Le syndrome de

charnière thoraco-lombaire

en 2013

Jean-Yves MAIGNE

Hôtel-Dieu 75181 Paris cedex 04

e syndrome de la charnière thoraco-lombaire, également désigné sous le nom de "syndrome de Maigne" qui le décrivit en 1974, désigne un ensemble de douleurs siégeant dans les métamères T11, T12 ou L1 et en rapport, selon la description princeps, avec un dysfonctionnement des segments mobiles de la charnière thoracolombaire.7,8 En effet, la région lombofessière, la face latérale de hanche et l'aine reçoivent leur innervation sensitive cutanée des racines T11 à L2. L'idée qui sous-tend ce syndrome est qu'un dysfonctionnement touchant l'un des étages entre T11-T12 et L1-L2 peut être à l'origine de douleurs référées plus bas. Dans les dermatomes correspondants Mais il semble aussi que ces dermatomes puissent être le siège de douleurs référées à partir de la charnière lombo-sacrée. Les liens qui les unissent, en particulier neurologiques, commencent maintenant à être mieux compris.2 Enfin, les segments mobiles de la charnière thoraco-lombaire peuvent aussi être à l'origine de douleurs non référées, ressenties localement. Tout ceci conduit à évoquer les syndromes plutôt que le syndrome de charnière thoraco-lombaire.

BASES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DU SYNDROME DE CHARNIÈRE THORACO-LOMBAIRE

Distribution des nerfs de la charnière thoraco-lombaire

Branches postérieures cutanées. Les branches postérieures cutanées issues des racines T10, T11, T12 et L1 innervent la région lombo-fessière. 6,16 Celles de T12 et de LI (cette dernière la plus interne) franchissent la crête iliaque et peuvent descendre jusque vers le grand trochanter. En dedans, leur territoire se termine en regard de l'articulation sacro-iliaque sans recouvrir le sacrum (fig. I). Telle est la disposition la plus fréquente (deux fois sur trois, fig. 2, 3, 4). Plus rarement (une fois sur trois), il existe une branche postérieure cutanée de L2, recevant parfois une anastomose de celle de L3 (10 % des cas, fig. 5). Ces nerfs sont aussi appelés nerfs clunéaux supérieurs. Le croisement de la crête iliaque se fait selon une disposition constante :

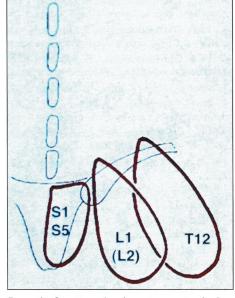


Figure I : Situations des dermatomes standard au niveau de la région sacrée et fessière.

- Le nerf le plus interne (qu'il s'agisse de la branche postérieure de L1 ou L2, voire L3) la croise à sept centimètres de la ligne médiane en perforant l'aponévrose thoraco-lombaire puis en cheminant au contact de l'os avant de gagner la peau. L'orifice de perforation est constitué d'une petite arche aponévrotique entourant le nerf. Il peut devenir fibreux chez le sujet âgé et être responsable d'un syndrome canalaire que nous avons décrit (fig. 6).
- Latéralement, la branche postérieure de T12 devient superficielle quelques centi-



Figure 2 : les branches postérieures cutanées de T12 et L1. PSIS : épine iliaque postéro-supérieure.

mètres au-dessus de la crête. Elle n'est donc pas au contact de cette dernière lorsqu'elle la croise, mais dans la graisse sous-cutanée qui l'entoure.

Branches antérieures. La branche antérieure issue de la racine T12 prend le nom de nerf sous-costal, celle de L1, de nerf iliohypogastrique (ex abdomino-génital). Elles rejoignent la crête iliaque à sa partie postéro-latérale et cheminent ensuite parallèlement à elle jusqu'au pubis, selon un trajet en ceinture, pour innerver la partie basse des abdominaux et les téguments.

