

EXISTE-T-IL UN SYNDROME DE ROBERT MAIGNE POSTURAL SMP ?

Dr Gérard Hatesse, UPEC Créteil 2021

En hommage à notre maître à tous, Robert Maigne, nous évoquerons ce que je me suis permis d'appeler le **Syndrome de Maigne Postural** qui associe une douleur du point de crête médial (ilio-costalis) sans DIM thoraco-lombaire avec rotation pelvienne et retentissement haut avec DIM C4 + Levator scapulae et DIM C2 + cellulalgie du scalp et du sourcil.

Cette association de symptômes avait sans doute été approchée dans ce que Robert Maigne appela le Syndrome des Zones Transitionnelles (SZT).

Il nous affirmait : « Dans les cas récidivants₁ ou rebelles, il faut rechercher les causes provocatrices ou favorisantes. Celles-ci sont parfois évidentes : attitudes de compensation₂, mouvements de torsions répétés₃ etc... »

A la lumière d'avancées récentes on peut renommer cette description :

- 1- Les cas récidivants, la récidive à l'identique est le propres des douleurs myalgiques d'origine posturale
- 2- Attitudes de compensation, que nous appelons stratégies adaptatives dans le cadre d'un syndrome postural
- 3- Mouvements de torsion répétés, là ce sont les travaux de la fondation Marsman qui nous ont offerts la notion de mouvements préférentiels qui sont des rotations orientées dans les trois plans

La comparaison du schéma en étoile et du cadran de Marsman nous révèle leur similitude, nous permettant une première observation :

Une stratégie posturale qui va dans le sens du mouvement préférentiel du patient est bien tolérée.

Les 4 points du SMP

-* **Le point de crête postérieur** correspond le plus souvent à une douleur du **Complexe ilio-costalis - aponévrose lombale intermusculaire – longissimus thoracis**. La pression entre l'Épine Iliaque Postéro Supérieure, EIPS, et la partie médiale de la crête iliaque est douloureuse. Nous décrivons ici un tableau avec douleur iliaque droite

Cette douleur disparaît instantanément si je maintiens le patient debout adossé contre ma poitrine en léger plan postérieur et non cambré. Cette position du patient adossé au praticien met ses érecteurs rachidiens en détente, on y adjoint une contre rotation du bassin destinée à réaligner les deux fesses. Nous ne sommes donc pas dans un "vrai" Syndrome de Maigne puisqu'il dépend de l'orthostatisme du patient et, par ailleurs, on ne retrouve pas de syndrome segmentaire net avec cellulalgie et DDIM.

L'**étiologie** retrouvée le plus souvent dans cette association de 4 zones douloureuses est une désorganisation posturale **d'origine podale** ou plutôt plantaire. On peut le vérifier instantanément en positionnant le patient sur des semelles-test proprioceptives ou en stimulant son point de pression au sol sur les deux plantes de pieds.

La contraction unilatérale de ces érecteurs rachidiens entraîne, du même côté, une légère ascension iliaque et une rotation pelvienne (la fesse recule par rapport à une ligne passant par les deux talons).

*La rotation du pelvis entraîne automatiquement une réaction de compensation en rotation inverse de la ceinture scapulaire : **fesse gauche en arrière** ==> **épaule droite en arrière**.*

-* **Le Levator Scapulae** est le muscle le plus impliqué dans cette stratégie. Les 4 insertions hautes du Levator se font sur les transverses de C1 à C4, et sa contraction réalise une latéoflexion homolatérale qui tend à mettre aussi la tête

en latéroflexion ... Les contraintes mécaniques se retrouvent sur le rachis supérieur jusqu'à C4 et sur l'angle de la scapula. S'y associent souvent une dorsalgie inter-scapulaire splénius-rhomboïde. Syndrome segmentaire C4

La latéroflexion de la tête va, si elle se prolonge, perturber la fonction visuelle par perte de l'horizontalité bi-pupillaire.

-* Pour pallier ce problème, il faut faire intervenir **les petits muscles sub-occipitaux gauches** qui vont "ré-horizontaliser" la tête au prix d'un DDIM C2 Gauche.

