

## Le syndrome douloureux myofascial

# Les points gâchettes

Béat Huber

Les syndromes douloureux et dysfonctionnements myofasciaux représentent la cause la plus fréquente des problèmes de l'appareil moteur. Ils sont souvent méconnus, car les douleurs apparaissent souvent loin du point gâchette causal. Ceci demande un changement de paradigme. Les douleurs référées se situent en dehors des dermatomes neurologiques. Ils sont dues à une sensibilisation centrale.

Les points trigger (= points gâchettes) sont des lieux de contraction musculaire permanente, scientifiquement très bien étudiés. Ils sont dus à des elongations et des surcharges traumatiques et peuvent être diagnostiqués par des critères cliniques spécifiques et reproductibles. Les syndromes myofasciaux peuvent être traités complètement et durablement par une thérapeutique spécifique, aussi si les douleurs existent déjà depuis des années.

### Le traitement des douleurs obtient un mauvais résultat

Les douleurs et dysfonctionnements de l'appareil moteur sont aujourd'hui diagnostiqués et traités par un conglomerat d'éminents spécialistes: orthopédistes, rhumatologues, rééducateurs, ostéopathes, chiropraticiens, masseurs, etc. et – dans une proportion importante – par les médecins généralistes. Assez de monde donc pour apporter des solutions adaptées, efficaces et satisfaisantes pour les patients, – pourrait-on croire. Nous savons tous qu'il n'en est rien: Nous avons toujours une proportion (trop) importante de patients qui ne vont pas mieux, qui récidivent régulièrement, qui continuent à souffrir et coûtent par conséquent une somme évaluée à plusieurs milliards en traitements souvent non concluants, et en indemnités de perte de gain, si ce n'est en invalidité. Ceci est surtout vrai pour les problèmes du dos.

### Quelles sont les raisons de cet échec?

Je ne prétends pas ici d'apporter une solution miracle, mais une réflexion issue de 35 ans d'expérience pratique en médecine manuelle, axée en particulier sur la musculature et le syndrome myofascial, omniprésent mais souverainement ignoré par une écrasante majorité de la faculté. Du fait que la musculature et en particulier les points gâchettes, dont il sera ques-

tion, ne sont pas visibles par nos techniques sophistiquées d'imagerie médicale, leur compréhension est souvent lacunaire, voire inexistante. De plus, la musculature est dynamique et demande une approche et un examen clinique méticuleux, tenant compte de l'intégration des douleurs et des dysfonctions.

### Les points gâchettes

Janet Travell et David Simons ont fait œuvre de pionniers aux USA dès les années 80 en démontrant que la musculature est très souvent responsable de douleurs (mêmes invalidantes) aiguës et chroniques. La description des points trigger myofasciaux que nous leur devons n'a jamais été mise en défaut depuis.

C'est par une surcharge aiguë ou chronique ou bien par une elongation traumatique que naissent dans la musculature des zones qui se caractérisent par une hypoxie, dans lesquelles les filaments d'actine et myosine ne se décontractent plus.

Une multiplication de ses noeuds de contraction finissent par former le *point trigger* qui est clairement défini et palpable:

- 1 Une douleur éléctive située sur un cordon musculaire raccourci et donc induré («taut band»)
- 2 Une douleur maximale sur ce cordon («spot tenderness»)
- 3 La reconnaissance précise de la douleur du patient par stimulation mécanique (pression et/ou «dry needling») («pain recognition»)

### La douleur référée

Le diagnostic des points trigger nécessite une parfaite connaissance de l'anatomie, une palpation rigoureuse et une collaboration entière du patient. Très souvent nous pouvons alors provoquer des douleurs référées ressenties dans d'autres endroits du corps, situées en dehors des dermatomes neurologiques et témoins d'une sensibilisation centrale (corne postérieure, cor-

tex sensitivo-moteur) Exemple: La «pseudosciatalgie». Ceci n'est pas une sciatalgie mais une douleur référée du petit fessier! (fig. 1).