À la verticale du grand trochanter, elles abandonnent toutes deux un rameau per-



Figure 3 : les branches postérieures cutanées de TII,TI2 et LI.

forant latéral, sensitif.3 Ces rameaux croisent la crête iliaque et se dirigent vers le grand trochanter, pouvant l'atteindre ou même le dépasser (fig. 7, 8). Le croisement de la crête se fait selon des modalités similaires à celles des branches postérieures, le rameau de LI perforant l'aponévrose du muscle grand oblique au contact de l'os, avec possibilité d'un syndrome canalaire à ce niveau.

Sympathique prévertébral. Des études récentes montrent que la chaîne sympathique pré-vertébrale lombaire achemine la quasi-totalité du contingent sensitif des disques lombaires bas. Ces fibres



Figure 4 : les branches postérieures cutanées de T11,T12 et L1.

gagnent les racines issues de la charnière thoraco-lombaire via les rameaux communicants.

Biomécanique de la charnière thoraco-lombaire

Mobilité rotatoire. La charnière thoracolombaire se présente comme une zone très mobile interposée entre deux zones plus rigides, le rachis lombaire en dessous, peu apte à la rotation, et le rachis thoracique au-dessus, rigidifié par les côtes. Les articulaires postérieures TI2-LI sont



Figure 5 : les branches postérieures cutanées de L1, L2 et L3. Cette dernière n'est présente que dans 10 % des cas et s'anastomose toujours à L2.



Figure 6 : syndrome canalaire intéressant la branche postérieure de L1. FTL: fascia thoraco-lombaire.

sagittales, comme les articulaires lombaires; celles de TI0-TII et de TII-TI2 ont une disposition thoracique (plus frontale), autorisant une ample rotation, d'autant que les IIèmes et 12èmes côtes sont des côtes flottantes qui ne limitent quasiment pas ce mouvement (fig. 9). La majeure partie de la rotation du tronc se concentre donc sur ces deux étages vertébraux. Ceci a pu être montré par la pratique de scanners en rotation maximale chez des volontaires.4

Conséquences pathologiques. Le surmenage rotatoire peut affecter les diverses structures mobiles de ce complexe.

- Surmenage des segments mobiles. Les contraintes rotatoires concentrées sur TIO-TII et TII-TI2 peuvent être à l'origine d'un relatif surmenage articulaire. Ce surmenage peut être accru en cas de sagittalisation des articulaires TII-TI2 (lombalisation, anomalie présente dans 20 % des cas⁴), les contraintes se reportant sur T10-T11. Une scoliose dont la zone transitionnelle passe à ce niveau a les mêmes conséquences.
- Anomalies de rotation. Dans 30 % à 50 % des cas, il existe une asymétrie d'orientation des articulaires postérieures à l'étage TII-TI2.4,14 Ainsi, celle de droite par exemple peut revêtir une disposition frontale et celle de gauche être un peu plus oblique, d'où le caractère non régulier de la rotation et la possibilité théorique de blocages rotatoires, qui pourraient constituer le substrat anatomique des "dérange-

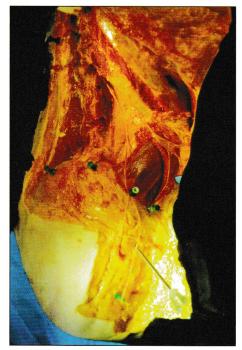


Figure 7 : branches perforantes de T12 en avant et de L1 en arrière. Le plot vert isolé marque le grand



Figure 8 : croisement de la crête iliaque latérale par les branches perforantes.

ments intervertébraux mineurs" (DIM) à ce niveau.

- Lésions discales. Outre les contraintes rotatoires, la charnière thoraco-lombaire est soumise aux mêmes contraintes (compression, flexion, extension) que la charnière lombo-sacrée. Il s'ensuit que les lésions discales y sont fréquentes, bien que moins marquées que celles de la charnière lombo-sacrée. Le disque T12-L1 a été particulièrement étudié.15 Les fissures concentriques y sont deux fois plus fréquentes à droite qu'à gauche et les lésions périphériques prédominent à la partie antérieure de l'anneau, témoignant de son exposition au stress. En revanche, les hernies discales sont très rares.
- Lésions des articulaires postérieures. Il existe, comme au niveau lombaire, des replis synoviaux dans les articulaires postérieures. Comme les disques, elles sont exposées à la dégénérescence arthrosique.

