




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## Approche symptomatique des douleurs pelvipérinéales chroniques projetées et syndrome de Maigne

Symptomatic approach to referred chronic pelvic and perineal pain and posterior ramus syndrome

D. Delavierre<sup>a,\*</sup>, J. Rigaud<sup>b</sup>, L. Sibert<sup>c</sup>, J.-J. Labat<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service d'urologie-andrologie, CHR La Source, 14, avenue de l'Hôpital, 45067 Orléans cedex 2, France

<sup>b</sup> Centre fédératif de pelvipérinéologie, clinique urologique, CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

<sup>c</sup> Service d'urologie, CHU de Rouen, EA4308, université de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

Reçu le 6 août 2010 ; accepté le 16 août 2010

Disponible sur Internet le 13 octobre 2010

### MOTS-CLÉS

Douleur abdominale ;  
Douleur pelvienne ;  
Douleur projetée ;  
Lombalgie

### Résumé

**Objectif.** — Faire le point sur les douleurs projetées pseudoviscérales et le syndrome de Maigne. **Matériel et méthodes.** — Ce travail est une revue de la littérature ayant utilisé la base de données bibliographique Medline (National Library of Medicine). Les termes de recherche étaient soit les mots-clés issus du *medical subject heading* (MeSH) (*referred pain, low back pain, pelvic pain, abdominal pain*), soit des termes issus du titre ou du résumé. Les termes ont été utilisés seuls ou combinés avec l'opérateur «ET». La recherche a porté de 1990 à nos jours.

**Résultats.** — Les douleurs projetées sont ressenties à distance de la lésion causale. En urologie, une douleur projetée sur la zone testiculaire peut être d'origine rénale, digestive ou vertébrale. Un exemple de douleur projetée pseudoviscérale est le syndrome de la charnière dorsolombaire décrit par Robert Maigne. Dans ce syndrome, la douleur ne se situe pas au niveau de la charnière dorsolombaire mais plus bas, dans la région lombosacrée ou sacro-iliaque. Ce syndrome peut également être responsable de douleurs abdominales basses pseudoviscérales, d'infiltrats cellulalgiques, de pseudotendinites et de cordons myalgiques dans un territoire métamérique concerné. La cause habituelle du syndrome de Maigne est un dérangement intervertébral mineur au niveau articulaire postérieur, le plus souvent sur le segment T12-L1. Seul un examen clinique attentif permet la mise en évidence d'un segment vertébral douloureux.

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : delav.uro@orange.fr, dominique.delavierre@chr-orleans.fr (D. Delavierre).

**KEYWORDS**

Referred pain;  
Low back pain;  
Pelvic pain;  
Abdominal pain

*Conclusion.* – La topographie d'une douleur n'est pas toujours un indicateur fiable de l'organe ou de la région qui souffre. L'interrogatoire et un examen clinique attentif permettent le diagnostic de douleurs projetées et notamment, dans le syndrome de Maigne, orientent vers le segment vertébral dorsolombaire en souffrance.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

**Summary**

*Objective.* – To review pseudovisceral referred pain and posterior ramus syndrome.

*Material and methods.* – A review of the literature was performed by searching the Medline database (National Library of Medicine). Search terms were either *medical subject heading* (MeSH) keywords (referred pain, low back pain, pelvic pain, abdominal pain) or terms derived from the title or abstract. Search terms were used alone or in combinations by using the "AND" operator. The literature search was conducted from 1990 to the present time.

*Results.* – Referred pain is perceived in zones situated away from the causal lesion. In urology, pain referred to the testicular zone can be due to renal, gastrointestinal or vertebral disease. An example of pseudovisceral referred pain is the posterior ramus or thoracolumbar junction syndrome described by Robert Maigne. In this syndrome, pain is not perceived at the thoracolumbar junction, but more distally in the lumbosacral or sacroiliac region. This syndrome can also be responsible for pseudovisceral lower abdominal pain, fibromyalgia, pseudotendinitis and painful bands in a given dermatome. The usual cause of posterior ramus syndrome is minor intervertebral dysfunction involving a posterior facet joint, usually at T12-L1. Only a thorough physical examination can demonstrate the painful vertebral segment.

