

La notalgie paresthésique - notalgia paraesthetica

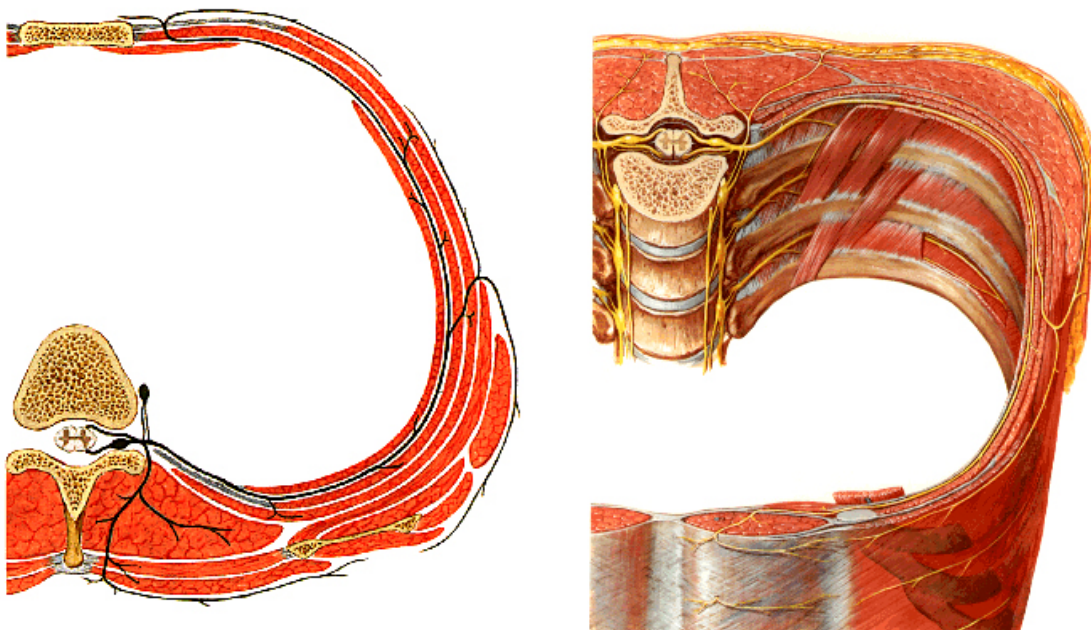
Jan De Laere - Physiothérapeute et thérapeute manuel - Direction TMNO

du grec **nōtos** = dos et **álgos** = douleur - dorsalgie ou douleur dorsale

La notalgie paresthésique est dans la plupart des cas, une neuropathie sensitive, fréquente, due à la compression des rameaux dorsaux des racines nerveuses thoraciques, plus précisément des branches cutanées postérieures, connue en dermatologie, en rhumatologie comme en neurologie et se manifestant par une douleur brûlante interscapulaire, souvent unilatérale. Une symptomatologie similaire existe dans la méralgie paresthésique, la cheiralgie paresthésique et la gonalgie paresthésique, à chaque fois une compression des branches nerveuses cutanées en est responsable. La grande difficulté reste pour nous, une fois toute pathologie interne exclue, de détecter l'origine de cette douleur dorsale !

Anatomie de la partie supérieure du thorax

Le nerf spinal thoracique se divise en un rameau ventral, qui devient le nerf intercostal et un rameau dorsal, qui contourne latéralement l'articulation zygapophysaire et se divise à son tour en une branche médiale et une branche latérale, qui innervent les muscles longissimus du thorax et ilio-costal thoracique. La branche médiale traverse les muscles multifides, les muscles paravertébraux et leurs insertions tendineuses, les muscles rhomboïdes, le muscle trapèze et les fascias. Elle se termine par la branche cutanée postérieure qui innerve la peau de la région interscapulaire.



d'après Frank Netter

Signes et symptômes

Il s'agit souvent de sensations douloureuses d'intensité variable, de picotements, de paresthésies, de démangeaisons, de sensations brûlantes ou d'une hypo-esthésie localisées dans une zone cutanée bien limitée, le plus souvent unilatérale, entre les processus épineux et la scapula au niveau des dermatomes D₂-D₆. La fonction reste maintenue, mais la douleur peut influencer la mobilité de la ceinture scapulaire et du tronc. Parfois les processus épineux sont devenus sensibles, voire douloureux. La zone peut être hyperpigmentée comme dans une réaction postinflammatoire et un nodule hypersensible peut être détecté.

