

Point d'anatomie. Focus sur le syndrome du piriforme : étiologie, test et niveaux de preuve.

L'anatomie au service de la clinique

Anatomy point. Focus on piriformis syndrome: Aetiology, test and levels of evidence. Anatomy for clinical evaluation

X. Dufour
S. Evelinger
A. Cerioli

ITMP, 40, rue du Général Malleret-Joinville, 94400 Vitry, France

LE SYNDROME PIRIFORME

Le muscle piriforme est impliqué dans de nombreuses douleurs localisées, surtout à la face postérieure de fesse. Mais son atteinte majeure est le syndrome du piriforme, un syndrome canalair [1,2] qui se manifeste par une douleur de type sciatique à point de départ fessier.

Il semble que la douleur puisse être responsable de lombalgies. Ce syndrome serait impliqué dans 5 à 6 % des causes de sciatique [3] (Fig. 1).

Pour mieux appréhender ce syndrome, il est nécessaire de faire un rapide rappel des caractéristiques anatomiques du muscle.

Le piriforme, dont la description remonte au XVI^e siècle¹, possède un corps triangulaire ; littéralement, il a une forme de poire avec, au centre, la partie du muscle qui a le plus grand diamètre [5]. Son insertion proximale se fait de la face antérieure de la moitié ipsilatérale des 2^e, 3^e et 4^e vertèbres sacrées et par 3 digitations séparées au niveau des 2^e et 3^e foramens sacrés. Quelques faisceaux viennent de la partie la plus élevée de la face antérieure du ligament sacro-tubéral, parfois aussi du bord supérieur de l'incisure ischiatique, en avant de l'interligne articulaire sacro-iliaque.

Depuis ces origines, les fibres musculaires ont une direction presque transversale pour quitter le bassin au travers de la grande incisure ischiatique de l'os coxal [6] et aller s'insérer par un tendon, souvent conjoint avec celui des muscles obturateur interne et jumeaux, dans la fosse du piriforme située à la face médiale

du bord supérieur du grand trochanter du fémur [1].

Une étude réalisée sur 20 cadavres montre une longueur moyenne du muscle de 14 cm alors que le tendon mesure en moyenne 10 cm [6]. Il est innervé par le nerf du piriforme, formé par les rameaux ventraux des racines S1–S2, issues du plexus sacré [7]. La manière dont le nerf passe et vient innerver le piriforme varie d'un individu à l'autre (Fig. 1). On peut donc facilement comprendre qu'une inflammation à ce niveau puisse s'exprimer de différentes manières.

Les rapports du muscle piriforme avec les structures adjacentes peuvent nous aider à comprendre la description des symptômes ainsi qu'orienter nos choix diagnostiques et thérapeutiques. Dans sa partie pubienne, le piriforme est en relation par sa face antérieure avec le rectum, le plexus sacré des nerfs et les branches internes des vaisseaux iliaques.

Dans sa partie extrapubienne, sa face antérieure est en contact avec la partie postérieure de l'ischion et la partie postérieure de la capsule de la hanche. Sa face postérieure est en relation avec le muscle grand fessier. Son bord supérieur est en contact avec le muscle moyen fessier et son bord inférieur avec le muscle obturateur interne [8].

En quittant le pubis, le piriforme délimite 2 foramens, les foramens supra- et infra-piriforme. Dans le foramen supra-piriforme, entre la grande échancre et le muscle, passent le nerf glutéal supérieur et le vaisseau glutéal supérieur. Dans le foramen infra-piriforme, limité en bas en en arrière par la grande échancre, passe le nerf sciatique, le nerf

MOTS CLÉS

Anatomie
Clinique
Niveau de preuve
Syndrome piriforme
Test

KEYWORDS

Anatomy
Clinical
Level of evidence
Piriformis syndrome
Test

¹Le piriforme est un muscle dont la description remonte au XVI^e siècle et que l'on doit à un professeur d'anatomie de Padoue (Italie), Adrianus Spigelius [4].

Auteur correspondant :

