

L SAVALLI¹, M KHALFALLAH², M BEGUE³

(1): Médecin rééducateur, médecin de la douleur (centre de rééducation Korian -Mariénia, Cambo-les bains)

(2) : Neurochirurgien, médecin de la douleur (clinique du Montlouis Paris 11)

(3) : Médecin rééducateur, urodynamique (centre de rééducation Korian -Mariénia, Cambo-les bains)

Les causes pelviennes les plus fréquemment rencontrées de la douleur fessière sont **le syndrome du Muscle Piriforme, le syndrome du muscle Obturateur interne, le Hamstring syndrome** (douleur sur lésion ou inflammation des muscles ischio-jambiers à leurs insertions sur l'ischion), **la névralgie pudendale** (syndrome myofascial associé), **la Sacro-iléite, la tendinopathie du Moyen Fessier, le syndrome du nerf Clunéal supérieur, moyen ou inférieur.**

Un certain nombre de douleurs fessières tirent leur origine non pas d'une origine pelvienne mais d'une origine rachidienne, les plus fréquentes étant la douleur radiculaire, **le syndrome facettaire** (douleur des articulations inter-vertébrales) de la charnière Thoraco-lombaire ou **syndrome de Maigne** et le syndrome facettaire de la charnière lombo-sacrée.

La douleur fessière d'origine radiculaire.

Sur le plan clinique, La douleur fessière d'origine radiculaire s'accompagne habituellement d'une irradiation douloureuse sous le genou et souvent même jusqu'aux orteils. C'est la fameuse sciatique en lien avec une souffrance de la racine L5 ou S1. Parfois la douleur demeure tronquée et se localise à la fesse. Le clinicien va rechercher un syndrome rachidien pouvant plaider pour une origine lombaire. Il faut procéder à un examen neurologique à la recherche d'un déficit sensitif ou moteur en distalité et la constatation d'un déficit de l'extenseur du Gros orteil, par exemple, devant une douleur fessière isolée orientera vers une compression de la racine L5. Les réflexes doivent être recherchés ainsi que des troubles sphinctériens. La confirmation de l'hypothèse diagnostique radiculaire sera apportée par l'imagerie rachidienne, à savoir le scanner lombaire ou mieux encore l'IRM. La cause de la radiculalgie peut être une compression par une hernie discale, un rétrécissement du foramen ou plus rarement un rétrécissement canal rachidien lombaire. La douleur fessière se manifeste alors plus volontiers par une douleur apparaissant lors de la marche et disparaissant avec le repos.

Le traitement de la douleur radiculaire d'origine discale relève d'une infiltration épidurale sous contrôle scanner lorsque la hernie discale est intra-canalair ou situé dans le récessus. Le l'adhésiolyse épidurale est une alternative, particulièrement intéressante, à l'infiltration épidurale habituellement proposée.

Il est possible d'avoir recours, dans certains cas, à une infiltration foraminale sous contrôle scanner lorsque la compression de la racine se situe dans le foramen.

Lorsque l'approche infiltrative a échoué, il est possible de discuter de l'indication chirurgicale, d'autant plus que la composante douloureuse radiculaire ou un déficit moteur sont au premier plan. Si la lombalgie prédomine nettement sur la douleur radiculaire, mieux vaut proposer une approche rééducative à visée de renforcement musculaire et à composante multidimensionnelle, préférentiellement.

Le traitement du canal lombaire étroit relève de l'infiltration épidurale ou au mieux d'une adhésiolyse épidurale. En cas d'échec se discute le recalibrage lombaire avec ou sans arthrodèse associée, selon l'existence d'une instabilité rachidienne associée.



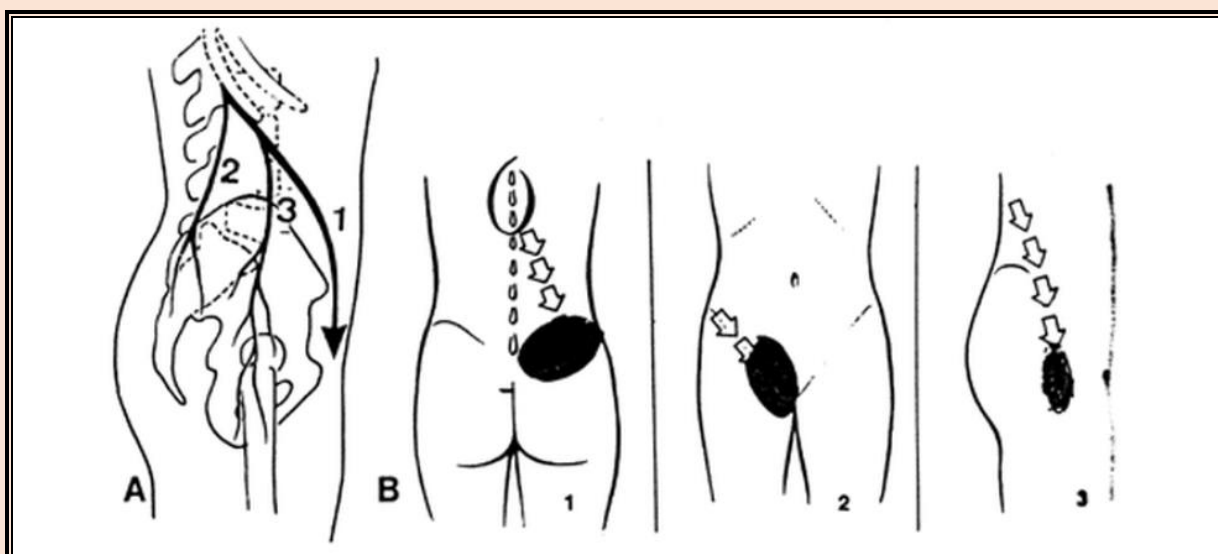
Rétrécissement du foramen L5S1 gauche susceptible de générer un conflit avec la racine nerveuse L5 gauche, cette compression pouvant induire un tableau de sciatique pouvant irradier jusqu'au Gros orteil ou un tableau de sciatique tronquée localisée à la fesse gauche.



