

SYNDROME DES BRANCHES PERFORANTES LATÉRALES

DES NERFS SOUS COSTAL & ABDOMINO-GÉNITAL (D12 et L1).

UNE CAUSE MÉCONNUE DE DOULEURS DE HANCHES

R. MAIGNE - J.Y. MAIGNE *

Certaines douleurs ressenties à la hanche peuvent résulter d'une irritation d'une des branches perforantes latérales qui se détachent des nerfs sous-costal (T12) et abdomino-génital (L1). La cause peut être une atteinte mécanique, microtraumatique de la charnière dorso-lombaire dans le cadre d'un "syndrome de la charnière dorso-lombaire" (R. Maigne), ou une compression locale, au niveau de la crête iliaque. Une étude anatomique que nous avons réalisée confirme cette hypothèse, tout en apportant des données nouvelles, rendant mieux compte de la pathologie de ces nerfs.

BASES ANATOMIQUES

Les descriptions classiques rapportent l'innervation du territoire cutané recouvrant la face externe de la hanche à 2 rameaux perforants (ramus cutanéus latéralis) issus l'un du 12^e nerf thoracique (n. subcostalis), l'autre du nerf abdomino-génital (n. ilio-hypogastricus) Fig. 1. Ces rameaux se terminent quel-

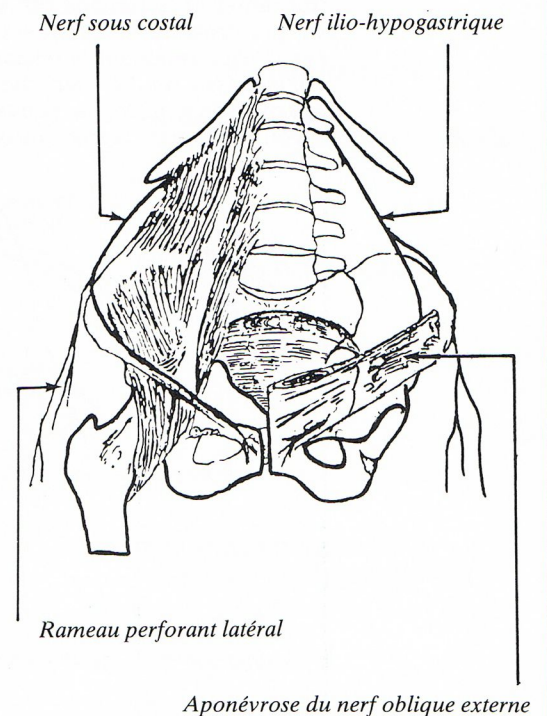


Fig. 1

* Service de Rééducation - Hôtel Dieu - Paris.

ques centimètres sous la crête iliaque pour Rouvière (9), peuvent atteindre le trochanter pour Hovelaque (3) et, parfois, se terminer 4 à 5 cm plus bas pour Gray (2). Afin de préciser ces notions, nous avons étudié leur trajet et leur distribution chez 20 sujets (5). Ils franchissent la crête iliaque proches l'un de l'autre, le rameau issu du 12^e thoracique en perforant les muscles petit et grand obliques, celui issu de l'abdomino-génital un peu plus bas, en empruntant une gouttière osseuse qui peut être palpable chez le sujet maigre. Cette gouttière est transformée en défilé ostéo-membraneux peu extensible par l'aponévrose des muscles petit et grand obliques. Cette disposition est susceptible alors d'entraîner une neuropathie canalaire : le nerf nous est apparu une fois comprimé dans ce défilé. Lorsque les 2 rameaux croisent la crête iliaque, ils sont directement sous cutanés, donc éventuellement exposés aux frottements ou aux microtraumatismes (port de vêtements serrés) ; le croisement se fait verticalement ou en baïonnette.

