

Bernard Desoutter

## Les douleurs de la région antérieure et interne de la cuisse dites cruralgies

**Résumé :** L'auteur analyse ici les caractéristiques propres aux douleurs lombaires qui irradient sur la face antérieure ou interne de la cuisse. Ces douleurs amènent à une analyse de syndromes généraux spécifiques, à une thérapeutique s'orientant selon les méridiens impliqués et selon les chaînes musculaires responsables de ces douleurs. **Mots-clés :** Cruralgie - muscles des méridiens - cuisse - quadriceps - adducteurs.

**Summary :** The author analyses the features peculiar to lumbar pain radiating to the anterior or medial aspects of the thigh. These forms of pain lead to the analysis of specific general syndromes and to a treatment according to the meridians involved and the muscular chains contributing to the pain. **Keywords :** crural pain - muscle of the meridians - thigh - quadriceps femoris - adductors.

### Introduction

Ces patients consultent pour "cruralgie", terme un peu général réunissant dans leur esprit les douleurs de la face antérieure de la cuisse. La cruralgie représente 2 à 5 % des lomboradiculalgies, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et se situe dans la tranche d'âge des 50 et 60 ans. Elle peut survenir après un épisode de lombalgie chronique, de lumbago ou de sciatique, plus rarement après un épisode aigu inaugural. La douleur est parfois intense, accompagnée de dysesthésies à type de broiement, de brûlures. La recrudescence est le plus souvent nocturne entraînant insomnies et altération de l'état général. Rappelons que le diagnostic de radiculgie crurale se fait à la suite de la manœuvre du crural ou "Lasègue inversé", le patient étant en décubitus ventral, la cuisse mise en extension, le genou à 90° : c'est le signe de Léry. Les examens radiologiques tels que la tomodensitométrie permettent de mettre en évidence la présence de hernies en L2-L3, L3-L4, voire L4-L5. Les patients qui viennent consulter ont le plus souvent déjà réalisé ces examens radiologiques qui s'avèrent négatifs.

En aucun cas une douleur de la face antérieure de la cuisse ne peut permettre de retenir le diagnostic de cruralgie à elle seule. C'est l'association à des signes neurologiques déficitaires qui permet d'évoquer le diagnostic. Il est curieux de constater que, lors de notre recherche bibliographique, le terme, pourtant commun, de cru-

ralgie n'a fait apparaître qu'une seule référence (en anglais), alors que nombreux sont les patients qui consultent pour ce type de douleur.

L'intérêt d'une analyse de cette pathologie dans le cadre de la Médecine Traditionnelle Chinoise va permettre de mettre en évidence quelques syndromes spécifiques à cette affection par rapport aux riches études des lombalgies et sciatalgies. Les choix thérapeutiques qui vont être établis vont tenir compte de la localisation de l'irradiation douloureuse et de symptômes associés, qui peuvent orienter à la fois vers l'atteinte de méridien et vers certaines chaînes musculaires préférentielles, que nous évoquerons ici.

### Les principaux syndromes généraux

Dans le cadre de la médecine traditionnelle chinoise, certains déséquilibres généraux intégrant une douleur caractéristique de ces déséquilibres peuvent être mis en évidence. Nous nous contenterons de les citer, la thérapeutique de ces déséquilibres ne présentant pas de particularité propre [1].

#### *Vide de qi du Rein*

Les douleurs sont sourdes, inconstantes, d'intensité variable, associées à la fatigue. La douleur est améliorée par la mise en mouvement, mouvement lent, modéré et limité dans le temps, mais aggravée par l'effort soutenu, la fin de journée, le froid. La douleur prédomine dans

la région lombaire. Notons dès à présent que le point VC4 est indiqué : Névralgie crurale.

### *Humidité*

La douleur est sourde, à type de lourdeur, d'engourdissement, souvent accompagnée de dysesthésies. Le contexte général évoque la pathologie d'Humidité interne : polyphagie, surpoids, transpiration forte, oppressions... La douleur prédomine dans la cuisse, avec la mise en évidence possible de paresthésies telles qu'on peut le voir dans certaines atteintes comme la méralgie paresthésique.

