

Une cause fréquente de prurit sine materia : l'irritation des branches postérieures et antérieures des racines cervicales (notalgie), et leur traitement.

*Dr Norbert TEISSEIRE- Rhumatologue-Angers



Le motif de consultation pour prurit sine materia, en médecine générale et en dermatologie, est fréquent. Il est estimé à 8% de la population (1).

Après avoir éliminé en particulier : une cause dermatologique, chimique, générale (endocrinopathie, hémopathie), le diagnostic de neuropathie est parfois évoqué, mais ne débouche le plus souvent pas sur une caractérisation plus précise.

Notre formation d'interniste et de médecine manuelle, nous a amené à observer et décrypter ces tableaux, inspiré par nos anciens (médecins manuels et un ami dermatologue), il y a maintenant plus d'une trentaine d'années.

Curieusement la littérature manque de « précision » sur le sujet, nous motivant à livrer notre expérience, à partir de quelques cas cliniques, particulièrement expressifs, parmi de nombreuses observations réunies depuis près de 40 ans.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Cas1 :

Mme J.LEC., 70 ans, se plaint depuis 2 ans environ, dans les suites de la pose d'une prothèse totale de hanche gauche, de dorsalgies hautes accompagnées de prurit interscapulaire postérieur gauche (aire paravertébrale T3 à T5). Parallèlement, la patiente se plaint plus régulièrement de lombalgies gauches.

Un avis dermatologique et des bilans divers sont pratiqués par un rhumatologue, mais ils reviennent tous négatifs, ce qui aboutit à poser le diagnostic de prurit sine materia et plus précisément de notalgie. Il est proposé un traitement antalgique et à visée neuropathique sans résultat.

Nous sommes amenés à examiner la patiente après 2 ans d'évolution : l'examen local révèle *la présence de cellulalgies tout à fait précises contournant le bord axillaire de l'omoplate, et qui disparaissent (en même temps que le prurit) après libération des contractures musculaires cervicales basses (intégrant plus particulièrement le scalène postérieur, l'angulaire de l'omoplate, le rhomboïde).*

Le tout s'intègre plus largement dans un dysfonctionnement rachidien étagé, T12L1 + T2T3, le premier rendant compte de la persistance de douleurs autour de sa hanche depuis la mise en place de sa prothèse de hanche gauche (prothèse radiologiquement parfaite). Ces syndromes existent en général (par compensation des ilio-psoas, carré des lombes et iliocostaux notamment) pendant l'évolution de la coxarthrose, donc en pré-opératoire. Leur traitement préalable évite en général ces algies persistant après l'intervention, mal expliquées par les chirurgiens, et que nous traitons en un deuxième temps, mais pas toujours alors avec le succès attendu.

Le bilan postural rachidien global de Mme LEC. a donc permis de mettre en évidence des signes de souffrance étagée en T12-L1 gauche, T2-T3 gauche et cervical C4-C5-C6, avec en

particulier une limitation de la rotation gauche de la tête (moins de 30 ° contre 60 ° à droite).

Les radiographies objectivent: une discarthrose C5-C6-C7, une arthrose postérieure C2-C3. Un traitement manuel est appliqué, associant : massages et décordages paravertébraux, exercices myotensifs sur les scalènes et l'angulaire d'omoplate gauche en particulier, des manipulations en T12-L1, T2-T3 et cervicale.

Après 2 séances la patiente enregistre une disparition totale de son prurit durant 4 mois. Elle est revue après 5 mois : le rachis cervical est limité en rotation gauche pour un angle de 40 ° (contre 70° pour la rotation droite). Mais entre temps la patiente est tombée sur son épaule gauche (fracture non déplacée de l'extrémité supérieure de l'humérus), et conserve une limitation de l'épaule (qui retentit inévitablement sur la dynamique du rachis cervical). L'on ne note plus de cellulalgie interscapulaire para T3 à T5.