*Conclusion.* – The site of the pain is not always a reliable indicator of the organ or region responsible for the pain. Clinical interview and thorough physical examination can allow the diagnosis of referred pain and, especially in posterior ramus syndrome, guide the physician to the origin of the pain in the thoracolumbar junction.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

**Introduction**

Les douleurs projetées sont ressenties à distance de la lésion causale [1]. Un des exemples les plus connus en médecine est l'infarctus du myocarde dont les douleurs peuvent être ressenties au niveau de la mâchoire ou du bras gauche. En urologie, une douleur projetée sur la zone testiculaire peut être d'origine rénale, digestive ou vertébrale [2–6].

Ces douleurs projetées sont de deux types, rapportées ou référées :

- les douleurs rapportées sont liées à une lésion située sur les voies nerveuses et sont ressenties dans le dermatome correspondant à ces voies. C'est le cas de la névralgie d'Arnold ou de la sciatique par compression du nerf sciatique (le plus souvent par une hernie discale L4-L5 ou L5-S1) ;
- les douleurs référées sont plus complexes et plus trompeuses. Elles sont la conséquence du phénomène de convergence [7,8]. Des influx nociceptifs de diverses origines, cutanée, musculaire, tendineuse, ligamentaire, ostéo-articulaire ou viscérale convergent, sans atteinte des voies nerveuses conductrices, vers le même neurone de la corne postérieure de la moelle qui envoie des influx au niveau du thalamus et du cortex. L'origine de ces influx est mal interprétée par le cortex car celui-ci possède une capacité d'analyse topographique précise pour la peau ou les articulations mais beaucoup plus imprécise pour les muscles et quasiment absente pour les viscères. Ainsi la sensation douloureuse provenant d'un viscère peut être

localisée à tort dans la zone cutanée correspondant au même métamère.

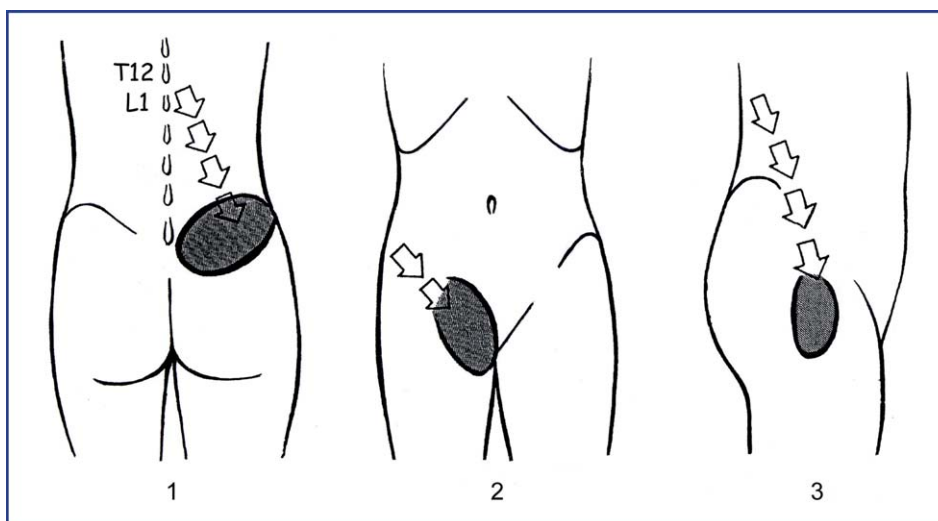
Un exemple de douleur pseudoviscérale référée est le syndrome de la charnière dorsolombaire décrit par Robert Maigne et d'ailleurs plus souvent dénommé syndrome de Maigne [9–12]. Maigne le désigne également syndrome celluloténopériostomyalgique vertébral segmentaire car il associe infiltrats cellulalgiques, pseudotendinites et cordons myalgiques dans un territoire métamérique concerné.

Cet article a pour but de faire le point sur ce syndrome qui doit être connu des urologues compte tenu de la topographie urogénitale, notamment testiculaire, possible des douleurs.