### *Amas de Sang*

La douleur est pongitive, très localisée, profonde, intense et souvent continue. Elle est souvent aggravée la nuit et nécessite un long moment de dérouillage le matin. On retrouve ces caractéristiques dans les cruralgies aggravées par les longs voyages en voiture ou la position assise prolongée. Ce type de douleur est assez fréquent puisque le méridien d'Estomac présente une affinité particulière avec les maladies du Sang qu'il traite. On retrouvera associés d'autres signes d'Amas de Sang.

### *Les atteintes d'origine externe*

Nous pouvons observer qu'il n'existe pas à proprement parler d'atteinte de la région antérieure de la cuisse qui puisse entrer, du moins dans notre civilisation occidentale, dans le cadre d'atteintes d'origine externe. Nous réserverons ces atteintes pour les douleurs irradiant sur les faces postérieure et latérale des lombes et du membre inférieur (le Vent, le Froid). L'Humidité d'origine externe sera plus volontiers évoquée dans les douleurs articulaires entrant dans le cadre des *bi* Humidité.

## **Analyse selon le méridien**

### *Méridien de l'Estomac*

Dans la symptomatologie des méridiens est décrite une douleur qui se présente selon le trajet du méridien. La douleur prédomine à la cuisse, la douleur lombaire pouvant être faible ou inexistante. En ce qui concerne le méridien de l'Estomac le *Lingshu* précise que le

méridien de l'Estomac est riche en Sang et en Energie et traite les maladies qui appartiennent au Sang [2]. Les caractéristiques de nombreuses douleurs de type cruralgie vont amener à un diagnostic d'Amas de Sang : aggravées la nuit, améliorées au dérouillage, parfois intenses, profondes, localisées et fixes. Ainsi, lors d'une atteinte de la face antérieure de la cuisse irradiant selon le méridien de l'Estomac, notre orientation thérapeutique consistera en priorité à traiter le Sang, avec des points tels que le VE17, RA6, RA10 et des points du méridien de l'Estomac : ES45, ES36, ES33 et points *ashi*.

Notons aussi, selon Soulié de Morant [3] :

ES30 : Cuisse : douleurs (névralgie crurale). Face médiale du membre inférieur.

ES31 : Cuisse antérieure, faiblesse ou contracture.

ES32 : Agit surtout sur droit antérieur et vaste externe.

Méridien du Foie :

Symptomatologie d'atteinte du Méridien : spasmes, douleurs, contractures de la loge médiane de la cuisse. Gonflement du bas ventre chez la femme et du scrotum chez l'homme. La douleur est donc plus médiane, irradiant vers le bas ventre ou le bassin chez la femme et le scrotum chez l'homme. Nous savons que les organes génitaux externes sont liés à ce méridien. Spasmes et contractures prédominent dans le contexte d'une personne tendue, nerveuse et cette irradiation peut s'associer à un tableau de Stagnation du *qi* du Foie. Cette symptomatologie peut évoquer le VE18, FO8, FO3, VB34 (contracture de la face interne de la cuisse avec raideur articulaire) [4]. Les points douloureux locaux correspondent aux adducteurs. Nous verrons ultérieurement que les points détentes du grand adducteur peuvent donner des douleurs qui irradient dans les organes génitaux et même le bassin [5], ce qui n'est pas sans évoquer la symptomatologie du "tendino-musculaire" du Foie [6]. Ces douleurs référées irradient le long du méridien du Foie.

FO11 : Contracture du grand psoas [3].

Douleur de la face interne de la cuisse [6].

FO8 : Membre inférieur : surtout face médiale : Douleurs, crampes. Cuisse idem.

FO3 : Membre inférieur : Difficulté de se mouvoir, de marcher. Marche très difficile. Engourdissement.