Des techniques musculaires et de mobilisations du rachis cervical associées à des techniques de mobilisations scapulothoraciques permettent de libérer l'épaule, et la rotation de la tête à gauche, qui passe à 50 °.

Mais d'ores et déjà la notalgie a disparu depuis 5 mois.

La patiente est revue 3 mois plus tard : la notalgie n'est jamais réapparue, le rachis cervical reste limité dans sa rotation gauche (mais plus de 60° cette fois-ci). L'épaule retrouve une mobilité fonctionnelle très appréciable.

Cas2 :

Mme A. MIC, 72 ans, se plaint dans les suites rapprochées d'une sciatique L5 droite, d'une dorsalgie haute gauche accompagnée de prurit interscapulaire et supra épicondylien gauche. L'inconfort est tel que l'on note à l'examen des lésions de grattage.

L'examen clinique met en évidence des signes de souffrance en C6-C7-T1 gauche, et des cellulagies supra épicondyliennes; mais pas de déficit moteur ni réflexe aux membres supérieurs, ni signe d'irritation médullaire.

Un examen neurologique plus attentif révèle un déficit de la pince IV-V (signe de Wartenberg)

Radiologiquement, existe une discrète attitude scoliotique à convexité gauche, une discopathie franche C5-C6 et à moindre degré C7-T1, sans anomalie marquée des articulaires postérieures.

La minéralisation du squelette est satisfaisante.

Lors de la consultation initiale nous procédons à des mobilisations passives en décoaptation cervico-thoracique, suivies de techniques plus actives de dissociation cervico-thoraciques, et d'une courte manipulation en appui sternal T3-T4.

La patiente est revue 10 mois plus tard, après une très franche amélioration de ses symptômes, qui tendent à se réveiller et s'accompagnent d'une cervicalgie assez diffuse, de rythme mécanique. Le diclofenac améliore bien les cervicalgies.

L'examen note cette fois-ci des signes cervicaux bilatéraux plus marqués à droite et des contractures autour de T3-T4. A noter que la mobilité passive de l'épaule droite est limitée dans la rétropulsion, et l'on retrouve le signe de Wartenberg à gauche.

Nous appliquons strictement les mêmes techniques: la mobilité du rachis est alors normale, et la patiente indolore. La pince IV-V est nettement améliorée.

La patiente est revue trois mois plus tard pour un discret réveil de sa sciatique droite L5. Un contrôle clinique montre un rachis cervical normal, et l'absence de toute cellulomyalgie d'origine cervicale basse. La pince IV-V est toujours normale.

Six mois plus tard (à l'occasion d'une visite systématique), on relève une discrète tension interscapulaire T3-T4 qui se résout après une manoeuvre en appui sternal discret. Mais la

patiente ne se plaint toujours pas de prurit interscapulaire ou brachial, et le signe de Wartenberg est négatif..

La situation reste identique 1 an plus tard (à l'occasion d'un avis sollicité par le médecin traitant à propos d'une densimétrie osseuse récente).

Cas 3 :

Mme D. GIL., âgée de 73 ans, consulte pour apparition d'une notalgie droite, apparue sans circonstances déclenchantes manifestes. Il existe toutefois un certain enraidissement cervical. L'examen retrouve des signes de dérangement intervertébraux C5-C6, avec cellulalgies interscapulaire et deltoïdienne droites, sans signe déficitaire au membre supérieur.

Une tension très sensible est notée en para T3-T4 droite.

Radiologiquement, on retient une rectitude C3 à C6, des signes d'arthrose évoluée C3-C4, C4-C5, C5-C6, avec ostéophytose intercorporéale antéro-latérale franche aux niveaux correspondants. Le foramen C6-C7 est particulièrement rétréci à droite.

Dans ces conditions, l'on se limite au niveau cervical à des techniques de traction axiale et dissociation cervico-scapulaire qui permettent un gain dans les rotations de la tête.

On complète d'une manoeuvre en appui sternal T3-T4. Les cellulalgies disparaissent totalement.