**Syndrome de Maigne****Étiopathogénie et territoires d'innervation incriminés**

La jonction dorsolombaire est très sollicitée car la colonne lombaire a peu de rotation contrairement à la colonne dorsale. La souffrance de la charnière dorsolombaire concerne le plus souvent le segment T12-L1, plus rarement T11-T12 ou L1-L2 parfois T10-T11. Cette souffrance segmentaire est souvent liée à un dérangement intervertébral mineur (DIM) situé au niveau de l'articulaire postérieure [9–12], parfois à une arthrose articulaire postérieure, rarement à une pathologie discale.

La sémiologie de ce syndrome est en rapport avec les territoires cutanés des branches de division des nerfs



**Figure 1.** Projections douloureuses (d'après Maigne [10]). 1 : postérieure : régions lombofessière, lombosacrée, sacro-iliaque ; 2 : antérieure : région inguinale, pubienne, partie supéro-interne de la cuisse, grandes lèvres, testicules ; 3 : latérale : face latérale de la cuisse.

issus de la jonction dorsolumbaire (nerfs sous-costal, ilio-hypogastrique, ilio-inguinal, cutané latéral de la cuisse, génitofémoral) [9–13] :

- les branches postérieures innervent les zones cutanées lombaires inférieures et fessières supérieures ;
- les branches antérieures innervent la partie inférieure de l'abdomen et la région inguinale ;
- des rameaux perforants latéraux cutanés issus des branches antérieures innervent la région trochantérienne.

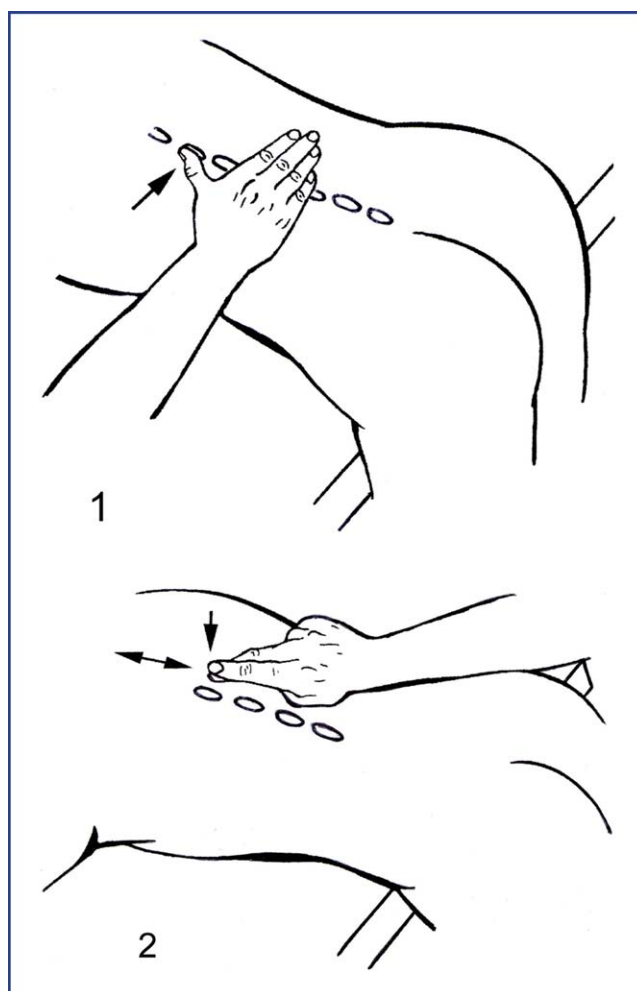
## Symptomatologie

Les symptômes sont isolés ou diversement associés. La Fig. 1 montre les différentes projections douloureuses du syndrome :