### *Méridien de la Rate :*

Symptomatologie d'atteinte du méridien : La douleur s'accompagne d'une lassitude de l'ensemble du corps. Le genou peut être gonflé du côté interne.

RA12 : cuisse antéro-médiale [3].

RA13 : Muscle iliaque. Membre inférieur, face antérieure [3].

RA10 : Douleur de la face interne de la cuisse [7].

RA5 : Douleur de la face interne de la cuisse [8].

Cette symptomatologie évoque une atteinte d'Humidité d'origine interne pour laquelle il faudra tonifier la Rate : VE20, RA2, RA9.

### *Méridien du Rein :*

Symptomatologie d'atteinte du méridien : Douleur de la face postéro-interne de la cuisse, accompagnée le plus souvent d'une douleur des lombes prédominante et d'une sensation de chaleur de la plante du pied [9].

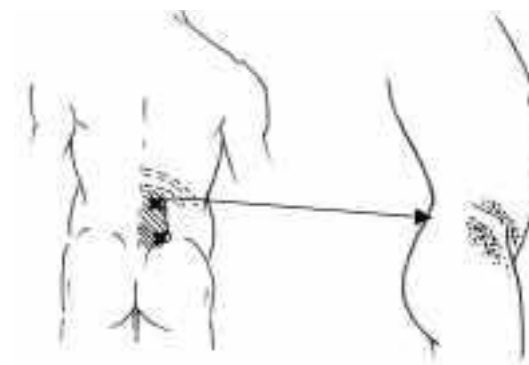
RE1, RE8, RE10 : Douleur de la face interne de la cuisse [3, 6].

On se rend donc compte que l'atteinte du méridien répond à l'atteinte du viscère correspondant, ce qui nécessite donc un rééquilibrage des perturbations du viscère.

## **Les chaînes musculaires**

### *Le muscle carré des lombes (figure 1) :*

Pour une importante étude de ce muscle et des douleurs référées ainsi que l'examen clinique du patient on peut se référer aux travaux de Travell et Simons [5, p. 30]. C'est l'un des muscles les plus fréquemment impliqués dans les causes de lombalgies. La douleur référée des points détentes se situe, en arrière à la région de l'articulation sacro-iliaque, et en avant dans la région inguinale. L'importance de ce muscle dans les douleurs qui nous concernent ici, est qu'il y a une fonction musculaire et une unité fonctionnelle qui implique fréquemment ce muscle, l'associant au muscle suivant : le muscle ilio-pectiné, puis au quadriceps fémoral ou aux adducteurs.



**Figure 1.** Carré des lombes.

Au niveau thoracique, nous pouvons retrouver des points détentes dans les muscles para-vertébraux thoraco-lombaires permettant ainsi de comprendre que nous retrouverons, selon l'atteinte générale ou l'atteinte évoquant un méridien, des points sensibles très haut sur les branches externe et interne du méridien de Vessie. Quatre zones du carré des lombes peuvent donner des territoires douloureux bien distincts : les points les plus superficiels (et distaux) peuvent entraîner une douleur dans la partie antérieure dans le pli inguinal, voire dans la partie supérieure de la cuisse. A partir des points détentes profonds, les patients peuvent décrire des douleurs de la cuisse jusqu'à la rotule. S'il a une fonction essentielle de stabilisation du rachis, ce muscle participe pour une part à la flexion de la jambe en association avec les muscles que nous évoquerons ultérieurement. L'activation des points détentes du muscle carré des lombes peut se faire lors du soulèvement d'une charge lourde, en se penchant en avant avec une rotation du tronc comme pour ramasser un objet par exemple, en se levant d'un siège profond ou d'un lit bas. Son atteinte peut être entretenue ou favorisée par des troubles de la statique occasionnés par une inégalité de membres inférieurs, un petit héli-bassin, des bras courts, un lit trop mou, certaines positions : debout, penché en avant. Lorsque le muscle carré des lombes est atteint unilatéralement, le patient a tendance à se tenir sur la jambe homolatérale, plus courte, en fléchissant le genou de la jambe opposée. La palpation des fibres musculaires du carré des lombes se fait le patient allongé sur le côté opposé à la douleur, le bras élevé jusqu'au