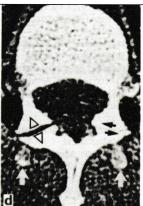
Données expérimentales

Un certain nombre de données expérimentales confirment la possibilité de douleurs projetées de la charnière thoracolombaire vers la région lombaire. Ainsi, l'injection de substances irritantes dans les ligaments inter épineux ou dans les articulaires postérieures de la charnière thoraco-lombaire se traduit par douleurs nettement plus bas situées.' Il en est de même









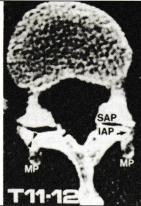


Figure 9 : les différentes orientations des interlignes articulaires postérieurs à la charnière thoraco-lombaire. En haut, aspect normal. En bas, aspects asymétriques ou à orientation inversée qui pourraient perturber la rotation segmentaire.



Figure 10 : examen clinique de la charnière thoraco-lombaire. La position en travers de la table peut être remplacée sans grand inconvénient par le décubitus ventral.

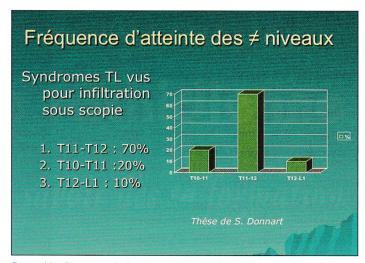


Figure 11 : fréquence de l'atteinte respective des trois étages de la charnière thoraco-lombaire en cas de syndrome du même nom.

des infiltrations faites à ce niveau, en particulier lorsque l'aiguille pénètre ou irrite des tissus sensibles.10 La douleur d'un tassement de T12 ou L1 parfois ressentie seulement dans la région lombaire basse est un autre exemple.

LOMBALGIES PAR DYSFONCTIONNEMENT DE LA CHARNIÈRE THORACO-LOMBAIRE

Anamnèse

Il s'agit en général d'un sujet de plus de 50 ans, plus souvent une femme, un cadre clinique en opposition avec les lombalgies discales, qui touchent plus souvent des sujets plus jeunes. La douleur est habituellement unilatérale (dans 60 % des cas à droite). L'élément le plus important est sa topographie, lombo-fessière, latérale, semblant partir de la crête iliaque. Il arrive qu'elle irradie dans les dermatomes antérieurs : paroi abdominale, aine ou face latérale de cuisse. Fait important, elle n'est pas ou peu ressentie à son niveau d'origine, la charnière thoraco-lombaire. Elle a pu être déclenchée par un mouvement de torsion du tronc mais ceci est loin d'être constant. Elle n'est pas impulsive à la toux.

Mobilité vertébrale

La douleur est typiquement augmentée ou reproduite par la latéroflexion controlatérale du tronc (peut-être à cause de l'étirement des nerfs cutanés que ce mouvement impose) et par la rotation homolatérale. L'extension est la direction la plus douloureuse. La flexion est en général peu limitée. Ce schéma de mobilité (inconstant) est évocateur de l'origine thoracolombaire d'une lombalgie.2

Examen des tissus cutanés et sous-cutanés

Une cellulalgie (hyperesthésie des tissus cutanés et sous-cutanés) est mise en évidence par la manoeuvre du pincer-rouler, qui doit être effectuée de façon bilatérale et comparative. Elle est considérée comme liée à une hypersensibilisation des neurones sensitifs de la corne postérieure (voir "Syndrome cellulo-périosto-myalgique"). Elle occupe les dermatomes TII, T12 et L1, du côté de la lombalgie.

Elle peut aussi concerner les dermatomes antérieurs au niveau de l'aine (nerfs souscostal et ilio-hypogastrique) et de la face latérale de cuisse à sa partie supérieure (rameaux perforants).

Lorsque le patient rapporte une douleur dans l'un ou l'autre de ces territoires, la présence de la cellulalgie y est constante. Lorsqu'il n'y a pas d'irradiation (lombalgie isolée), il est tout de même possible d'y trouver une cellulalgie non spontanément douloureuse.

Enfin, le périoste de la partie supérieure du pubis peut également être sensible à la pression.