La patiente est revue 3 mois plus tard, pour persistance de cellulalgies C6-C7 droites. Nous appliquons des techniques myotensives, mais pas de manipulation dorsale haute car les signes thoraciques précédemment notés ont disparu.

Un nouveau contrôle clinique 3 mois plus tard, révèle la disparition de la notalgie ; le segment C6-C7 est indolore, et il n'existe aucune contracture para thoracique haute.

Cas 4 :

Mme H. CAL..., 49 ans, consulte pour une épicondylite latérale droite datant de 1 an, accompagnée d'une algie interscapulaire postérieure, homolatérale, chronique.

En absence de traumatisme évident, ou de surmenage professionnel.

L'examen retrouve un syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique (ctpm) C5-C6 droit, et un syndrome rachidien en extension et rotation droite.

L'épaule est normale dans ses mobilités passive et active. Les tests de la coiffe des rotateurs sont normaux, ainsi que l'examen neurologique.

Radiologiquement: nous notons l'absence de troubles de la statique du rachis; la dynamique est satisfaisante; il existe des signes de discopathie dégénérative de topographie C5-C6, sans anomalie notable des articulaires postérieures. Les trous de conjugaison sont modérément rétrécis en C5-C6. Il n'existe pas d'anomalie morphologique de la charnière cervico-thoracique et la minéralisation du squelette est satisfaisante.

Après quelques minutes de détente musculaire cervico-thoracique l'on manipule C4-C5 en flexion et inflexion latérale droite, puis en appui sternal sur T3-T4. On complète de techniques de décrochage musculaire sur les muscles épicondyliens

10 semaines plus tard, la patiente est revue. Un mieux certain s'est manifesté durant les 3 premières semaines puis réapparition de l'épicondylalgie et de l'algie interscapulaire haute, mais le cou est plus souple et moins algique. On applique les mêmes techniques que précédemment, et la patiente est revue 10 mois plus tard.

L'amélioration a été cette fois-ci de 5-6 mois puis récurrence des cervicalgies, sur un mode très atténué.

La notalgie a disparu.

Nous procédons à un nouveau travail sur le carrefour cervico-thoracique complété d'une manoeuvre en appui sternal T3-T4. Les cellulalgies brachiales ont pratiquement disparu en fin de séance, de façon spectaculaire. On conseille à la patiente des exercices actifs suivis de tonification cervico-thoracique axiale.

Six mois plus tard, la patiente signale une amélioration globale et totale de 5 mois. Puis une crise de cervicalgie résolutive sous anti-inflammatoires non stéroïdiens absorbés sur une semaine. Le coude est à son tour normalisé. Il n'y a pas eu de récurrence de la notalgie.

La patiente sera revue chaque année, durant 4 ans.

L'on constate en général un petit conflit cervical C5/6 droit, avec cellulalgies postérieures peu gênantes, mais sans épicondylalgie ni notalgie. La prise d'AINS sur quelques jours reste bien efficace, lors de brefs épisodes cervicaux.

PHYSIOPATHOLOGIE

Au niveau dermo-épidermique se trouvent des fibres nerveuses, relativement sélectives du prurit, de type C, amyéliniques (conduction lente).

Leur conduction est particulièrement lente (0,5 m/s) mais leur territoire d'innervation important (de l'ordre de 85mm). Ces fibres (par le ganglion dorsal et la corne postérieure de la moelle) empruntent le faisceau spino-thalamique jusqu'au noyau thalamique ventro-postéro-latéral. D'autres zones du cerveau seront activées simultanément (caractérisation temporo-spatiale de la zone irritée, déclenchement du grattage, facteur émotionnel).

L'inhibition du prurit (par la douleur en particulier) est liée à l'activation de la zone grise périaqueducale.

Le grattage fonctionne comme un « gate-control » en stimulant les fibres de type A (à conduction rapide) qui empruntent les mêmes voies que les fibres C vers le cerveau.