## Le syndrome myofascial

Non seulement les points trigger provoquent des douleurs, mais aussi des parésthésies, des faiblesses musculaires et des troubles de la coordination ainsi que des réactions végétatives autonomes.

Le syndrome myofascial est le résultat de tous les phénomènes provoqués par les points trigger.

## Traitement

Le principe de traitement se base sur les travaux fondamentaux de Travell et Simons, complété par l'intégration des fascias musculaires, introduits par Beat Dejung et enseigné actuellement de façon standardisée par l'IMTT (Interessengemeinschaft für Manuelle Triggerpunkttherapie) dans un programme en six paliers; c.à.d. quatre techniques manuelles, complétées par des mesures d'élongation et de renforcement fonctionnel de la musculature.

Le dry needling consiste en l'application d'aiguilles d'acupuncture dans les points trigger et complète de façon appréciable le traitement.



**Figure 1:** Gluteus minimus (de Travell & Simons Trigger Point Manual, vol. 2, 1992, Williams & Wilkins)

- 1 Compression ischémique du pt trigger, renforcement de l'hypoxie locale, destruction des nœuds de contraction, stimulation du métabolisme local et facilitation de la réparation musculaire (fig. 2).
- 2 Elongation manuelle de la région du pt trigger comme 1 et en plus élongation des adhésions pathologiques locaux du tissu conjonctif.
- 3 Elongation manuelle des fascias superficiels et intra musculaires. Amélioration de la mobilité intramusculaire en stimulant les mécanorécepteurs des fascias, permettant une détonisation du cordon musculaire raccourci.
- 4 Dissection manuelle des synéchies fasciales intermusculaires permettant une amélioration de la mobilité intermusculaire.
- 5 Elongation et détonisation (par le thérapeute et/ou le patient).
- 6 Entraînement fonctionnel, ergonomie
- 7 Dry needling: Application d'une aiguille d'acupuncture dans le pt trigger, provoquant la douleur typique du patient et très souvent une fasciculation locale («local twitch») permet d'affiner le diagnostic musculaire et d'obtenir une meilleure réponse thérapeutique.

Ce programme thérapeutique permet dans une proportion élevée de guérir de façon complète et durable des syndromes douloureux même anciens.

Il est intéressant de noter que le traitement peut être douloureux – cela veut dire que les patients sont d'accord de suivre les séances dans la mesure où ils constatent un effet positif! Cela met automatiquement un frein à une quelconque «surconsommation» de la part du patient, contrairement à ce que l'on voit si souvent avec d'autres traitements coûteux et souvent inefficaces.

**Conclusion:** L'approche des douleurs de l'appareil moteur et du dos en méconnaissance de la science myofasciale et des points trigger doit être considérée comme inadéquate.



**Figure 2:** destruction des nœuds de contraction.

## Références

- 1 Simons, DG, Travell, JG, Simons, LS. Travell & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
- 2 Dejung B. Triggerpunkt-Therapie. Die Behandlung akuter und chronischer Schmerzen im Bewegungsapparat mit manueller Triggerpunkt-Therapie und Dry Needling. 3. Aufl. Bern: Huber; 2009.
- 3 Gautschi R. Manuelle Triggerpunkt-Therapie. Myofasziale Schmerzen und Funktionsstörungen erkennen und behandeln. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013.
- 4 Gautschi R, Böhni U. Das myofasziale Schmerzsyndrom. Ätiologie und therapeutischer Ansatz. Manuelle Medizin. 2014;3:203-213.

Correspondance:  
Dr med. Béat Huber  
Médecine générale FMH  
Médecine Manuelle SAMM  
Instructeur IMTT  
Chemin de la Croix  
Blanche 41  
1724 Le Mouret  
dr.beat.huber[at]gmail.com  
www.dolormed.ch  
www.IMTT.ch  
www.samm.ch