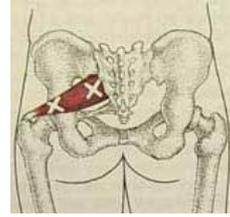
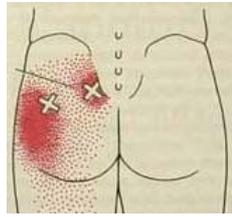


# Syndrome du Piriformis (muscle pyramidal)

Docteur François Prigent

Ce syndrome reste un **diagnostic d'exception** retenu après avoir formellement éliminé toute autre cause. Il se définit comme une sciatalgie tronquée par compression du nerf sciatique dans le canal sous-pyramidal. **C'est une douleur profonde de la fesse qui irradie à la face postérieure de la cuisse et dépasse rarement le genou. Elle ne déborde pas la partie haute de la fesse et il n'y a jamais de participation lombaire.**

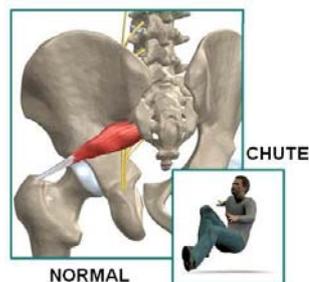


Les douleurs sont déclenchées par les marches de longue durée et la position assise prolongée. La pratique de la course à pied est responsable du syndrome ainsi que la pratique de la bicyclette. Les efforts de soulèvement, la montée des escaliers, la flexion antérieure du tronc peuvent être douloureux.

## PLUSIEURS CAUSES peuvent être recherchées

**Les traumatismes du muscle** représentent l'une des causes les plus souvent retrouvées :

- soit traumatisme violent par chute sur la fesse et dont les traces peuvent parfois être retrouvées à l'IRM.
- soit micro-traumatismes répétés notamment par la selle de la bicyclette.



## Les malformations anatomiques du nerf sciatique

La disposition « normale » n'existe que dans 80 % des cas. Chez 20 % des patients une ou les deux branches nerveuses passent à travers le muscle pyramidal. Le nerf qui passe à travers le muscle peut, alors, être « pincé » en rotation interne lorsque la fente se referme sous l'effet de la mise en tension du muscle.



Normal : 80 %



Inf + Trans: 15%



Double Trans : 4 %



Inf + Sup: 1%

**L'hypertrophie ou la contracture du muscle** se retrouvent surtout en pathologie sportive.

Le syndrome se caractérise par des douleurs survenant à l'effort induisant l'arrêt de l'activité en cours.

**Les causes morphostatiques**, soit l'inégalité de longueur des membres ou l'hyperlordose, peuvent entraîner une augmentation de la tension du piriformis et du nerf sciatique responsable du syndrome du pyramidal.

## L'EXAMEN CLINIQUE

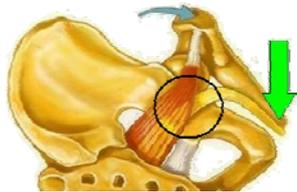
**Signes négatifs** : Il n'y a aucun signe rachidien. De même l'examen de la hanche est totalement négatif. *Ils doivent faire évoquer une origine tronculaire surtout dans un contexte d'antécédent de chute sur la fesse.*

## Les signes positifs :

La palpation profonde de la fesse peut induire une douleur provoquée au bord latéral du sacrum et retrouve parfois le muscle pyramidal contracturé, palpable sous la forme d'un boudin (« saussage mass »).

**Trois manoeuvres spécifiques sont jugées positives si elles réveillent la douleur :**

- \* *la manoeuvre de Freiberg* : le patient en décubitus dorsal. Le membre inférieur symptomatique placé en extension est progressivement amené en adduction et rotation interne.
- \* *la manoeuvre de Pace et Nagle* : le patient est en décubitus dorsal, le genou fléchi à angle droit. L'examineur place ses mains à la face externe du genou et résiste à une abduction forte et prolongée.
- \* *la manoeuvre de Beatty* : le patient est en décubitus latéral du côté sain. Celui-ci doit élever son membre en abduction et rotation externe et le maintenir quelques « pouces » au-dessus de la table



Manœuvre de Freiberg



Manœuvre de Pace



Manœuvre de Beatty

**LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES sont d'une importance considérable**

Les radiographies standard du bassin et de la hanche sont normales.

Le scanner peut montrer l'hypertrophie du muscle du côté symptomatique.

L'IRM peut, aussi, être normale ou montrer une hypertrophie ou des zones intra musculaire cicatricielles.

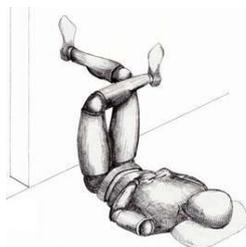
L'électromyogramme est sans conteste l'examen décisif. Il doit être précis. Il permet de différencier l'atteinte radiculaire de l'atteinte tronculaire. Il permet aussi de préciser le niveau de la compression en étudiant les muscles innervés par les nerfs fessiers supérieur et inférieur, les potentiels somesthésiques, les vitesses de conduction. Il étudie le réflexe H. d'abord en décubitus dorsal puis en adduction, flexion, rotation interne : position où le retard moyen est important / au côté opposé (2,66 ms versus 0,36 ms).

**LE TRAITEMENT CONSERVATEUR doit toujours être le premier temps**

**Éliminer tous les facteurs favorisants** : correction d'une inégalité de longueur, d'une hyperlordose. En pathologie sportive deux impératifs priment : repos sportif total et correction des technopathies.

**Les techniques d'étirement** sont essentielles qu'elles soient réalisées par un kinésithérapeute ou surtout par le patient lui-même (auto-étirement).

Pour un syndrome droit : le patient est allongé, membre inférieur gauche tendu. Le pied droit est placé à la face externe du genou. La position est maintenue. L'étirement est augmenté en tirant le genou vers le dedans, jusqu'à 60 sc. L'exercice doit être répété plusieurs fois dans la journée par séries de 5 ou 10.



Technique standard



**Les infiltrations locales** : la voie d'abord est dans la fesse, au bord latéral du sacrum. Une première injection d'anesthésique local est effectuée. Si la douleur est supprimée et s'il n'existe aucune paresthésie après 5 minutes un corticoïde local est injecté.

**LE TRAITEMENT CHIRURGICAL doit répondre à une certitude diagnostic et à un échec du traitement médical**

C'est une section du tendon du muscle pyramidal parfois associée à la neurolyse du nerf sciatique.