Points de crête

Point de crête postérieur. Un autre signe clinique caractéristique est l'existence, du côté de la douleur et de la cellulalgie, d'un point douloureux à la pression sur la crête iliaque postérieure à environ sept centimètres de la ligne médiane, le point de crête postérieur. Cette distance est constante d'un patient à l'autre (quelle que soit sa taille). La pression sur ce point réveille une douleur qui est habituellement reconnue par les patients comme de même type que leur propre douleur spontanée. La crête iliaque adjacente, à droite et à gauche du point de crête, doit être insensible : ceci est fondamental afin de le différentier des sensibilités diffuses de crête. Le point de crête correspond au croisement de la crête iliaque par la plus médiale des branches postérieures cutanées (celle de L1 ou de L2 selon les cas).

Point de crête latéral. En cas de douleur à la face latérale de hanche, traduisant une

projection dans le territoire des perforantes, il existe un point de crête latéral, situé sur la partie latérale de la crête, à la verticale du trochanter. Il correspond au croisement de la crête par le rameau perforant. Sa technique de recherche est identique. Seule change la position du patient, qui doit être en décubitus latéral.

Examen segmentaire

Charnière thoraco-lombaire. L'examen segmentaire se fait sur un patient allongé en travers de la table d'examen. Il comprend quatre manœuvres : pression postéro-antérieure sur l'épineuse, pression tangentielle sur sa face latérale, pression postéro-antérieure sur l'articulaire postérieure et sur le ligament interépineux (fig. 10). Ces manoeuvres doivent être faites de TIO-TII à LI-L2. Une sensibilité nette est trouvée, en général sur un seul étage et d'un seul côté. L'étage TII-TI2 est le plus souvent atteint (60 % des cas). comme l'ont montré des examens sous radioscopie (fig. 11). Puis viennent T10-TII (20 % des cas, en particulier lorsqu'il existe une lombalisation des articulaires postérieures TII-TI2), TI2-LI (10 %) et LI-L2 (10 %).

Quel que soit l'étage thoraco-lombaire concerné, le point de crête est constant dans sa localisation, à sept centimètres de la ligne médiane. Ceci signifie que la branche postérieure sensible que l'on palpe ne correspond pas à l'étage atteint. Il n'y a donc pas irritation directe du nerf par une articulaire postérieure (fig. 12), mais, probablement, un phénomène de douleur référée, les premiers et deuxièmes nerfs lombaires pouvant être une voie commune de projection de douleur provenant de segments mobiles plus hauts situés (cf. infra).

Charnière lombo-sacrée. Lorsque la douleur provient d'un dysfonctionnement de la charnière thoraco-lombaire, les étages lombaires bas doivent par définition être indolores à l'examen. Si cette condition

Mise à jour du mécanisme Rapports articulaire-branche postérieure latérale : aucun contact entre les deux Pas de correspondance entre point de crête (nerf L1 ou L2) et le niveau atteint (T11-12, soit le nerf T11) Mécanisme probable : douleur référée et non pas tronculaire

Figure 12 : Disposition des nerfs au sortir du foramen intervertébral. Le rameau latéral de la branche postérieure n'a aucun rapport anatomique avec l'articulaire postérieure.

stricte est appliquée, la fréquence du syndrome thoraco-lombaire chute, mais le diagnostic gagne en clarté et en fiabilité.

Mais il existe des douleurs provenant du rachis lombaire bas qui se projettent dans le métamère L1 et L2, par l'intermédiaire de la chaîne sympathique pré-vertébrale. Dans ces cas, la charnière lombo-sacrée est également sensible à l'examen.

Test thérapeutique

L'injection anesthésique de l'articulaire postérieure douloureuse et du rameau dorsal correspondant permet, lorsqu'elle fait disparaître signes et symptômes, d'apporter un argument de poids pour un syndrome thoraco-lombaire. Cette injection peut se faire en consultation, à l'aide de repères cliniques.

AUTRES IRRADIATIONS POSSIBLES

Le syndrome de charnière thoraco-lombaire comporte le plus souvent une lombalgie. Mais une irradiation antérieure (aine ou partie basse de la fosse iliaque) ou latérale (face externe de hanche) n'est pas rare. Il est même des cas où seule cette irradiation est présente. Une erreur diagnostique est possible si un syndrome thoraco-lombaire n'est pas recherché systématiquement.