Ces deux rameaux sont d'inégale importance. Fréquemment, celui issu du 12^e nerf thoracique est court, ne dépassant pas de 5 à 10 cm la crête iliaque, ce qui correspond aux descriptions habituelles. Son homologue, issu du nerf abdomino-génital, descend plus bas, passant 3 à 5 cm en avant du grand trochanter. Il se termine soit à ce niveau, soit 8 à 10 cm plus bas. Sa direction est oblique en bas et en avant. Plus rarement la disposition est inversée : le rameau issu du 12^e nerf thoracique descend plus bas que son homologue, pouvant lui aussi s'épanouir à 8 ou 10 cm sous le trochanter Fig. 2.

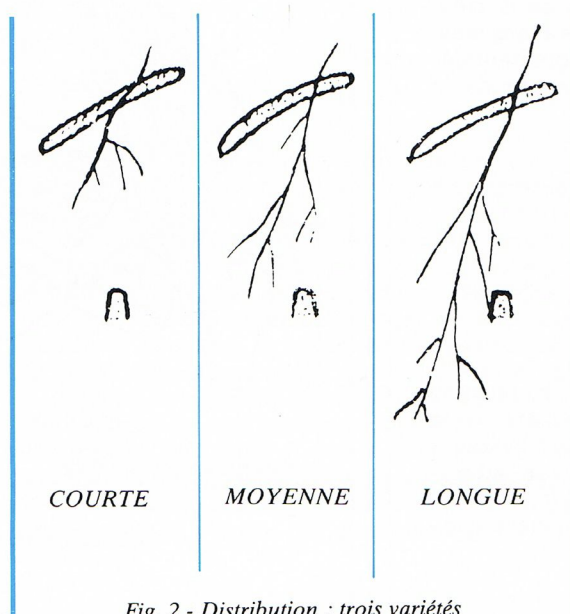


Fig. 2 - Distribution : trois variétés

Nous considérons donc que ces nerfs peuvent descendre plus bas qu'il n'est décrit et qu'ils sont vulnérables lorsqu'ils croisent la crête iliaque.

ETUDE PERSONNELLE

Dans une étude rétrospective, nous avons réuni 54 patients (36 femmes et 18 hommes, d'âge moyen 51 ans) ayant consulté dans le Service et pour lesquels ce diagnostic de syndrome des branches perforantes latérales a été porté selon les critères définis ci-dessous.

A. ETUDE CLINIQUE

1. SYMPTOMES RÉVÉLATEURS

La douleur, constamment retrouvée, fut parfois très aiguë, pouvant obliger le patient au repos (6 cas), mais il s'agissait en règle d'une douleur subaiguë ou chronique. Par son caractère et sa topographie, elle évoquait le plus souvent une périarthrite de hanche mais parfois une meralgie parasthésique ou une névralgie sciatique tronquée :

1. Fausse périarthrite de hanche :
La douleur simulait dans 48 cas une "périarthrite de hanche". Elle pouvait évoluer par poussées et était souvent déclenchée par un geste ou une position, variable d'un malade à l'autre, mais relativement constant chez un même patient.
2. Pseudo-sciatique tronquée :
Dans 3 cas, la douleur irradiait jusqu'au genou selon un trajet linéaire à la face externe de cuisse. La manœuvre de Lasègue fut toujours négative, de même que les examens de contraste.
3. Pseudo-méralgie :
3 patients se plaignaient de brûlures et de sensa-

tions désagréables sur la face externe de la cuisse, essentiellement à la marche, évoquant une méralgie. L'examen attentif montrait que la zone concernée était plus haute et plus latérale que celle de la méralgie du nerf fémoro cutané.

2. SIGNES D'EXAMEN

La mise en évidence d'une douleur à la pression de la branche perforante concernée contre la crête iliaque ("point de crête latérale") et une vive sensibilité des plans cutanés innervés par ce nerf à la manœuvre du pincé-roulé ("cellulalgie") sont les éléments essentiels du diagnostic, constants quel que soit le tableau clinique.

Le point de crête latéral est recherché par l'index qui parcourt la crête osseuse d'avant en arrière. Par de petits mouvements de friction, on découvre ce point particulièrement sensible. Il correspond au passage d'une des deux perforantes que l'on comprime contre l'os, un peu en arrière de la verticale du grand trochanter. Il est habituel d'y percevoir, chez les sujets maigres, la petite encoche, dans laquelle passe le rameau nerveux, que nous avons constatée sur l'os iliaque frais.