bord de la table d'examen, en arrière de la tête, le genou tombé sur la table d'examen en arrière de l'autre genou, ceci afin de dégager au maximum l'espace entre la 12<sup>e</sup> côte et l'épine iliaque antéro-supérieure et de mettre le muscle en tension. Deux régions sont à explorer en particulier. La première en dessous de la 12<sup>e</sup> côte, la seconde au-dessus de la crête iliaque. Lorsque les patients consultent pour une douleur de la face antérieure ou interne de la cuisse, il est important de faire préciser si la douleur n'a pas été précédée ou n'est pas associée à des douleurs lombaires homolatérales.

VB27 : Cuisse antérieure et médiale.

VB26 : Cuisse antérieure et médiale.

Dans l'étude menée par Zhong Jishang [10], à propos de 96 cas de cruralgie, un point situé à 2 distances de L1 est indiqué et pourrait correspondre au point détente situé sous la 12<sup>e</sup> côte.

#### *Le muscle ilio-psoas (figure 2) :*

Le muscle ilio-psoas participe à plusieurs fonctions très importantes, en particulier la flexion de la cuisse. Il participe aussi au maintien de la station érigée. Les patients porteurs de points détentes de l'ilio-psoas se plaignent avant tout de lombalgies, mais aussi d'une douleur sur la face antérieure de la cuisse. La douleur est aggravée par la position debout. Les patients ont souvent du mal à sortir d'un siège profond et signalent souvent leur difficulté de sortir de leur voiture. En position érigée, le patient a tendance à porter son poids sur la jambe opposée, ceci lui permettant de fléchir légèrement la hanche. Les patients ont tendance à se tenir légèrement penchés en avant, avec une bascule antérieure du bassin. Allongés, pour soulager la douleur, ils vont relâcher la tension du muscle par la flexion de la cuisse comme couché en position fœtale, mais cette position, raccourcissant le muscle, peut rendre difficile la mise en position debout au lever du lit. Deux points détentes peuvent être palpés :

- La pression profonde au bord latéral du triangle fémoral peut déclencher une douleur de la face antérieure de la cuisse. Le point à puncturer est situé en dehors de l'artère fémorale, la cuisse en abduction et rotation latérale. (On palpe facilement les pulsations de l'artère).

- La pression en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure peut entraîner une douleur de la région lombaire et de la partie haute de la cuisse. La puncture doit nécessairement se faire très proche de la face interne de l'épine iliaque pour ne pas pénétrer dans la cavité abdominale. Ceci ne présente pas de problème chez les personnes maigres et nécessite de la prudence chez les autres.



**Figure 2.** Muscle ilio-psoas.

#### *Le quadriceps fémoral (figure 3) :*

Ce groupe est constitué de quatre muscles donnant des irradiations sur la face médiale, antérieure et latérale de la cuisse. Ce sont :

- Le droit fémoral dont le point détente se situe dans l'extrémité supérieure du muscle, sa douleur référée se situant sur la face antérieure de la cuisse.
- Le vaste médial dont le point détente donne une douleur référée à la partie antéro-médiale de la cuisse et du genou.
- Le vaste intermédiaire dont le territoire douloureux intéresse la partie moyenne de la face antérieure de la cuisse.
- Le vaste latéral qui comporte au moins cinq sites de points détentes qui donnent des irradiations le long de la face latérale de la cuisse. Nous l'excluons donc de cette étude.

Le quadriceps agit principalement pour étendre la jambe au genou et pour aider la flexion de la cuisse à la hanche. Le quadriceps fémoral sert à contrôler les mouvements tels que se pencher en avant, s'accroupir, s'asseoir ou descendre les escaliers. Il faut penser à ce groupe musculaire lorsqu'il y a un dérochement ou un blo-

cage de la rotule, parfois un dérochement de la hanche. Dans le cadre de douleur qui nous concerne, nous nous arrêterons sur les atteintes des muscles vaste médial et vaste intermédiaire. Le vaste latéral présentant des points détentes dont l'irradiation est latérale et le droit fémoral dont le territoire principal de douleur référée se situe au niveau de la rotule.