Douleur de l'aine

Les téguments de l'aine sont innervés par les nerfs ilio-hypogastrique et sous-costal, issus des racines T12 et L1. Ces nerfs se terminent vers le pubis et les organes génitaux. En cas de douleur de l'aine d'origine thoraco-lombaire, la recherche d'une cellulalgie est positive dans ces dermatomes. Une sensibilité de la branche supérieure de l'hémipubis homolatéral au frottement est fréquemment associée (le périoste pubien étant innervé par les mêmes nerfs). La douleur peut aussi se prolonger vers les organes génitaux. Notons que la recherche d'une cellulagie de l'aine peut être positive chez un patient lombalgique, alors qu'il ne ressent pas de douleur à ce niveau.

Irradiation à la fosse iliaque

Les téguments de la fosse iliaque (paroi abdominale antérieure) sont innervés par les nerfs intercostaux (dermatomes T8 à TII). Une douleur provenant des étages T7-T8 à T10-T11 peut se projeter à leur niveau, pouvant faire croire à tort à une douleur viscérale (digestive, ovarienne, urinaire...). La présence d'une cellulalgie locale et d'une souffrance segmentaire de l'étage correspondant permet de rattacher ces douleurs à leur origine vertébrale réelle, a fortiori lorsque les examens digestifs ou urinaires se sont montrés normaux.

Douleur de la face latérale de banche : le syndrome des perforantes

Les téguments de la face latérale de hanche sont innervés par deux rameaux perforants issus des nerfs ilio-hypogastrique et sous-costal. Ils croisent la crête iliaque à la verticale du grand trochanter pour le premier, un peu plus en avant pour le second et se terminent au niveau ou en dessous (jusqu'à 15 à 20 cm) du grand trochanter. Une douleur projetée dans ce territoire porte le nom de syndrome des perforantes (R. Maigne). Un point de crête latéral au croisement du nerf et de la crête (à la verticale du grand trochanter) est associé à une cellulalgie dans tout ou partie du territoire douloureux.

La confusion avec une sciatique L5 est possible, de même avec une tendinite du moyen fessier (et vice-versa dans ce second cas, la pression d'une peau cellulalgique sur le trochanter étant douloureuse et pouvant faire croire, à tort, à une tendinite).

Douleurs ressenties à la charnière thoraco-lombaire

Bien que la douleur des syndromes de charnière thoraco-lombaire soit le plus souvent irradiée à distance dans la région lombaire basse, il arrive qu'elle reste localisée en regard de la charnière thoracolombaire ou qu'elle irradie légèrement vers la fosse lombaire ou vers la dernière côte (fig. 13). Dans ce cas, il n'y a ni lombalgie basse, ni point de crête, ni cellulalgie. Il ne s'agit plus de douleurs référées. Seuls des signes de souffrances segmentaires thoraco-lombaires peuvent être mis en évidence.

CAUSES DU SYNDROME DE **CHARNIÈRE** THORACO-LOMBAIRE

Dysfonctionnement de la charnière thoraco-lombaire

Tel qu'il a été décrit par Robert Maigne, le syndrome thoraco-lombaire est lié à un dysfonctionnement de la charnière thoraco-lombaire.^{7,8} Les causes en sont les mêmes que celles que l'on rencontre à la charnière lombo-sacrée, mais avec une répartition bien différente.

Causes discales. Les causes discales semblent très rares, qu'il s'agisse de hernies discales ou de discopathies, parfois favori-

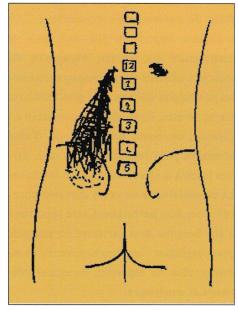


Figure 13 : Deux syndromes douloureux provenant de la charnière thoraco-lombaire. A gauche, douleur intéressant la fosse lombaire et à droite, douleur locale, sans irradiation.

