

Traitement du syndrome du muscle piriforme par la toxine botulique A : résultats préliminaires

J.Lecocq, G.Zöllner, ME.Isner-Horobeti, A.Dupeyron, A.Gaunard, P.Vautravers

Service de Médecine Physique et de Réadaptation et Service de Radiologie 2
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 67098 Strasbourg cedex France

Introduction : le syndrome du muscle piriforme ou pyramidal (SMP) est un syndrome canalaire du nerf sciatique à son passage sous ce muscle (MP) (*Fig 1 et 3*), entraînant une douleur fessière et/ou une sciatalgie (*Fig 2*), sans signe clinique ou paraclinique pathognomonique. Le traitement est soit médical (injection de corticoïdes+ rééducation) d'efficacité incertaine, soit chirurgical (section et/ou résection du MP).

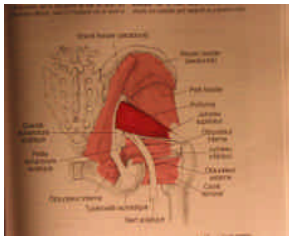


Fig 1 : rapports du muscle piriforme et du nerf sciatique (JG.Travell et DG. Simons Ed. Haug 1993)



Fig 2 : topographie de la douleur au cours du SMP (même référence)

Objectif : évaluer la faisabilité et l'efficacité sur la sciatalgie de l'injection de toxine botulique A (TBA) dans le MP au cours du SMP

Méthode : Etude prospective ouverte :

1) Critères d'inclusion :

- douleur fessière et/ou sciatalgie, quelque soit la durée d'apparition, non soulagées par AINS, traitement local lombaire ou injection de corticoïdes dans le MP
- pas de signe EMG ou TDM/IRM d'atteinte radriculaire L5 ou S1
- pas d'affection locale ou générale (Lyme) décelable
- douleur élective à la palpation au niveau de la projection du MP (*Fig 2*)
- manœuvre d'adduction-rotation interne-flexion passive de la cuisse douloureuse et positive à l'EMG (↗ latence et ↘ amplitude du potentiel du réflexe H) [2].

2) Traitement : 100 Unités de TBA (Botox®, Laboratoires Allergan) dans le MP sous contrôle TDM (*Fig 4*). Contrôle clinique à 1 et 3 mois



Fig 3 : TDM : 2 MP symétriques

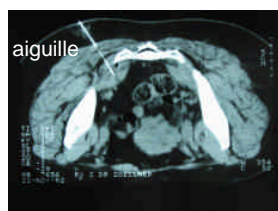


Fig4 : Injection de toxine botulique dans le MP gauche

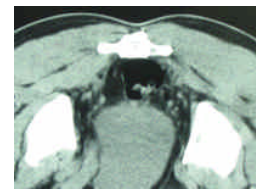
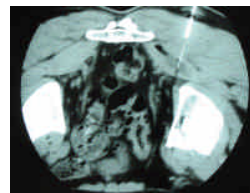
Résultats : 9 patients : 4 F, 5 H, âgés de 48 ans en moyenne (4–58) ; 3 SMP à gauche, 6 à droite; 7 cas d'échec de l'injection de corticoïde;

Délai depuis le début des symptômes : 3 ans et 4 mois (1 à 8 ans); 3 cas d'antécédent de chirurgie lombaire sans succès.

1 très bon et 1 bon résultats : régression des douleurs de 80 % et de 50 % à 3 mois

7 mauvais résultats : régression < 20 %

Effets adverses : 1 cas : ↗ douleurs 1 mois (bilan normal)
2 cas d'amyotrophie asymptomatique du MP au TDM



Discussion : - Etude préliminaire

- Résultats différents de ceux d'autres études ouvertes (amélioration ≥ 50% chez 24/27 patients [1]) ou en double aveugle vs sérum salé (9 cas; MK.Childers 2002).
Nombreux protocoles différents [3].

- Principaux facteurs d'échec malgré des critères d'inclusion stricts (EMG,...) : évolution très longue, diagnostic initial de radiculalgie sans étiologie objectivable, conflit avec les organismes payeurs, antécédents chirurgicaux lombaires, arthrose lombaire.

Conclusion : Nécessité d'une étude randomisée en

double aveugle vs injection de corticoïde avec :

1) diagnostic de SMP précoce et de 1ère intention avec les mêmes critères

2) évolution ne dépassant pas 3 à 6 mois

3) injection sous TDM (profondeur de 8 à > 10 cm)

Réf. : 1 Fishman LM et coll. Am J Phys Med Rehabil 2004;83:42-50
2 Fishman LM et coll. Arch Phys Med Rehabil 1992;73:359-64
3 De Sèze MP et coll. Ann Réadapt Med Phys 2003;46:329-32