

Dr Xavier Guézéneq

Cruralgie : le point clé

Mots-clés : cruralgie, psoas, technique de poncture

Résumé : un point clé à rechercher, en décubitus ventral, devant toute suspicion de cruralgie est un point hors méridien à l'extrémité des apophyses transverses lombaires ; la douleur exquise signe le diagnostic ; le point se pique horizontalement dans l'axe de cette apophyse.

Généralités

Avant tout, précisons que sous le terme de « cruralgie », nous regroupons des entités pathologiques proches, telles que les algies fémoro-cutanées et les contractures du muscle psoas, qui sont d'ailleurs souvent intriquées.

Le « point clé » proposé ici présente la double propriété d'être à la fois diagnostique et thérapeutique, ce qui est d'ailleurs le propre de tout point « ASHI ».

Technique de recherche :

- le patient est placé en décubitus ventral, en dé-lordose, si besoin par le support d'un coussin sous-ventral chez le sujet longiligne ou mince, soutien suffisant pour aplatir le rachis lombaire ;
- le praticien se place, par rapport au patient, du côté de la douleur et utilise pour palper, la main homolatérale, cad main D pour le côté D du patient, et inversement, en recherchant le point au mieux par l'extrémité du médus.
- le (rarement les) point à rechercher se situe à l'extrémité de (ou des) l'apophyse transverse accessible entre côtes flottantes et crête iliaque, généralement L2 et/ou L3
- la main du praticien doit faire un mouvement de palper horizontal, dans le prolongement de l'apophyse transverse ; ce détail est fondamental.
- le point est naturellement un peu sensible, le test n'est donc significatif que s'il retrouve une douleur exquise, ou au moins nettement supérieure au point de l'autre côté.

Technique de poncture :

la poncture reproduit exactement le trajet du doigt palpateur ; l'aiguille est donc insérée horizontalement et doit idéalement venir mourir à l'extrémité de l'apophyse transverse. il faut prévoir au moins une longueur d'aiguille de 2 cun.

Cas particulier de la femme enceinte

La fin de grossesse rend peu réaliste le décubitus ventral ; le décubitus latéral a l'inconvénient quasiment rédhibitoire de fermer l'angle de palpation en rapprochant dernières côtes et crête iliaque ; on privilégiera donc la position assise, certes moins fiable que le décubitus ventral, mais qui permet palpation et poncture.

Remarque

Il est intéressant devant toute lombalgie latéralisée, sciatique, coxalgie et douleur de cuisse de rechercher ce point dont la palpation, si elle est douloureuse, signe une composante de cruralgie ; le clinicien sait le diagnostic différentiel souvent difficile.

Poncture profonde de 25 ES *Tian Shu*

Mots-clés : 25ES, Tian Shu, technique de poncture, poncture profonde

Résumé : optimiser l'efficacité du 25 ES fait appel à la technique de poncture profonde, intra-abdominale (4 cun) en ayant pris soin de dégager les anses intestinales par pressions fortes du doigt.

L'acupuncteur, à l'issue de son diagnostic, décide de poncturer le point 25 Estomac.

On propose ici une pure technique d'aiguille qui a pour intérêt de potentialiser de façon spectaculaire l'efficacité de la poncture de TIAN SHU.

Le principe est de piquer en intra abdominal le point à la profondeur de 4 cun.

Comme pour toute technique d'aiguille longue, il est des règles de prudence propres à éviter tout incident. Il est évidemment hors de question de blesser les anses coliques ; pour cela, il faut effectuer une pression sur le point, pression forte, profonde, prolongée et répétée, au mieux à 3 reprises, de façon à provoquer un réflexe de mobilisation du colon qui « laisse la place » à l'aiguille. Le praticien constate facilement sous son doigt la fuite des anses intestinales lors de la 3^e phase de pression, et donc la vacuité du canal de poncture.

Cette technique paraît impressionnante, elle est sans danger si l'on respecte les règles décrites ci-dessus, n'est pas plus douloureuse que la poncture habituelle à 1 cun, et l'effet thérapeutique de ce point est notablement majoré, le patient décrivant très bien l'« aiguille qui travaille » pendant et même parfois après la séance.

Chez le patient longiligne, ou maigre, la profondeur de 4 cun n'est pas nécessaire ; le bénéfice est le même en restant à la profondeur de 3 cun.

Cas particulier de la femme enceinte :

Le bon sens le plus élémentaire invite à ne pas poncturer profondément 25 ES dès que la hauteur utérine modifie les repères anatomiques ; on se contentera donc de la poncture classique si besoin

Dr Xavier Guézéneq
3, av de la Libération
22000 Saint-Brieuc
☎ : 02 96 62 06 30
✉ : xavier.guezenec@wanadoo.fr