

Présentation du cas clinique :

Femme de 46 ans qui nous est envoyée pour des douleurs intercostales droite présentent depuis 4 ans.

Elle est gérante de sa propre boutique

Présentation du patient :

La patiente présente des douleurs depuis 4 ans sans facteur déclenchant.

La douleur s'est majorée en quelques mois pour être actuellement à 8/10 à l'EVA.

La douleur maximale connue par la patiente est de 10/10, la douleur minimale 7/10.

La patiente a bénéficié d'exploration par radiographie du rachis, scanner, arthroscanner et IRM. Les images ne permettent pas de conclure.

La patiente a dans un premier temps été traitée par des anti-inflammatoires, puis des infiltrations intercostales qui n'ont pas été concluantes. Un bloc anesthésique a été réalisé sans effet sur les symptômes.

Ces douleurs constantes ont un retentissant important sur l'humeur de la patiente avec des troubles du sommeil, ainsi qu'une dépression.

Quelques mois avant l'apparition des douleurs, la patiente a perdu son fils dans un accident.

Divorcée elle vit seul, mais elle est très entourée par sa fille de 26 ans.

La douleur se manifeste sur le côté droit, elle part de l'angle postérieur des côtes pour s'arrêter à la face antérieure.

Cette douleur d'intensité moyenne à 8 n'est calmée que par la mise en place d'un pack de chaud, qu'elle utilise 4 fois par jour. Il est à noter un retentissement cutané de cette surutilisation de ce pack très chaud.

Mise en place d'un TENS depuis 3 semaines qui permet une meilleure tolérance de la douleur

Dans ces antécédents on ne retrouve pas d'éléments spécifiques pertinents.

Elle a été consultée 3 ostéopathes qui ont manipulé son rachis thoracique sans effet.

Elle est également suivie par un psychiatre et un psychologue.

Diagnostic médical et traitements médicamenteux :

Douleur intercostale essentielle

Elle est actuellement sous Cymbalta et oxycontin (20mg par jour).

Démarche diagnostique :

La patiente fait des efforts dans son travail par le port de carton.

Au bilan, on retrouve une perte de mobilité du rachis thoracique dans toutes les directions, mais qui est majorée en rotation droite.

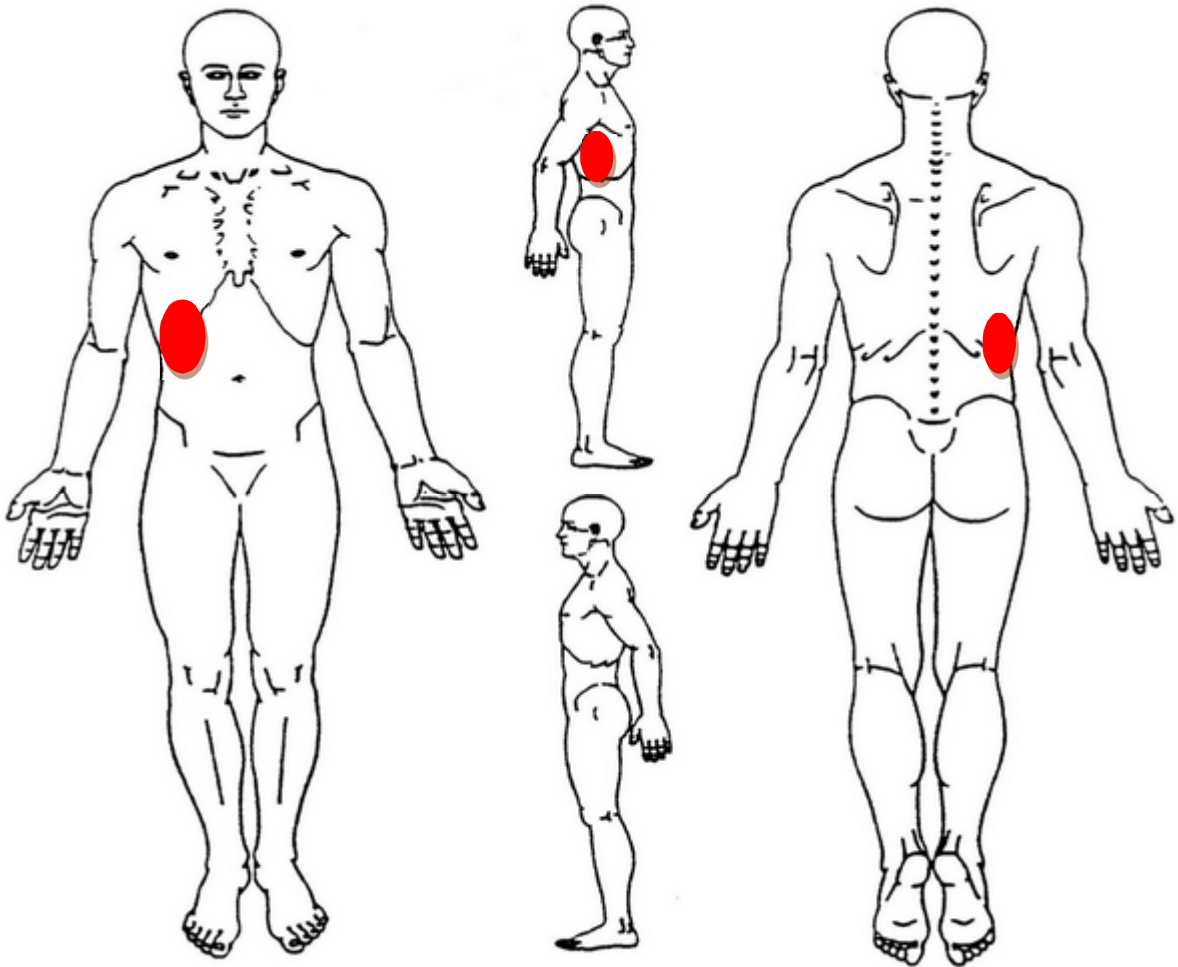
L'activité majore les douleurs, le repos diminue les douleurs