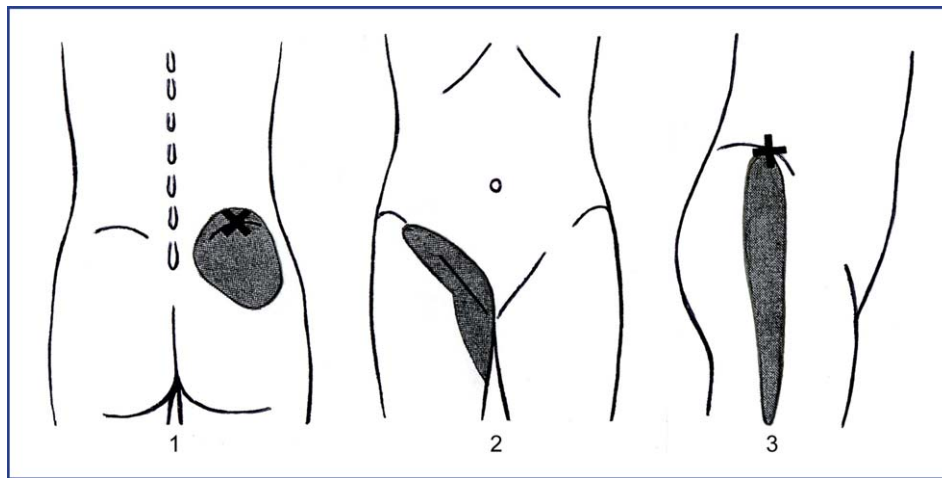
- la lombalgie est d'origine dorsolumbaire mais ressentie plus bas dans la région lombosacrée, lombofessière ou sacro-iliaque. Elle est souvent isolée ou dominante ;
- les douleurs pseudoviscérales siègent à la partie inférieure de l'abdomen, au niveau inguinal, pubien, testiculaire, labial, urétral, et simulent des douleurs digestives, gynécologiques ou urogénitales. Elles sont ressenties comme profondes mais sans pathologie locale. Elles sont trompeuses et le rhumatologue n'est pas le premier spécialiste consulté !
- la fausse douleur de hanche siège à la face externe de la cuisse parfois dans l'aîne ;
- la pubalgie est rare, parfois ressentie comme une gêne, mais volontiers au premier plan chez les sportifs ;
- enfin les troubles fonctionnels sont liés à une participation du sympathique viscéral, sensations de ballonnement abdominal, de météorisme, parfois constipation ou pollakiurie.

## Examen physique

L'examen de la jonction dorsolumbaire s'effectue sur un patient couché à plat ventre en travers de la table ou en bout de table (Fig. 2). Il recherche une douleur d'un ou plusieurs



**Figure 2.** Examen de la charnière dorsolumbaire (d'après Maigne [10]). 1 : pression latérale sur les épineuses ; 2 : pression-friction sur les articulations postérieures.



**Figure 3.** Zones de dermocellulalgie et points de crête (d'après Maigne [10]). 1 : zone de dermocellulalgie et point de crête postérieurs ; 2 : zone de dermocellulalgie antérieure ; 3 : zone de dermocellulalgie et point de crête latéraux.

segments de la charnière dorsolombaire. Deux manœuvres sont utiles :

- une pression latérale sur les épineuses : le pouce exerce une pression latérale lente et appuyée sur les épineuses de D10 à L2, à droite puis à gauche. Cette manœuvre provoque une douleur sur la vertèbre responsable et généralement dans un seul sens (droite-gauche ou gauche-droite) ;
- une pression-friction sur les articulations postérieures : le doigt glisse à 1 cm de la ligne médiane en appuyant sur les régions para-épineuses de haut en bas de D10 à L2, avec des petits mouvements de friction profonde. Il met en évidence la sensibilité du massif articulaire postérieur responsable.

Les signes celluloténopériostomyalgiques sont unilatéraux du côté de la douleur articulaire postérieure du segment responsable :

- les cellulalgies ou dermocellulalgies sont situées dans les territoires cutanés des branches des nerfs issus de la jonction dorsolombaire : région lombaire inférieure et fessière supérieure (branche postérieure), région abdominale inférieure et partie supéro-interne de la cuisse (branche antérieure), région trochantérienne (rameau perforant latéral issu de la branche antérieure) (Fig. 3). Leurs territoires sont communs aux différents segments de la charnière dorsolombaire. Elles sont recherchées par la manœuvre du « pincé-roulé » (Fig. 4). La peau est épaissie avec un aspect de peau d'orange. Alors que le patient ne ressent pas toujours de douleur spontanément, elles sont plus ou moins douloureuses à l'examen, plus ou moins épaissies ;
- les cordons myalgiques sont peu fréquents ;
- la palpation de l'hémi-pubis homolatéral est parfois douloureuse ;
- l'examen peut également mettre en évidence des points douloureux à la palpation de la crête iliaque, un point postérieur à 7 ou 8 cm de la ligne médiane, un point latéral à la verticale du trochanter (Fig. 3). Ils correspondent au croisement de la crête iliaque par des rameaux provenant des nerfs issus de la jonction dorsolombaire.