Etiologies

La pathogénie de cette affection n'est pas totalement élucidée. Très souvent, il s'agit d'une compression due au maintien, à des dysfonctions vertébrales ou myofasciales. En général, la notalgie se manifeste chez les personnes de plus de 50 ans. Chez le patient jeune, la notalgie peut être héréditaire et est souvent associée à une néoplasie endocrinienne multiple du type IIa (syndrome de Sipple).

Traitements classiques

Les traitements sont multiples et ils varient de l'application de la glace, de pommade, à l'infiltration d'anesthésique local ou de corticoïde, voire d'une neurolyse.

Management neurodynamique d'une dorsalgie gauche, peu diffuse, bien localisée, médiale par rapport à la scapula avec des sensations de picotements et de brûlures chez une dame âgée de 52 ans.

Méthodologie de la différenciation structurelle entre l'articulation zygapophysaire, le disque intervertébral, la chaîne d'extension, les chaînes croisées, la chaîne *dite statique postérieure*, les structures myofasciales analytiques, les structures neuroméningées (dure mère, nerf intercostal, branche cutanée...) et la chaîne viscérale.

1. le thérapeute examine cette dorsalgie en position Slump, les jambes allongées, avec flexion du genou gauche, flexion de la colonne cervicale et inclinaison latérale droite du rachis thoracique.
2. quand il reproduit la douleur et/ou la symptomatologie du patient par cette mise en tension, parfois le patient décrit au même moment une décharge électrique douloureuse dans la région interscapulaire, que nous pouvons considérer comme la génération d'impulsions anormales ou ectopiques.

3. le thérapeute utilise les manœuvres de sensibilisation et de désensibilisation à l'aide de l'extension et de la flexion du genou gauche. Si la douleur unilatérale interscapulaire gauche, connue du patient change (lire augmente ou diminue), l'hypothèse que les structures neuro-méningées sont impliquées se renforce.



4. le thérapeute stimule par palpation le ou les rameau(x) cutané(s) concerné(s) à gauche pour confirmer l'hypothèse neurogène et pour infirmer l'hypothèse d'un syndrome myofascial local (muscle élévateur de la scapula, muscles rhomboïdes, muscle infra-épineux, muscle trapèze, muscles scalènes,...) avec un point trigger myofascial, un nodule et son schéma de douleur référée.
5. le thérapeute observe, si la douleur et/ou la symptomatologie provoquée par sa palpation change avec l'extension de la colonne cervicale haute (la tête) et/ou l'extension et la flexion du genou gauche.

Traitement neurodynamique :

1. correction du maintien
2. normalisation de la dysfonction articulaire sous-jacente
3. travail analytique des structures myofasciales interscapulaires concernées, surtout les muscle trapèze, rhomboïdes et érecteurs du rachis
4. techniques de neuroglissement pour influencer la mobilité, la vascularisation et moduler la douleur
5. techniques de neurotension pour regagner la visco-élasticité du nerf

6. techniques de neuromassage des rameaux cutanés dorsaux



7. techniques combinées ; neuromassage dans des positions de mise en tension

8. participation du patient par une neurogymnastique combinée à la respiration

Commentaire

Dans ce type de dorsalgie, nous avons tout intérêt à différencier les structures potentiellement responsables dès le départ et à bien construire notre premier traitement d'essai. Dans un cas de notalgie paresthésique dont les origines sont musculo-squelettiques, nous respectons, comme toujours, le travail de libération des contenants ; la colonne dorsale, les muscles, les fascias... suivi par une libération du contenu par glissement et palpation.

Cet article évoque un exemple type de différenciation structurelle diagnostique nécessaire à la construction d'un traitement efficace. Je n'aborde ici qu'un rapide aperçu du traitement, qui sera repris in extenso dans les formations ; « Thérapie Manuelle NeuroDynamique » et Raisonement Clinique et Différenciation Structurelle »

Mise à jour, octobre 2009