Les causes articulaires ont été éliminées, et les différentes palpations articulaires et tests de provocation sur les os ne reproduisent pas la douleur.

La répétition des mouvements majore la douleur sans que l'on retrouve de mouvements qui diminuent cette douleur. Pas de notion de centralisation

La palpation de l'oblique externe reproduit et majore la douleur connue par la patiente.

Les explorations complémentaires ont exclu une atteinte cardio-respiratoire, viscérale, vasculaire, costale et rachidienne.



Muscles possibles :

Oblique externe, oblique interne, grands droits, dentelé antérieur, iliocostal, multifides, carré des lombes, grand dorsal, grand pectoral, petit dentelé postéro-inférieur

Muscle(s) traité(s) :

Traitement du muscle oblique externe.

La patiente est en latérocubitus, j'ai utilisé une aiguille de 0,3X30mm.

La prise a été réalisée par une pincette.

J'ai réalisé une stimulation intramusculaire profonde en dynamique et statique avec rotation lorsque la douleur a été majorée. J'ai laissé l'aiguille jusqu'à ce que la patiente décrit une centralisation et diminution de sa douleur.

Le traitement après explication de la technique et des modalités possibles a été réalisé avec le consentement de la patiente.

La poncture a duré moins d'une minute pour ce premier traitement.

Structures anatomiques potentielles à risques pour le traitement de ce muscle :

Poumon, cavité abdominale

PVN intercostal

Effets après le premier traitement :

Après le traitement la patiente décrit une baisse de la douleur à 4 soit 50% de diminution et surtout le plus bas niveau connu depuis 4 ans.

On retrouve une amélioration de la rotation et la patiente décrit une sensation de légèreté notamment lors de la respiration.

A la palpation on retrouve une baisse de la rénitence du muscle et une diminution de la tension au niveau de la zone du trigger.

A la mobilité on retrouve une amélioration de la fluidité du mouvement

Soins/ exercices complémentaires mis en place et/donné au patient :

En post traitement la patiente a bénéficié de la pose d'un Kinésiotape a visée proprioceptif.

Il a été demandé à la patiente de s'étirer le muscle oblique, de travailler la respiration et de se masser la zone du point gâchette manuellement.

Nombre de traitement :

5 traitements sur 4 mois

Résultats finaux du traitement :

A 5 jours la douleur est remontée à 6, mais la patiente trouve une meilleure tolérance à l'effort elle peut « en faire plus ».

Suite à 4 traitements la douleur semble se stabiliser à 3, douleur supportable pour la patiente avec une diminution de ses prises d'antalgiques.

Argumentation du choix du traitement :

La patiente présente une diminution de ses douleurs qui deviennent supportables. Cette prise en charge s'inscrit dans une démarche globale de la patiente qui est suivie une équipe antidouleur. Elle avance également dans son suivi psychologique.

La douleur n'est pas complètement amandée, mais au regard de la durée de l'épisode douloureux et du contexte biopsychosocial, il me semble que la part liée au syndrome myofascial est résolue.

La patiente a également, sur mes conseils, repris une activité physique (piscine) que qui permet également d'expliquer une partie de la baisse des douleurs.

Selon la patiente rendre supportable ces douleurs lui ont permis de « passer un cap ».

L'élimination des causes costales et rachidiennes par les explorations a permis de se concentrer rapidement sur ce syndrome sans pour autant réduire sa prise en soin.

Il est nécessaire d'intégrer ce traitement dans une démarche globale avec la poursuite des exercices donnés et la reprise d'une activité physique.

Le traitement a nécessité du temps puisqu'il a nécessité 4 mois et que celui-ci s'inscrit dans une approche interprofessionnelle.