On compte plus de 40 médiateurs, agissant directement sur les fibres C (histamine, interleukine 2, acétylcholine) ou par l'intermédiaire du mastocyte (production d'histamine via la trypsine, VIP, substance P, sérotonine ... ; les prostaglandines potentialisent l'action de l'histamine (2) (3)

Un stimulus douloureux, quel qu'en soit le type (mécanique, thermique, chimique) peut inhiber un prurit, par l'intermédiaire des récepteurs opioïdes μ . On notera ici que les agonistes de ces récepteurs (analgésiques) augmentent l'intensité du prurit.

Le prurit dit « neuropathique » est dû à des lésions au niveau du système nerveux central ou des nerfs périphériques (le zona en étant le modèle le plus classique).

DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Nous envisagerons ici uniquement les prurits dits neurologiques, dans la mesure où nous nous intéressons à des prurits loco-régionaux à systématisation radiculaires ou pseudo-radiculaires.

Il apparaît toutefois utile de rappeler les grandes étiologies neurologiques à l'origine de prurit, et qui devront être éliminées lors de l'enquête diagnostique initiale.

Concernant les lésions cérébrales, il peut s'agir de tumeurs, abcès, accidents vasculaires cérébraux. Le prurit est en général controlatéral à la lésion, et s'associe à d'autres signes (paresthésiques, moteurs) (4).

Concernant les lésions de la moelle épinière : topographie du prurit selon un dermatome, accompagné de signes sensitivo-moteurs dans le même territoire. On pensera à des tumeurs cervicales (6), une myélite transverse, une syringomyélie (7) (8), la sclérose en plaques.

Devant un prurit localisé, l'on doit évoquer :

- la névralgie post-herpétique très rarement ;
- le prurit brachio-radial (9), qui intéresse le membre supérieur et la partie supérieure du thorax homolatéral (notamment dorsal) : il existe en général une arthropathie dégénérative avec discopathie cervicale basse (10), mais aussi une tumeur cervicale (11).
- Mais surtout la **notalgie paresthésique** : le prurit est localisé dans la région interscapulaire évoquant une topographie T2 à T6, et attribué à la compression des branches postérieures du nerf rachidien correspondant (12) voire à des hernies discales (13). Des auteurs français (JY Maigne, R Maigne, H Guérin-Surville) (14) à partir d'une étude anatomique en 1991, décrivent le trajet des branches médiales des rameaux thoraciques supérieurs au niveau dorsal (T1 à T5), et évoquent la possibilité de véritables syndromes canaux à l'origine de ces symptômes.

Les traitements proposés alors vont des topiques à la capsicaïne, la gabapentine, ou des injections locales de corticoïdes ; mais aussi les anti-dépresseurs, l'électrostimulation des fibres C (15), et jusqu'à la pratique de blocs paravertébraux T3 à T6 (16)

Il est signalé quelques cas soulagés par manipulation vertébrale (17) (18)

Tait CP et coll. ont adressé des questionnaires à des patients souffrant de notalgie, et traités par manipulation cervicale. 10 patients sur 14 ont vu leur prurit disparaître. Les 6 patients qui avaient déjà souffert du rachis cervical ont été soulagés ; de même pour la moitié des huit patients qui n'avaient pas d'antécédent de souffrance cervicale. Les auteurs proposent des études complémentaires pour mieux préciser les pathologies et les techniques manipulatives utilisées (17)

Goodkin R et coll., dans une analyse rétrospective, ont répertorié des patients vus dans la Division Dermatologique du Centre Médical de l'Université du Massachusetts, entre 1993 et 2000. Un certain nombre de ces patients avaient eu des radiographies cervicales. Sur les 22 patients ayant présenté un prurit brachio-radial, 11 avaient eu des radiographies du rachis cervical, avec des lésions rachidiennes suggérant une corrélation avec la survenue du prurit brachio-radial, chez tous les patients. Les auteurs n'ont pu déterminer s'il s'agissait d'une association de cause à effet, ou purement fortuite (18)

PRISE EN CHARGE RECOMMANDÉE EN MÉDECINE MANUELLE ORTHOPÉDIQUE.