*Droit fémoral* : Le sujet est réveillé la nuit par une douleur devant le genou ou se plaint de douleur du genou et de faiblesse en descendant les escaliers. Les points détente de ce muscle peuvent être activés par la position assise, avec un poids important sur les cuisses.

*Vaste médial* : Douleur profonde dans l'articulation du genou avec syndrome de dérochement du genou à la marche. Ce muscle développe souvent des points détentes à la suite d'efforts sportifs intenses ou les traumatismes directs du genou ou du muscle.

*Vaste intermédiaire* : Les patients ont du mal à étendre complètement le genou, souffrent en montant les escaliers à l'extension du genou de la jambe d'appui. Il appartient à la même unité fonctionnelle que les autres muscles et développe des points détente secondairement. Les trois vastes et l'ilio-psoas sont des muscles qui développent le plus souvent des points détentes en association avec ceux du droit fémoral. Le point distal du vaste médial est souvent associé à des points détentes des adducteurs.

### Les muscles adducteurs

Le groupe des adducteurs de la hanche est constitué par quatre muscles dont les points détentes peuvent donner une douleur dans la partie antérieure, antéro-médiale ou médiale de la cuisse. L'ensemble de ces muscles a pour fonction l'adduction de la hanche et la limitation de l'abduction lors de la marche. L'examen du patient consiste à évaluer la limitation de l'abduction et à palper les différentes zones de points détentes.

*Long adducteur et court adducteur (figure 4)* : Ces deux muscles présentent des points détentes qui projettent une douleur du pli de l'aîne jusqu'au genou, sur la partie antéro-médiale de la cuisse. Cette douleur est aggravée par le port de charge et par les mouvements brusques de torsion de la hanche.

*Grand adducteur (figure 5)* : La douleur peut irradier dans l'os pubien, le rectum ou le vagin, parfois la vessie, et être décrite comme localisée profondément à l'intérieur du bassin. Ce muscle est mis en jeu lors de certaines activités sportives tel que le ski, le vélo ou en équitation pour serrer les flancs du cheval entre les genoux. Le grand adducteur est actif pendant la montée des escaliers, mais pas dans la descente.

La recherche des points détentes dans les adducteurs se fait avec le membre inférieur en abduction et rotation externe.

### Gracile

Les points détentes du muscle gracile donnent une douleur locale, superficielle le long de la face médiale de la cuisse.

### Sartorius

Les points détente de ce muscle donnent des douleurs superficielles piquantes ou à type de fourmillement.

### Pectiné

La douleur se projette à la surface du muscle pectiné, juste au-dessous du ligament inguinal. Sont souvent associés des points détentes de l'ilio-psoas ou des adducteurs.

## Diagnostics différentiels

Dans le cas de douleurs de la cuisse évoquant les adducteurs, il faut penser à d'autres étiologies, en particulier si ces douleurs ne sont pas améliorées par la thérapeutique. Il s'agit principalement des causes suivantes :



**Figure 3.**  
Quadriceps (Droit fémoral, vaste intermédiaire, vaste médial).



**Figure 4.**  
Long et court adducteurs.



**Figure 5.**  
Grand adducteur.

- La symphysite pubienne que l'on retrouve dans les activités physiques intenses, confirmée par radiologie et scintigraphie.

- La fracture pubienne de fatigue, en particulier chez les coureurs à pied, dont le diagnostic est confirmé par la radiologie.

- Le syndrome d'arrachement de l'insertion des adducteurs présentant une douleur sourde aggravée par le mouvement et améliorée par le repos.