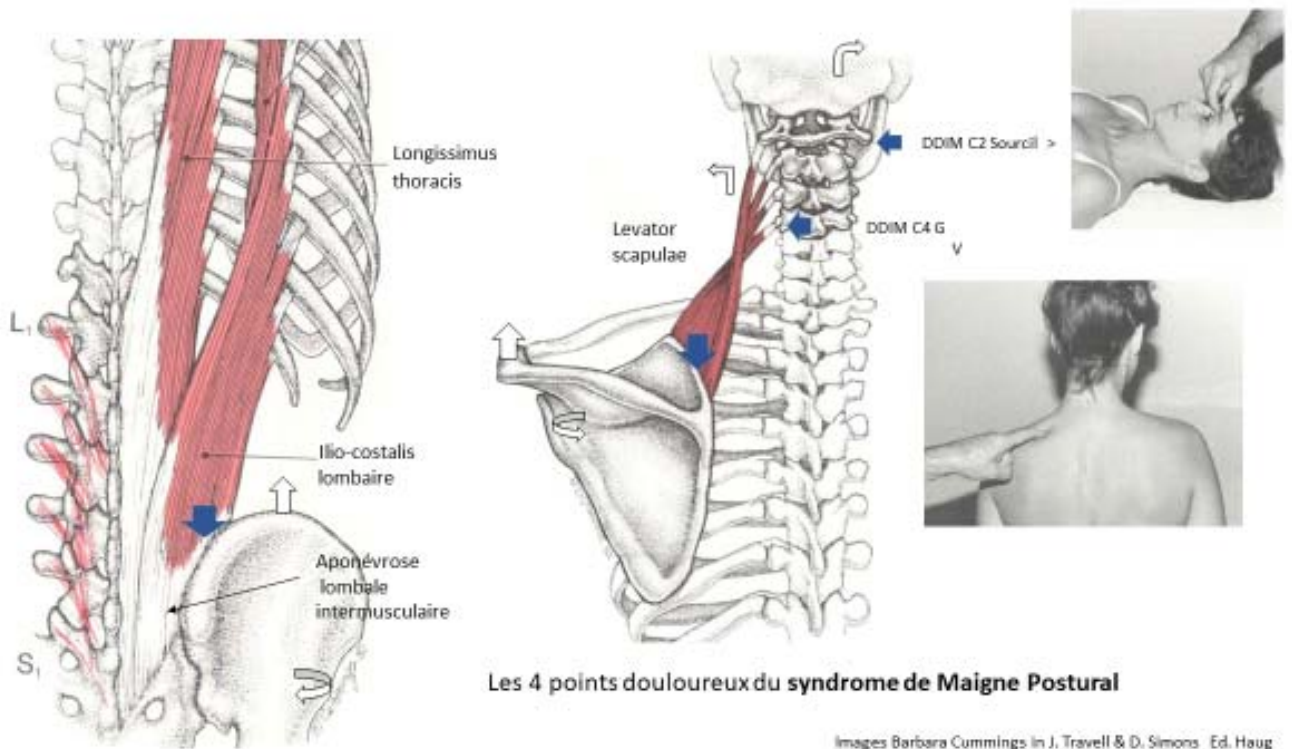
Au total :

Point de crête droit → Levator gauche+ DDIM C4 G → Sub-occipitaux gauches → DDIM C2G +signe du sourcil gauche

En présence de ce tableau on retrouve très régulièrement un syndrome postural d'origine PODALE qu'il sera facile de confirmer par un Test d'Inhibition Motrice.

On voit dans cette association de symptômes les réponses apparemment indépendantes d'une erreur de lecture du sol par le capteur pied.

- L'appui plus marqué sur le pied gauche s'accompagne d'un léger flessum du genou gauche et d'une extension complète du genou droit par rotation droite du pelvis
- La rotation pelvienne qui entraîne tout le tronc impose à la ceinture scapulaire une contre-rotation gauche par le Levator, celui-ci déclenche par sa contraction prolongée myalgie, périostalgie et DDIM C4 gauche.
- La tension du Levator induit une latéroflexion gauche du cou et donc de la tête avec perte de l'horizontalité bi-pupillaire.
- Les muscles sub-occipitaux droits (grand droit et obliques sup. et inf.) ramènent enfin la tête à l'horizontale.



Nous voici donc au terme de cette constatation clinique rencontrée assez fréquemment à l'Hôtel-Dieu dans le service de Jean-Yves Maigne.

Je pense que vous proposer cette observation pour la Journée Robert Maigne 2021 permettra entre nous cet échange et cette complicité qui nous manquent tant depuis deux ans ...

J'attends avec impatience vos aimables critiques !

Merci G.H.