sées par la présence d'une maladie de Scheueurman. Notons cependant que le syndrome thoraco-lombaire est deux fois plus fréquent à droite qu'à gauche, proportion identique à celle de la répartition des fissures annulaires au sein du disque T12-L1.15

Causes articulaires postérieures. Les articulaires postérieures thoraco-lombaires sont particulièrement sollicitées par la rotation du tronc. Des asymétries d'orientation pourraient être à l'origine de blocages douloureux qui seraient une excellente indication à un traitement par manipulation. D'autre part, le surmenage articulaire peut être à l'origine d'une arthrose avec poussées inflammatoires. Tout ceci reste très spéculatif. De fait, les dysfonctions des articulaires postérieures, qu'elles soient de nature mécanique ou inflammatoire, pourraient être une cause fréquente de ce syndrome, mais aucune preuve de cela n'existe.

Dérangement intervertébral mineur (DIM). R Maigne voyait dans les DIM la grande cause de syndromes de charnière thoraco-lombaire. Cette lésion renvoie probablement aux lésions discales ou articulaires postérieure que nous venons d'évoquer.8

Scolioses. Beaucoup de scolioses ont leur point d'inflexion (changement de courbure) au niveau de la charnière thoraco-lombaire. La scoliose étant une malformation assez rigide, il est probable que cette zone voit sa mobilité particulièrement sollicitée. Cliniquement, beaucoup de douleurs lombaires de scolioses non décompensées trouvent leur origine à la charnière thoraco-lombaire.2 Il serait intéressant de conduire une étude clinique sur ce fait.

Tassements de TII, TI2 ou LI. Les tassements, en particulier ostéoporotiques, sont assez fréquents dans cette région. Le plus souvent, la douleur est locale, au milieu du dos (surtout à la phase aiguë). Mais il arrive qu'elle soit seulement ressentie plus bas, dans la fesse, de façon uni- ou bilatérale, en particulier à la phase chronique.

Dysfonctionnement de la charnière lombo-sacrée

Chez un patient lombalgique dont la lombalgie provient de la charnière lombosacrée (en particulier en cas de douleur discale d'origine L4-L5 et L5-S1), il est assez fréquent de trouver, lors de l'examen, des signes thoraco-lombaires associés : présence d'un point de crête postérieur, irradiation à l'aine, présence d'une souffrance segmentaire thoraco-lombaire. tous signes situés du même côté que les signes lombo-sacrés. Quelle interprétation donner à ce phénomène et quelles en sont les conséquences thérapeutiques ?

Première hypothèse : deux lésions simultanées sur deux zones charnières. Si l'on admet que certaines douleurs lombaires sont dues à de mauvais mouvements ou au maintien prolongé de postures qui forcent sur la colonne, on peut aussi admettre que ces contraintes concernent simultanément les deux charnières lombo-sacrée et thoraco-lombaire, simplement parce qu'elles impliquent tout le rachis et que les lésions frappent les zones les plus fragiles.

Deuxième hypothèse : une lésion lombaire unique. Des travaux japonais sont venus apporter un éclairage nouveau sur l'innervation des disques lombaires et ses liens avec les nerfs des métamères thoraco-lombaires.11,12 Les conclusions de ces expériences menées chez le rat corroborent ce que l'on observe en clinique. Il est donc tentant de les extrapoler à l'humain, en gardant à l'esprit que la segmentation est différente (le rat a six lombaires et treize thoraciques). Ces auteurs ont montré que les disques lombaires bas sont principalement innervés par des fibres sympathiques. Les influx nociceptifs provenant de ces disques gagnent non pas les racines L5 et S1, mais le tronc sympathique prévertébral, via le nerf sinu vertébral et le rameau communiquant gris. Ils cheminent en direction crâniale et rejoi-

gnent le système nerveux central par les rameaux communicants en s'anastomosant aux racines T13, L1 et L2. Ces anastomoses sont, par l'intermédiaire d'un réflexe d'axone, à l'origine d'une projection de douleurs dans les dermatomes thoraco-lombaires. En particulier, ceci expliquerait la projection douloureuse à l'aine de certaines sciatiques ou lombalgies discales. Notre hypothèse est que cette disposition pourrait aussi rendre compte d'une projection de certaines de ces douleurs discogéniques lombaires dans les dermatomes postérieurs de T12, L1 et L2.2