*** Conduite du diagnostic.**

Un examen mené rigoureusement selon les critères de l'Ecole Française de Robert MAIGNE, nous conduit à évoquer un syndrome d'irritation radiculaire (ou pseudo-radiculaire) d'origine cervicale et/ou cervico-thoracique.

Avant toute proposition thérapeutique, quelques diagnostics « phares » seront éliminés, car une association est toujours possible : diabète, hémopathie (syndrome myéloprolifératif, surtout si le prurit est particulièrement marqué lors de l'exposition à l'eau chaude), gammopathie monoclonale, toxicité médicamenteuse, et bien sûr certaines autres causes neurologiques (myélopathies ou tumeurs cervicales en particulier).

Le bilan biologique pourra donc comporter : une Numération Formule Sanguine + plaquettes + VS + glycémie + électrophorèse des protides sériques.

*** Examens complémentaires en phase de préthérapie manuelle.**

Sont recommandés avant de mettre en route le traitement manuel : des clichés standard du rachis cervical (face + profils dynamiques, incidences obliques) et thoracique supérieur (centré sur T3-T4 ou T4-T5).

Ce n'est qu'en cas de troubles sensitivo-moteurs déficitaires ou irritation des voies longues, que l'on pourra être amené à demander une IRM.

*** Techniques thérapeutiques.**

• les techniques de tissus mous sont systématiquement réalisées, car l'on est très souvent en présence de patients présentant des lésions d'atteinte dégénérative des articulaires postérieures, évoluées, étagées, peu réactives aux techniques manuelles trop toniques (manipulations). Au premier rang, les techniques myotensives très douces, les pressions musculaires réflexes aux points dit « moteurs » de muscles clés comme l'angulaire de l'omoplate, le rhomboïde, les scalènes moyen et postérieur pour les plus fréquents. Un décordage para vertébral de C6 à T3 est souvent le bienvenu, après une recherche soigneuse de petits cordons musculaires très « fibreux », au niveau des gouttières vertébrales correspondantes. Le palper rouler interscapulaire postérieur à visée thérapeutique sera discuté en fin de séance seulement.

• Les mobilisations rachidiennes, seront également proposées, quasi systématiquement, dans la mesure où l'on respecte scrupuleusement les règles le non-douleur et du mouvement contraire, et après avoir réalisé des tests de posture à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire. Elles sont indispensables dans les cas de contre indication aux manipulations vertébrales.

Au rachis cervical l'on réalisera des mobilisations en inflexion latérale, impliquant le moins de rotation possible, et en évitant les postures prémanipulatives en flexion exagérée au niveau cervical bas (attention au déverrouillage des articulaires postérieures).

A la charnière cervico-thoracique proprement dite, les techniques assises en inflexion latérale (Robert MAIGNE) sans thrust, en insistant sur le contre appui transversaire inférieur controlatéral en expiration lente et sur quelques secondes.

Au niveau thoracique : les techniques en appui sternal, très douces (en pompage) sans thrust).

•Les manipulations rachidiennes : sont le plus souvent possibles, sauf comme nous l'avons vu dans les cas de franche arthrose postérieure étagée et davantage encore en cas de discopathies sévères associées.

Au niveau cervical pur : manœuvre en inflexion latérale.

Au niveau de la charnière cervico-thoracique propre (C7-T1-T2) : la technique assise de Robert MAIGNE, ou le menton-pivot sont très précieuses et efficaces.

Au niveau thoracique : technique en appui sternal ou en appui postérieur, avec plutôt de la cyphose ou plutôt de la lordose, selon le schéma en étoile de LESAGE et MAIGNE.

•Les infiltrations articulaires postérieures.

Radioguidées si l'on ne domine pas la technique sans radioguidage.

Cette dernière est réservée à des praticiens très entraînés et chevronnés.

Rappelons toutefois, en dehors de la rigueur du positionnement du patient et de l'angle d'abord de l'aiguille avec le cou, que l'on n'injecte aucun anesthésique en site cervical ni au-dessus de T5 (centres cardio-respiratoires).