**Figure 4.** Manœuvre du pincé-roulé à la recherche d'une dermocellulalgie.

### Radiographies de la charnière dorsolombaire

Elles sont le plus souvent normales et ne montrent que rarement des lésions dégénératives. Aucun autre examen d'imagerie n'est contributif pour le diagnostic de syndrome de Maigne.

### Conclusion

Les douleurs projetées pseudoviscérales et le syndrome dorsolombaire de Maigne sont trompeurs car le siège des douleurs ne témoigne pas de l'organe et de la région qui souffrent réellement. L'existence d'une douleur projetée fait partie des hypothèses diagnostiques à évoquer devant tout syndrome douloureux urogénital en l'absence de pathologie organique locale manifeste. L'interrogatoire et un examen clinique attentif permettent un diagnostic et notamment, dans le syndrome de Maigne, orientent vers le segment vertébral dorsolombaire en souffrance.

## Conflit d'intérêt

Aucun.

## Références

- [1] Laurent B, Navez ML, Safavian A. La topographie de la douleur est-elle un indicateur fidèle de l'organe qui souffre? In: Queneau P, Ostermann G, editors. *Le médecin, le malade et sa maladie*. Paris: Masson; 2000. p. 51–5.
- [2] Holland JM, Feldman JL, Gilbert HC. Phantom orchalgia. *J Urol* 1994;152:2291–3.
- [3] Maigne R. Rachis et douleurs pseudoviscérales. In: *Douleurs d'origine vertébrale. Comprendre, diagnostiquer et traiter*. Paris: Elsevier Masson SAS; 2006, p. 346–51.
- [4] Mollica Q, Ardito S, Russo TC. Pseudovisceral pain due to posterior joint pathology in the dorsolumbar spine. *Ital J Orthop Traumatol* 1986;2:467–71.
- [5] Vadeboncoeur R. Douleur pseudo-viscérale d'origine vertébrale. *Union Med Can* 1986;115:379–80.
- [6] Yeates WK. Pain in the scrotum. *Br J Hosp Med* 1985;33:101–4.
- [7] Farquhar-Smith WP, Jaggar S. Visceral pain mechanisms. In: Baranowski AP, Abrams P, Fall M, editors. *Urogenital pain in clinical practice*. New York: Informa healthcare Inc; 2008. p. 61–9.
- [8] Queneau P, Navez ML, Peyron R, Laurent B. Introduction à la physiopathologie de la douleur. Applications aux douleurs viscérales. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27:59–67.
- [9] Maigne R. Sémiologie des dérangements intervertébraux mineurs. *Ann Med Phys* 1972;15:277–89.
- [10] Maigne R. Syndrome de la jonction dorso-lombaire (T11-T12-L1). In: *Douleurs d'origine vertébrale. Comprendre, diagnostiquer et traiter*. Paris: Elsevier Masson SAS; 2006, p. 353–60.
- [11] Rageot E. Syndrome des branches postérieures des nerfs spinaux. Bases anatomiques, symptomatiques et thérapeutiques. *J Chir (Paris)* 1982;119:517–22.
- [12] Robert R, Labat JJ, Riant T, Louppe JM, Lucas O, Hamel O. Les douleurs périnéales somatiques autres que les névralgies pudendales. *Neurochirurgie* 2009;55:470–4.
- [13] Maigne JY, Lazareth JP, Guérin-Surville H, Maigne R. The lateral cutaneous branches of the dorsal rami of the thoraco lumbar junction. An anatomical study on 37 dissections. *Surg Radiol Anat* 1986;8:251–6.