités dans leurs amplitudes maximales. En général, le praticien voit le patient une fois par semaine, plus souvent en cas d'urgence particulière.

La durée d'une séance varie de trente à quarante cinq minutes.

8 - Résultats

La douleur peut sensiblement diminuer vers la fin du traitement et la mobilité s'instaurer. Le soulagement immédiat de la douleur peut surprendre le patient et l'encourager à adopter une meilleure hygiène corporelle, afin d'éviter toute réactivation des PTrM.

Les réactions post-thérapeutiques « normales » peuvent varier d'une simple sensation de courbature musculaire à une sensation voire l'apparition d'une ecchymose.

Il se peut que le traitement provoque des symptômes neurovégétatifs ou libère des émotions. En cas d'augmentation constante de la douleur ou des symptômes, malgré une thérapie bien appliquée, le praticien doit être vigilant au cours des séances suivantes. Si cela perdure, il peut être amené à interrompre cette thérapie.

Quand aucune diminution des symptômes n'est observée après trois à six séances, le praticien doit reconsidérer le diagnostic et le diagnostic différentiel et/ou examiner la chaîne myofasciale existante.

9 - Discussion

Chacun des 400 muscles du corps humain peut théoriquement développer une zone de dysfonctionnement et donner naissance à un Syndrome Myofascial Douloureux et plus tard à des chaînes myofasciales. Les régions privilégiées sont la ceinture scapulaire et le bassin où l'on trouve les muscles élévateur de l'omoplate, trapèze et fessiers souvent impliqués.

Il est judicieux de penser aux PTrM chez les patients qui souffrent de céphalées, de douleurs pectorales et abdominales et d'examiner les muscles masticateurs, sterno-cléido-occipito-mastôïdien, pectoraux et abdominaux, car chez ces patients, les symptômes sont parfois mal compris, les examens très élaborés et le traitement inapproprié.

Le traitement conservateur et/ou invasif des points trigger myofasciaux devien(nen)t souvent le choix de préférence dans l'approche d'une dysfonction musculo-squelettique.

La compréhension et l'acceptation du concept des points trigger myofasciaux et du syndrome myofascial douloureux peut efficacement contribuer à une autre approche de nos patients. ■

Bibliographie

- **Travell Janet & Simons David** : *Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual*. Volume I & II. Williams & Wilkins 1983 & 1992.
- **Baldry Peter** : *Acupuncture, trigger points and musculo-skeletal pain*. Churchill Livingstone 1993.
- **Travell Janet & Simons David** : *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux. Traité des points-détente musculaires*. Tome 1 & 2. Editions Haug International, Bruxelles, 1993.
- **Jonckheere Peter & Pattyn Jan** : *Myofascial muscle chains*. Trigger vzw Brugge 1998.
- **Starlanyl Devin & Copeland Mary Ellen** : *Fibromyalgia and chronic myofascial pain syndrome. A survival manual*. New Harbinger Publications, Oakland, 1998.
- **Mense Siegfried & Simons David** : *Muscle Pain. Understanding its nature. Diagnosis and treatment*. Lip-pincott - Williams & Wilkins 2001.
- **Dejung Beat et al** : *Triggerpunkt-Therapie*. Verlag Hans Huber Bern 2001.
- **Butler David & Moseley Lorimer** : *Explain pain*. Noigroup, Adelaide, 2003.
- **Clay James & Pounds David** : *Basic clinical massage therapy : integrating anatomy and treatment, 2nd edition*. Lippincott - Williams & Wilkins 2006.
- **Clay James & Pounds David** : *Massothérapie clinique: incluant anatomie et traitement, 2° édition*. Maloine 2006.
- **Leon Chaitow & Sandy Fritz** : *A massage therapist's guide to understanding, locating and treating myofascial trigger points*. Churchill Livingstone 2006.
- **Leon Chaitow & Sandy Fritz** : *A massage therapist's guide to treating headaches and neck pain*. Churchill Livingstone 2009.

Pour en savoir plus :

Formation des Points Trigger Myofasciaux ou autres formations en Thérapie Manuelle en France ou recevoir une bibliographie sur le concept, contactez :

Jan De Laere, delaere.physio@hotmail.com,
ou consultez le site internet www.tmno.ch