Enfin, il est possible que l'innervation sensitive des disques thoraco-lombaires soit de même type que leurs homologues lombo-sacrés, assurée par des fibres sympathiques qui rejoindraient les racines LI ou L2 avant de gagner le système nerveux central. Ceci permettrait d'expliquer la fixité du point de crête alors que l'étage thoraco-lombaire en dysfonction varie entre TII-TI2 et LI-L2.2

Il se pourrait aussi que les signes de dysfonctionnement segmentaires observés à la charnière thoraco-lombaire en cas de lombalgie d'origine discale lombaire ne correspondent pas à un dysfonctionnement de ce ou ces segments mais à une hypersensibilité d'origine centrale.

Rôle de contractures musculaires. Une troisième hypothèse fait intervenir la contracture ou tension musculaire du muscle multifidus qui accompagne souvent les lombalgies discales d'origine lombaire. Cette tension, fréquemment constatée en clinique, est nette en regard du disque atteint et peut remonter assez haut, parfois jusqu'à la charnière thoraco-lombaire. La biomécanique de cette dernière pourrait alors être perturbée. Cette hypothèse a été évoquée dans certaines cervicalgies, pour expliquer l'atteinte simultanée et du même côté de segments cervicaux inférieurs et supérieurs.

Conséquences thérapeutiques. Puisque la charnière thoraco-lombaire apparaît comme le "satellite" de la charnière

lombo-sacrée, il paraît logique, au cours d'un traitement manipulatif, d'agir simultanément sur les deux régions pour garantir au patient le meilleur résultat possible.

Syndrome canalaire de la branche postérieure de L1 à la crête iliaque

Anatomie. Un syndrome canalaire est anatomiquement possible lorsque le rameau nerveux cutané le plus interne croise la crête iliaque, à sept centimètres de la ligne médiane. Il traverse un orifice ostéo-aponévrotique formé en bas de la crête iliaque elle-même et en haut du fascia thoraco-lombaire (qui s'attache sur la crête). Cet orifice peut se fibroser avec l'âge et venir enserrer le nerf et le comprimer.6

Clinique. Ce syndrome canalaire rare se traduit par une douleur qui part du point de crête et qui diffuse à la fesse. La douleur peut irradier vers le bas jusqu'au pli fessier ou au grand trochanter, mais c'est le point de crête qui est désigné par le patient comme l'origine de sa douleur. La pression sur ce point reproduit la douleur. Il n'y a évidemment pas de dysfonction notable de la charnière thoraco-lombaire.

Traitement. Une injection d'anesthésique au contact du point de crête confirme le diagnostic si elle apporte un soulagement complet. Le traitement consiste en l'injection locale d'un dérivé cortisonique. En cas d'échec, et si le patient est gêné, une neurolyse est possible. Elle doit être confiée à un chirurgien ayant l'expérience de type d'intervention.5

Syndrome canalaire de la branche perforante cutanée latérale de L1 à la crête iliaque externe

Comme le rameau cutané de la branche postérieure, le rameau perforant de la

CLINIQUE

branche antérieure peut être comprimé lorsqu'il croise la crête iliaque, selon un mécanisme similaire.3 Quoi que les preuves anatomiques et chirurgicales existent, ce syndrome canalaire parait cependant extrêmement rare. On évoquera plutôt une sciatique L5, une tendinite du moyen fessier ou une coxopathie.

TRAITEMENT DU SYNDROME DE **CHARNIÈRE** THORACO-LOMBAIRE

Manipulations vertébrales. Le traitement le plus utilisé consiste en une, deux ou trois séances de manipulations vertébrales appliquées au niveau de la charnière thoraco-lombaire. En règle générale, l'effet est quasi-immédiat et peut être contrôlé sur l'amélioration de la mobilité vertébrale (meilleure flexion, disparition de la douleur en extension et en latéroflexion).

