

Douleur référée dans le syndrome myofascial douloureux

Jan De Laere - Physiothérapeute et thérapeute manuel - Direction TMNO

la douleur référée est une douleur ressentie à un endroit différent de la localisation de la dysfonction. Presque toutes les douleurs sont référées, le thérapeute doit diagnostiquer le tissu qui en est responsable.

La douleur référée, un des critères diagnostiques du **syndrome myofascial douloureux** est spécifique du point trigger du muscle concerné.

Voici quelques unes de ses caractéristiques, qui vous guideront dans l'évaluation de votre patient présentant un **point trigger myofascial actif** :

- elle est ressentie comme une douleur sourde, mal localisée et profonde
- elle se présente parfois sous forme de paresthésies, de picotements, de sensations brûlantes : c'est le cas pour les muscles platysme, trapèze partie inférieure et sartorius
- elle est souvent unilatérale, du même côté que le point trigger myofascial elle est parfois bilatérale : pour les muscles droit de l'abdomen et sternal
- elle traverse parfois la ligne médiane : pour les muscles sterno-cléido-mastoïdien (partie claviculaire) et oblique externe de l'abdomen
- elle est très éloignée et surprenante pour les muscles sterno-cléido-mastoïdien (partie sternale), trapèze (partie supérieure), scalènes, dentelé supéro-postérieur et petit fessier
- elle est peu éloignée pour les muscles masséter, temporal et carré des lombes
- elle reste locale autour du point trigger myofascial pour les muscles rhomboïdes, deltoïde et pectiné
- sur les membres, elle a plutôt tendance à se projeter de manière distale (85%)
- elle est souvent référée vers une articulation mobilisée par le muscle qui contient le point trigger
- plus le point trigger myofascial est activé, plus la surface de la zone de douleur référée est grande
- la zone de douleur référée est souvent sensible ou douloureuse, elle peut représenter des points trigger myofasciaux satellites et des phénomènes neurovégétatifs par exemple des adhérences tissulaires, une sudation, une pilomotricité activée
- elle n'est pas un critère diagnostique essentiel, mais elle permet le diagnostic différentiel entre un point trigger myofascial latent et actif; car le point latent demande plus de force de stimulation et de temps pour qu'un début de douleur référée s'installe

La douleur référée ne se superpose ni à l'innervation cutanée, ni à l'innervation segmentaire.

Siegried Mense postule qu'il existe des relations muettes entre les neurones de la corne postérieure et les neurones périphériques, elles s'activent lors d'une stimulation nociceptive.

Mise à jour, octobre 2009