Rétrécissement du canal lombaire en L4L5 pouvant s'exprimer par des douleurs uni ou bilatérales, aggravées par la marche et s'étendant jusqu'aux orteils ou tronquées, par exemple, à la fesse.

La douleur fessière en rapport avec un syndrome de Maigne ou syndrome de la charnière Thoracolumbaire.

Le syndrome de Maigne est un tableau douloureux unilatéral ou bilatéral. Il résulte d'une irritation ou d'une souffrance des racines nerveuses sensibles rachidiennes T12 et L1. Ces racines assurent la sensibilité de la **région fessière et de la crête iliaque (en arrière), de la région inguinale, pubienne, de la face interne de cuisse et des organes génitaux externes (en avant), et de la partie externe de la hanche (latéralement)**. L'existence d'une irritation partielle ou complète de ces branches nerveuses peut engendrer des douleurs dans une partie ou dans l'ensemble de ces territoires. Le diagnostic peut être méconnu si le patient ne présente aucune douleur rachidienne et aucun antécédent rachidien douloureux. Ce syndrome douloureux est fréquemment observé chez les patients souffrant d'une névralgie périnéale provoquée ou aggravée par la position assise. Il est favorisé par les mécanismes compensatoires développés par les patients tel que s'asseoir sur une seule fesse (en raison de leurs douleurs périnéales).



Branche antérieure (1), postérieure (2) et rameaux perforants (3) des nerfs rachidiens de T12 et de L1 pouvant donner des projections douloureuses au niveau des régions inguinale et face interne de cuisse, fessière ainsi que trochantérienne et face latérale de cuisse selon Maigne.

Le diagnostic est clinique, conforté par l'examen palpatoire qui retrouve l'existence d'une douleur unilatérale à la palpation des massifs articulaires postérieure de la charnière Thoraco-lombaire, habituellement en T12 L1, mais on peut parfois observer une prédominance de la douleur sur les niveaux adjacents T11T12 ou T12L1. Habituellement 2 niveaux voire 3 sont concernés. La palpation de la crête iliaque est souvent douloureuse. Il existe, par ailleurs, une cellulalgie iliaque ou fessière et parfois lorsque les racines antérieures sont concernées, une cellulalgie inguinale ou pubienne de façon unilatérale.

Le traitement repose sur la réalisation d'une manipulation ostéopathique ou sur la mise en œuvre d'une infiltration radio ou scanno-guidée de la charnière thoraco-lombaire, laquelle peut être réalisée en première ou en deuxième intention, après échec de la prise en charge ostéopathique. La réalisation d'un bloc test (anesthésie) des rameaux nerveux permet, par la disparition immédiate de la douleur, de confirmer le diagnostic étiologique. Lorsque la douleur récidive, il est possible de proposer une thermo-coagulation sur 2 ou 3 niveaux pour obtenir un résultat durable dans le temps (amélioration des douleurs d'au moins 50 % dans 70 % des cas avec un recul d'1 an).

Le syndrome articulaire postérieur ou syndrome facettaire de la charnière lombo-sacrée.

Présentation clinique :

L'existence d'un syndrome articulaire postérieur de la charnière lombo-sacrée peut expliquer une douleur fessière mais celle-ci est alors au deuxième plan par rapport à une douleur lombaire souvent unilatérale ou prédominant d'un côté. La douleur est favorisée par la station statique prolongée et soulagée par la marche. Habituellement, il n'existe pas de syndrome rachidien (raideur lombaire).

L'examen neurologique est normal. Le diagnostic est conforté par l'examen palpatoire qui retrouve une vive douleur en regard du massif articulaire concerné, le plus souvent L5S1 ou L4L5, la pression en regard reproduisant la douleur habituellement ressentie. Il existe souvent un rouler-cutané douloureux associé, de façon segmentaire. Le diagnostic positif est apporté par le bloc-test infiltratif.

Traitement :

L'infiltration d'anesthésiant permet de confirmer le diagnostic, l'infiltration de cortisone peut permettre d'obtenir un soulagement durable, surtout si elle est couplée à une prise en charge fonctionnelle mais une récurrence précoce de la symptomatologie douloureuse peut justifier la mise en œuvre d'une thermo-coagulation dont l'efficacité est supérieure à celle de l'infiltration (amélioration des douleurs d'au moins, dans 70 % des cas, avec un recul d'1 an).



Infiltration du massif articulaire postérieur sous contrôle scopique.

Conclusion

Outre les origines pelviennes d'une douleur fessière, il ne faudra pas oublier de rechercher, dans le bilan étiologique, une origine rachidienne. L'imagerie rachidienne permettra de confirmer une cause radiculaire, tandis que le diagnostic positif d'une origine articulaire postérieure de la charnière Thoraco-lombaire voire de la charnière lombosacrée sera apporté par l'approche infiltrative qu'il faut envisager comme un test diagnostique et thérapeutique et qui peut être suivie par une thermocoagulation.

Quelque soit le traitement proposé, l'approche rééducative complémentaire, basée sur le renforcement musculaire et l'éducation multidimensionnelle, permettra d'optimiser le résultat obtenu par les techniques infiltratives ou de thermocoagulation.