Infiltration. En cas d'échec de la manipulation, ou d'emblée lorsqu'il semble s'agir de douleurs d'origine arthrosique (sujet âgé, rythme inflammatoire, présence d'une scoliose...), on utilise soit les AINS, soit une infiltration articulaire postérieure. Cette dernière est faite le plus souvent à l'aveugle, parfois sous contrôle radioscopique (en particulier en cas de scoliose ou lorsque l'on cherche à déterminer précisément l'étage concerné).

Lombalgie d'origine lombaire basse associée. Lorsqu'une lombalgie d'origine lombaire basse est associée à un syndrome thoraco-lombaire, elle doit être traitée prioritairement, le syndrome thoraco-lombaire n'étant alors qu'un aspect topographique de cette lombalgie.

CONCLUSION

Le syndrome de la charnière thoraco-lombaire est né au sein de la médecine manuelle, grâce, en partie, à la palpation spécifique propre à cette discipline. Sa réalité se vérifie souvent dans notre pratique quotidienne et permet un traitement simple et efficace de nos patients. Mais nous devons nous interroger sur le fait qu'en cherchant dans Medline les mots clé thoracolumbar junction ou Maigne syndrome, on ne trouve que trois références, dont deux rapportent un simple cas clinique, c'est-à-dire virtuellement rien.

Bibliographie

- 1. Kellgren JH. On the distribution of pain arising from deep structures with charts of segmental pain areas. Clin Sci Mol Med 1939;4:35-46.
- 2. Maigne JY. Soulager le mal de dos. Masson, Paris 2002.
- 3. Maigne JY, Maigne R, Guerin-Surville H. Anatomic study of the lateral cutaneous rami of the subcostal and iliohypogastric nerves. Surg Radiol Anat. 1986;8(4):251-6.
- 4. Maigne JY, Buy JN, Thomas M, Maigne R. Rotation de la charnière thoraco-lombaire. Etude tomodensitométrique chez 20 sujets normaux. Annales de Réadaptation et Médecine Physique 1988;31:239-43.
- 5. Maigne JY, Doursounian L. Entrapment neuropathy of the medial superior cluneal nerve. Nineteen cases surgically treated, with a minimum of two years' follow-up. Spine 1997.
- 6. Maigne JY, Lazareth JP, Guérin Surville H, Maigne R. The lateral cutaneous branches of the dorsal rami of the thoracolumbar junction. Surg Radiol Anat 1989;11:289-93.
- 7. Maigne R. Low-back pain of thoracolumbar origin. Arch Phys Med Rehabil 1980;61:389-95.
- 8. Maigne R. Origine dorsolombaire de certaines lombalgies basses : rôle des articulations interapophysaires et des branches postérieures des nerfs rachidiens. Rev Rhum Mal Osteoartic 1974;41:781-9.
- 9. Malmivaara A, Videman T, Kuosma E, Troup JD. Facet joint orientation, facet and costovertebral joint osteoarthritis, disc degeneration, vertebral body osteophytosis and Schmorl's nodes in the thoracolumbar junctional region of cadaveric spines. Spine 1987;12:458-63.
- 10. McCall IW, Park WM, O'Brien JP. Induced pain referral from posterior lumbar elements in normal subjects. Spine 1979;4:441-6.
- 11. Nakamura S, Takahashi K, Takahashi Y et al. Origin of nerves supplying the posterior portion of lumbar intervertebral discs in rats. Spine 1996;21:917-24.
- 12. Nakamura S, Takahashi K, Yamagata M et al. Afferent pathway of low back pain: evaluation with L2 spinal nerve infiltration. Presented at the annual meeting of the International Society for the Study of the Lumbar Spine, Helsinski, Finland, 1995.
- 13. Singer KP, Giles LG, Day R. Intra-articular synovial folds of thoracolumbar junction zygapophyseal joints. The anatomical record 1990;226:147-52.
- 14. Singer KP, Breidhal PD, Day RE. Variations in zygapophyseal joint orientation and level of transition at the thoracolumbar junction. Surg Radiol Anat 1988; 10:291-5.
- 15. Vernon-Roberts B, Manthey BA, Fazzalari NL. Pathogenesis of tears of the anulus investigated by multiple-level transaxial analysis of the T12-L1 disc. Spine 1997;22:2641-6.
- 16. www.sofmmoo.com