Il s'agit d'une technique essentielle à connaître, car chez des patients très arthrosiques, résistant aux techniques médicales manuelles et orthopédiques, c'est la seule qui peut apporter un soulagement de qualité, durable, et parfois soulager définitivement le patient.

Toujours au chapitre des techniques infiltratives, l'on peut être amené à proposer des injections d'anesthésiques locaux sous cutanés sur la zone des cellulalgies interscapulaires, associées au palper rouler.

* Dr Norbert TEISSEIRE-Rhumatologue-20 C Rue Dupetit Thouars-49000 ANGERS
norbert.teisseire49@orange.fr

BIBLIOGRAPHIE.

1- Sommer F, Hensen P, Bockenholt B, Metze D, Luger TA, Stander S.

Underlying diseases and co-factors in patients with severe chronic pruritus: a 3-year retrospective study. Acta Derm Venereol. 2007; 87:5 1 0-6.

2- Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, Libretto SE, Szepietowski JC,

Zylicz Z. Itch: scratching more than the surface. QJM. 2003; 96:7-26.

3- Krajnik M, Zylicz Z. Understanding pruritus in systemic disease.

J Pain Symptom Manage. 2001 ; 21:15 1-68.

4- Canavero S, Bonicalzi V, Massa-Micon B. Central neurogenic pruritus: a literature review. Acta Neurol Belg. 1997; 97:244-7.

5- Massey EW. Unilateral neurogenic pruritus following stroke.

Stroke. 1984;15: 901-3.

6- Wiesner T, Leinweber B, Quasthoff S, Unger B, Komericki P, Hoedl S, Kerl H. Itch, skin lesions--and a stiff neck. *Lancet*. 2007; 370:290.

7- Lapresle J, Metreau R. Atteintes trigéminales révélatrices d'une syringomyélie et d'une malformation de la charnière occipito-vertébrale. *Nouv Presse Med*. 1978; 7: 103-4.

8- Kinsella LJ, Carney-Godley K, Feldmann E. Lichen simplex chronicus as the initial manifestation of intramedullary neoplasm and syringomyelia. *Neurosurgery*. 1992;30: 418-21.

9- Weisshaar E, Kucenic MJ, Fleischer AB Jr. Pruritus: a review. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 2003; 2 135-32.

10- Wallengren J, Sundler F. Brachioradial pruritus is associated with a reduction in cutaneous innervation that normalizes during the symptom-free remissions. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52:142-5.

11- Kavak A, Dosoglu M. Can a spinal cord tumor cause brachioradial pruritus? *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46:437-40.

12- Misery L. Notalgie paresthésique. *Thérapeutique dermatologique. Médecine-Sciences Flammarion* 2001

13- Misery L. What is notalgia paresthetica? *Dermatology*. 2002; 204:86-7.

14- Maigne JY, Maigne R, Guerin-Surville H. Upper thoracic dorsal rami : anatomic study of their medial cutaneous branches. *Surg Radiol Anat* (1991) 13 : 109-112.

15- Wallengren J, Sundler F. Cutaneous field stimulation in the treatment of severe itch. *Arch Dermatol*. 2001; 137:1323-5.

16- Goulden V, Toomey PJ, Hight AS. Successful treatment of notalgia paresthetica with a paravertebral local anesthetic block. *J Am Acad Dermatol*. 1998; 38: 14-6.

17- Tait CP, Grigg E, Quirk CJ. Brachioradial pruritus and cervical spine manipulation. *Australas J Dermatol*. 1998; 39: 168-70.

18- Goodkin R, Wingard E, Bernhard JD Brachioradial pruritus: cervical spine disease and neurogenic/neuropathic (corrected) pruritus. *J Am Acad Dermatol*, 2003 Apr. 48(4) :521-4

Mais aussi :

JACQUIER Christophe-Prise en charge du prurit en médecine générale- Thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine- NANCY mai 2008