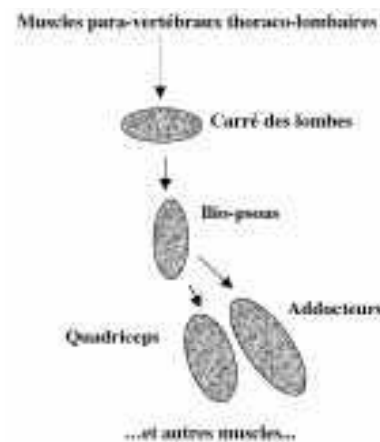
S'il est fréquent d'imputer toute douleur de la cuisse ou du genou à une douleur de coxarthrose de la hanche, il ne faut pas oublier néanmoins cette étiologie et la pratique de la radiologie peut s'avérer importante. Inversement, une partie de l'impotence liée à l'arthrose de la hanche est d'origine musculaire et il faut y penser dans les suites douloureuses d'intervention de prothèse de hanche lorsque aucun signe pathologique ne vient mettre en cause l'acte chirurgical (descellement de la prothèse en particulier).

La méralgie paresthésique comporte des douleurs brûlantes et des paresthésies dans le territoire du nerf cutané fémoral, s'étendant sur la face antéro-latérale de la cuisse, parfois jusqu'au genou. Le nerf cutané fémoral chemine dans le psoas au niveau de l'épine antéro-supérieure de l'iliaque. Ce nerf peut subir des compressions à l'intérieur du corps musculaire du grand psoas ou de la partie supérieure du sartorius. Ce type de douleur peut se rencontrer

lors du port de ceintures trop serrées, d'une paroi abdominale relâchée. Y penser chez la femme enceinte : le trouble disparaît souvent spontanément après l'accouchement.

## Conclusion

Comme on peut le constater dans la pratique, il existe une chaîne d'atteinte préférentielle des muscles carré des lombes, ilio-psoas, quadriceps fémoral ou adducteurs qui va se caractériser par l'apparition de douleur à la fois lombaire et sur les faces antérieure ou interne de la cuisse. Outre le traitement général élaboré à partir des signes généraux et des caractéristiques de la douleur, le traitement réalisé selon le méridien mis en évidence, il ne faudra pas méconnaître les différents points-détentes, points *ashi* en ce qui nous concerne, afin de traiter efficacement ces douleurs.



D<sup>r</sup> Bernard Desoutter  
25, Av. Aristide Briand, 34 170 Castelnau le Lez,  
☎ 04 67 72 37 64  
✉ desoutter@wanadoo.fr

## Références :

1. Eyraud MJ, Romano L. Caractères et modalités de la douleur. Actes du XVI<sup>e</sup> Congrès d'acupuncture A.F.E.R.A. nîmes 2003.
2. Schnorrenberger C, Qiang Jing Lian. Klassische acupuncture chinas Ling Kung King. Traduction de Rudermann J. Nîmes; éditions A.F.E.R.A.: 1980.
3. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise. Paris: Maloine; 1972.
4. Lin Shi Shan, Dubuisson M. Traitement des syndromes en acupuncture traditionnelle. Forbach: Institut Yin-Yang; 1996.
5. Travell JG, Simons DG. Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux Tome 2 : le membre inférieur. Bruxelles: Edition Haug International; 1993.
6. Guillaume G, Chieu M. Dictionnaire des points d'acupuncture Tomes 1 et 2. Paris: Guy Trédaniel éditeur, Collection la Tisserande; 1995.
7. Lin Shi Shan, Dubuisson M. Choix des points en acupuncture traditionnelle. Forbach: Institut Yin-Yang; 1997.
8. Guillaume G, Mach Chieu. Rhumatologie et médecine traditionnelle chinoise, vol.1 et 2. Paris: Edition La Tisserande; 1990.
9. Gimenez-Bros O. Séméiologie des douze méridiens. Mémoire de fin d'étude d'acupuncture. Nîmes 1987.
10. Zhong Jishang : Acupuncture treatment in 96 cases of superior clunial nerve injury. Journal of Traditional Chinese Medicine 1991;11(4):259-260.