

Syndrome de Douleur Myofasciale

doleurchronique.fr — Dr Ph. Rault

Définition

Le syndrome de douleur myofasciale (SDM) est une douleur musculosquelettique se caractérisant par une **douleur locale et référée** perçue comme étant profonde et constante, et par la présence de **points de déclenchement myofasciaux** dans n'importe quel muscle du corps.

La *douleur référée* est une douleur ressentie à un endroit différent de la localisation de la dysfonction.

Le concept-clé : Trigger Point

Une zone tendue dans un muscle peut générer une douleur **ailleurs dans le corps**. Un Trigger Point dans le petit fessier peut mimer une sciatique, dans l'infra-épineux une névralgie cervico-brachiale, dans le trapèze une migraine. D'où l'importance d'examiner les muscles avant de conclure à une autre étiologie. Chaque muscle du corps a sa signature spécifique de douleur référée.

Épidémiologie

Différentes études ont démontré que les points de déclenchement myofasciaux sont associés à plusieurs pathologies, dont les céphalées de tension, le trouble de l'articulation temporomandibulaire, les cervicalgies, le syndrome du canal carpien, la lombalgie, la douleur pelvienne.

En fait, toute pathologie peut être à l'origine de tensions musculaires, qui vont pouvoir générer des contractures puis des **Points Gâchette myofasciaux (PG)** ou **Trigger Points (TrP)**. Ces structures peuvent ensuite évoluer pour elles-mêmes, rendant le diagnostic complexe à établir.

Douleur référée — caractéristiques

- Douleur sourde, mal localisée et profonde
- Paresthésies, picotements, brûlures
- Unilatérale, du même côté que le point trigger, parfois bilatérale
- Éloignée pour les muscles SCM, trapèze, scalènes, dentelé supéro-postérieur, petit fessier
- Proche pour les muscles masséter, temporal et carré des lombes
- Autour du TrP pour les rhomboïdes, deltoïde, pectiné
- Sur les membres, projection distale (85 %)
- Souvent référée vers une articulation mobilisée par le muscle
- Plus le TrP est activé, plus la zone de douleur référée est grande
- Phénomènes neurovégétatifs possibles : sudation, pilomotricité activée

Diagnostiques différentiels

Douleur projetée : douleur attribuée « par erreur » au métamère cutané lors de l'analyse corticale. L'origine réelle est viscérale, articulaire ou musculaire.

Les douleurs référées des syndromes myofasciaux **ressemblent parfois à des douleurs radiculaires**. Des TrP

de l'infra-épineux peuvent mimer une névralgie cervico-brachiale, des TrP du petit fessier une sciatique. Une céphalée d'allure migraineuse peut avoir comme origine des TrP du trapèze.

Il faut savoir examiner un patient à la recherche de ces Points Gâchette dont le traitement est en priorité **physique avant d'être chimique**.

Physiopathologie

- Augmentation significative de la **raideur** dans le cordon musculaire tendu
- Taux élevés de **neuropeptides** (substance P), **catécholamines** (noradrénaline) et **cytokines pro-inflammatoires** dans les TrP actifs
- Activité électrique spontanée liée à une augmentation des potentiels miniatures de la plaque motrice et une libération excessive d'acétylcholine aux TrP

Critères de diagnostic IASP

Critères minimaux

- Présence d'un cordon musculaire tendu dans un muscle squelettique
- Présence d'un point hypersensible dans le cordon musculaire
- Reproduction d'une sensation de douleur référée avec stimulation du point

Critères de confirmation

- Réponse contractile locale avec palpation claquante du cordon musculaire
- Présence d'un signe de saut
- Reconnaissance par le patient de la douleur provoquée
- Modèles de douleur référée prévus
- Faiblesse ou raideur musculaire
- Douleur à l'étirement ou à la contraction du muscle touché

Traitements

La prise en charge repose en priorité sur des **approches physiques** :

- Dry Needling
- TENS
- Photobiomodulation (laser)
- Acupuncture
- Stimulation antalgique
- Activité physique adaptée

doleurchronique.fr — Dr Ph. Rault · 2013-2026