La cellulalgie : les plans cutanés et sous-cutanés, correspondant à la distribution de ces rameaux, se montrent extrêmement sensibles et parfois épaissis à la manœuvre du pincé-roulé en comparaison avec les zones voisines indolores. Cette manœuvre consiste à pincer entre pouce et index, un pli de peau qui est fermement décollé puis malaxer en le roulant comme on le ferait d'une cigarette. La zone cellulalgique constitue une bande large de 4 à 5 cm, s'épanouissant parfois au niveau du trochanter pour se terminer un peu en dessous. Elle peut descendre jusqu'à mi-cuisse. Elle traduit, à notre avis, une hyperesthésie cutanée (1) et sa présence a été décrite par l'un de nous dans de nombreux cas de souffrances radiculaires d'origine rachidienne (7). Point important, la pression sur le trochanter est douloureuse car, des plans cutanés sensibles sont comprimés contre l'os. Le risque de confusion avec une périarthrite de hanche est habituel. Il peut être évité si on anesthésie localement la peau : la pression devient alors indolore.

L'infiltration de la région du point de crête latérale, avec 5 à 10 cc de lidocaïne, doit faire disparaître temporairement la douleur au pincé-roulé et la douleur spontanée du patient. Elle a été pratiquée chez des patients pour lesquels nous soupçonnions une atteinte des branches perforantes alors qu'ils se présentaient avec une douleur de périarthrite ou de

méralgie paresthésique résistante aux infiltrations, ou une sciatalgie tronquée sans élément évoquant une hernie discale (absence de signe de Lasègue, infiltration épидurale sans effet, pas d'image de hernie à la tomодensitométrie). Elle constitue un excellent test diagnostique et nous avons exclu de notre travail les patients qui ne répondaient pas à ce test, après 2 tentatives.

Cette hypothèse nous a semblé confirmée par l'efficacité de l'infiltration d'un mélange de Lidocaïne et d'Hydrocortisone dans la région du point de crête latéral. En cas d'échec, cette infiltration doit être répétée une fois, un nouvel échec éliminant le diagnostic. Nous disposons actuellement de 10 observations de ce type.

B. HYPOTHÈSES PATHOGÉNIQUES

L'existence de fausses douleurs de hanches en rapport avec un syndrome de la charnière dorso-lombaire a été décrite par l'un d'entre nous (6). Dans ce cas, la douleur est d'origine purement vertébrale et l'examen systématique du rachis (8,9) a pu mettre en évidence la sensibilité particulière d'un segment vertébral qui était toujours D12-L1 ou L1-L2.

Cette sensibilité est surtout nette à la pression du massif articulaire correspondant, témoignant d'un "dérangement intervertébral mineur" (9) dont la nature est assimilable au "facet syndrome". Elle peut s'accompagner d'une lombalgie siégeant dans le territoire de la branche postérieure du 12^e nerf thoracique ou du 1^{er} nerf lombaire et de douleurs pariétales pseudo-viscérales dans le territoire de la branche antérieure de ces 2 nerfs, leur association constituant le "Syndrome de la charnière dorso-lombaire" décrit par l'un de nous (7). Le test thérapeutique est, en fait, seul à même de confirmer la participation vertébrale à ces fausses douleurs de hanche. Dans 15 cas, cette composante vertébrale était seule en cause, le traitement vertébral suffisant à soulager le patient. Mais il nous est apparu que des facteurs locaux, au niveau de la crête iliaque, pouvaient également jouer un rôle, ce que nos travaux anatomiques semblent confirmer. Lorsque la branche perforante croise la crête iliaque, elle est immédiatement sous cutanée et peut être comprimée contre l'os par des vêtements trop serrés, telle une ceinture, par le port latéral de charges ou par un lombostat, un corset prenant appui sur la crête. D'autre part, nos dissections ont montré que les conditions

étaient réunies pour entraîner un syndrome canalai- re. La perforante du nerf abdomino-génital franchit la crête iliaque à travers un défilé ostéo-membra- neux parfois inextensible. On conçoit aisément que des micro-traumatismes locaux entraînent un œdème du nerf, celui-ci se trouvant alors à l'étroit dans ce défilé.