X. Dufour,
ITMP, 40, rue du Général
Malleret-Joinville, 94400 Vitry,
France.
Adresse e-mail :
xavier.dufour@me.com

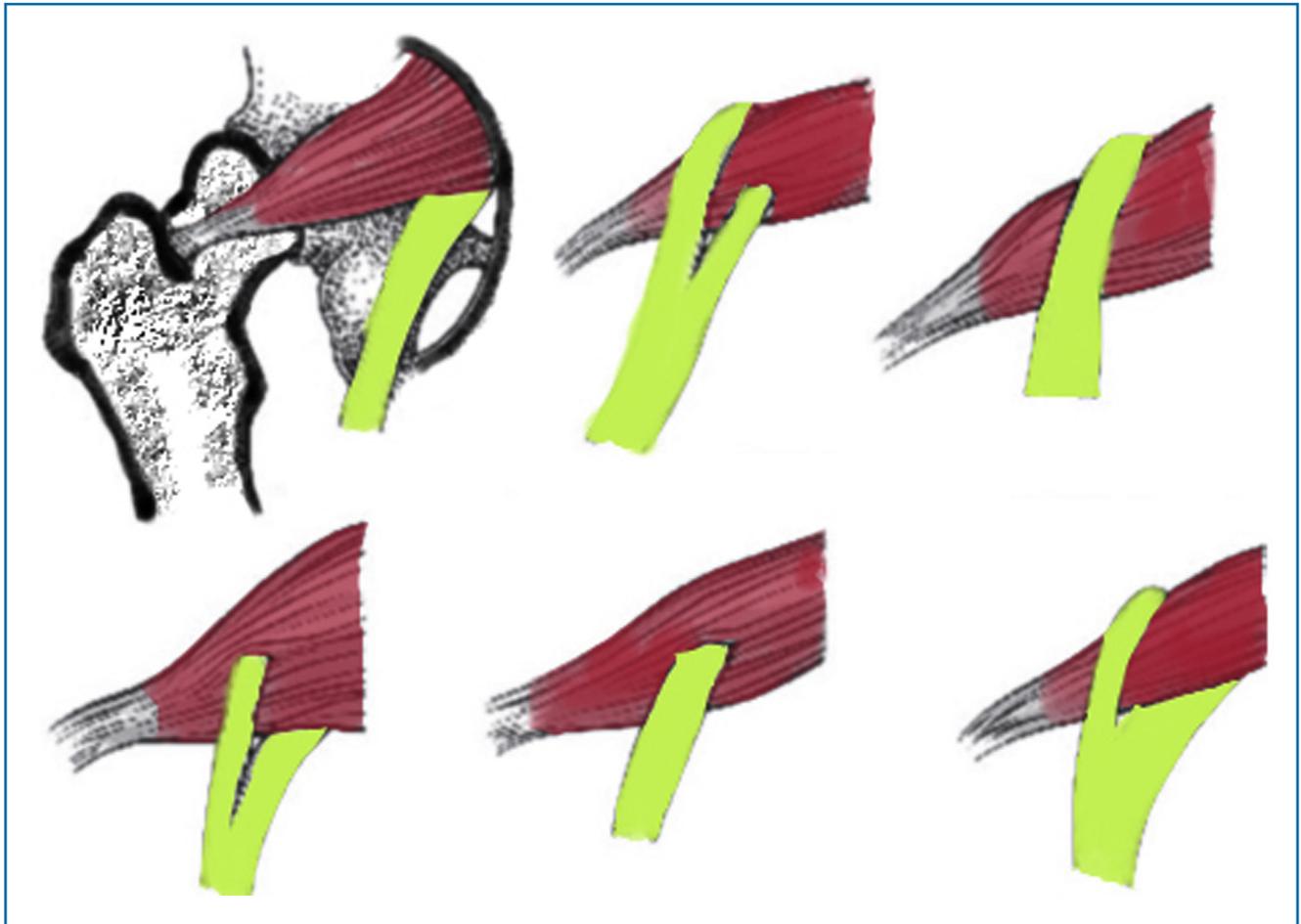


Figure 1. Variation anatomique du rapport du nerf sciatique avec le piriforme.

glutéal inférieur et le vaisseau glutéal inférieur ainsi que le plexus pudendal.

Les auteurs prêtent au piriforme les fonctions de :

- rotation latérale de hanche ;
- abduction de hanche en fonction du degré de flexion de hanche ;
- contrôle de l'extension de hanche ;
- stabilité de la hanche et de l'articulation sacro-iliaque par une augmentation de la compression [9] ;
- ligament actif [10].

L'ensemble de ces fonctions, ainsi que celle de stabilisation de la hanche dans les activités quotidiennes et sportives [11] sont diminuées lorsque le patient présente ce syndrome.

Au regard de cette complexité anatomique, plusieurs étiologies sont possibles concernant le syndrome du piriforme : des traumatismes de la région sacro-iliaque ou glutéale (même plusieurs années après), la présence de points gâchettes, des hypertrophies ou des spasmes du muscle, des hématomes, abcès, myosites ou bursites du piriforme, des tumeurs pelviennes, des suites postopératoires ou suites d'injections intraglutéales.

Les variations anatomiques des rapports entre le muscle et le nerf sciatique peuvent favoriser ce syndrome [4]. Bien entendu, on trouve des syndromes sans étiologie [3].

TESTS DIAGNOSTIQUES ET PROPRIÉTÉS CLINIMÉTRIQUES

Le diagnostic est difficile et se fait par l'exclusion des autres causes [1]. Les tests cliniques présentés sont en lien avec l'anatomie. Le thérapeute effectue une mise en tension du muscle, de façon passive (test de FAIR), ou de façon active (manœuvre de Pace et Nagle ou de Beatty). Il semble que le test de FAIR (mise en tension du piriforme par une flexion/adduction/rotation médiale de hanche) (Fig. 2) soit le plus utilisé ; il a une sensibilité de 0,88 et une spécificité de 0,83. Ce test est positif si la mise en tension produit une douleur à l'intersection du piriforme et du sciatique [12,13] (Fig. 2).

Palpation : La palpation est un moyen pour le thérapeute d'évaluer l'état de « stress » musculaire. En ce qui concerne

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5564435>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5564435>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)