Cette hypothèse nous a semblé confirmée par l'effi- cacité de l'infiltration d'un mélange de Lidocaïne et d'Hydrocortisone dans la région du point de crête latéral. En cas d'échec, cette infiltration doit être répétée une fois, un nouvel échec éliminant le dia- gnostic. Nous disposons actuellement de 10 obser- vations de ce type.

Plus souvent, 29 cas sur 54 dans notre série, une composante vertébrale, par un syndrome de la char- nière dorso-lombaire, est associée à une cause loca- le, justifiant un double traitement, vertébral et local.

C. TRAITEMENT

1. TRAITEMENT LOCAL

Il a consisté en 2 à 4 infiltrations du point de crête latéral (Lidocaïne à 0,5 % additionnée de 1 à 2 cc d'Hydrocortisone), éventuellement complétées de massages de la zone cellulalgique (1 cas), après une infiltration traçante sous cutanée de Lidocaïne.

2. TRAITEMENT VERTÉBRAL

Il a consisté en 1 à 3 infiltrations du massif articulaire postérieur douloureux avec un cc d'un dérivé corti- soné et/ou en 1 à 4 séances de manipulations, lorsque celles-ci étaient techniquement possibles selon les règles établies par l'un de nous (8).

3. RÉSULTATS

Parmi les 10 patients traités localement, nous comp- tons 8 succès et 2 patients insuffisamment soulagés. L'un fut perdu de vue, l'autre, une femme de 30 ans bénéficia, sur notre indication, d'une neurolyse chi- rurgicale (Pr. Touzard, Hôtel Dieu), avec un excellent résultat immédiat, se maintenant avec 4 mois de recul.

Parmi les 44 patients traités au niveau vertébral, avec ou sans traitement local associé, 34 eurent un

bon résultat immédiat, 10 furent médiocrement sou- lagés ; 38 patients furent revus 6 à 24 mois plus tard : 15 d'entre eux récidivèrent et un nouveau traitement les soulagea.

La recherche systématique des signes que nous proposons et la pratique d'un test thérapeutique doivent permettre d'identifier plus fréquemment le "**syndrome des perforantes**", à l'origine de fausses douleurs de hanches auxquelles peut être confronté le médecin rééducateur.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - DAWSON D.M. - HALLETT M. - MILLANDER L.H.
Entrapment neuropathies.
Little Brown KCO - Boston - Toronto, 1983.
- 2 - GRAY H.
Gray's anatomy.
1 vol. Longman Ed. London, 1973.
- 3 - HOVELACQUE A.
Anatomie des nerfs crâniens et du système nerveux grand sympathique.
1 vol. G. Doin Ed., Paris, 1927.
- 4 - LAZORTES G.
Le Système nerveux périphérique.
1 vol. Masson Ed., Paris, 1971.
- 5 - MAIGNE J.Y. - GUERIN-SURVILLE H.
Anatomical study of the ramus cutaneus lateralis of subcostalis and iliohypogastricus nerves.
Communication au XII International Anatomical Congress, London 1985.
- 6 - MAIGNE R.
Le Syndrome de la Charnière dorso-lombaire.
Sem. Hôp. Paris, 1981, 57, 545-554.
- 7 - MAIGNE R.
Douleurs d'origine vertébrale et traitements par mani- pulations.
1 vol. Expansion Scientifique Ed., Paris, 1977.
- 8 - MAIGNE R.
Dérangement intervertébral mineur et syndrome cel- lulo-téno-myalgique.
Cinésiologie, 1982, 21, 189-198.
- 9 - ROUVIÈRE H.
Anatomie Humaine descriptive et topographie.
3 Tomes, Masson Ed., Paris, 1967.