

Faculté de Médecine PITIE-SALPETRIERE

Université Paris VI

Mémoire pour l'obtention du DIU de Mésothérapie

Sous la direction de Mr le Professeur Michel PERRIGOT

Responsable de l'enseignement : Dr Denis LAURENS

Tendinopathies du piriforme de diagnostic tardif

(3 mois à 2 ans)

Intérêt de la mésothérapie.

A propos de 5 cas.

Asmaa Afarkous

Sophie Delmotte

Internes de médecine interne (Paris) et de médecine générale (Lille)

Année universitaire 2012-2013

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION
2. RAPPEL ANATOMO-CLINIQUE
3. TENDINOPATHIE DU PIRIFORME : physiothérapie, diagnostic, paraclinique, diagnostics différentiels
4. PROTOCOLE DE MESOTHERAPIE
5. METHODE
6. EXPOSE DES CAS CLINIQUES
7. DISCUSSION
8. CONCLUSION
9. BIBLIOGRAPHIE
10. RESUME

1-INTRODUCTION

Les douleurs de la région inguinale et pelvi-trochantérienne représentent une plainte fréquente et ouvrent un diagnostic différentiel très large.

L'anamnèse, un examen clinique méticuleux ainsi que des examens complémentaires adéquats permettent d'établir le diagnostic précis dont souffre le patient, qui est la condition sine qua non pour obtenir le succès thérapeutique désiré.

La tendinopathie du muscle piriforme, liée à une surcharge et à un déséquilibre pelvien, doit être traitée par un étirement et renforcement spécifique mais également par un rééquilibrage global de l'anneau pelvien. Cette entité ne doit pas être confondue avec un blocage des sacro-iliaques ou un syndrome du muscle piriforme qui est un conflit du nerf sciatique avec un muscle hypertrophique, variante anatomique de ce muscle ou en rapport avec un syndrome myofascial. Les patients signalent des sciatalgies sans douleurs lombaires et une recrudescence des douleurs lors de la mise sous tension du piriforme.

Un programme d'étirement spécifique associé à une infiltration au contact du tendon permet en général de soulager les patients, mais une ténotomie est parfois nécessaire.

L'objectif de ce mémoire est d'apporter l'intérêt de la mésothérapie dans le traitement de la tendinopathie du piriforme presque inconnue de nos généralistes.

Nous proposons une étude à partir de 5 cas, effectuée au sein de consultations de médecine de ville. Ces patients sont traités selon une approche plus spécifique de mésothérapie associée à des manœuvres ostéopathiques et à une prise en charge posturale.

Le second objectif est d'adapter le mélange en fonction du délai de prise en charge de la tendinopathie du piriforme

2- RAPPELS ANATOMO-CLINIQUES

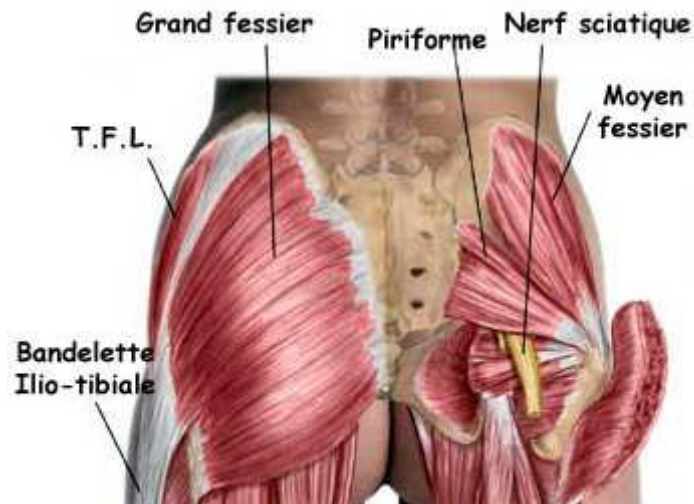


Figure 1 : Vue postérieure

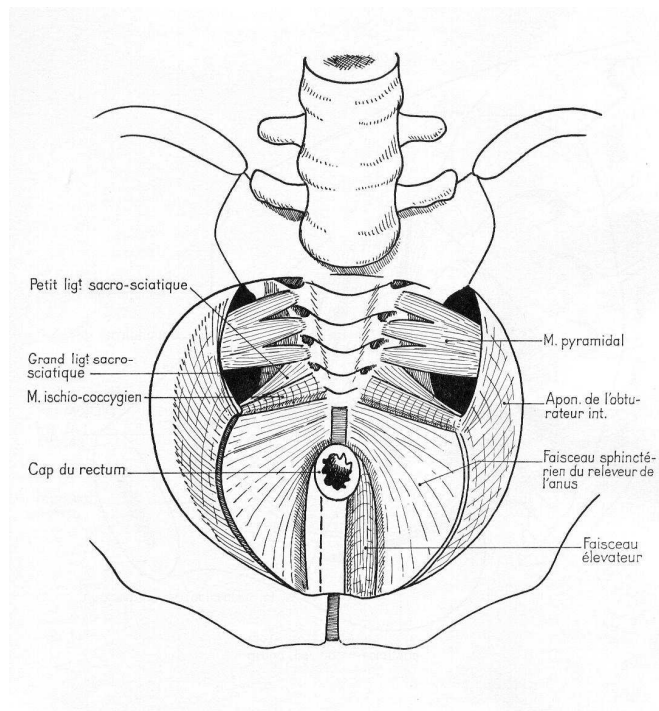


Figure 2 : Vue antérieure, d'après L.PERLEMUTER et J.WALIGORA

Le muscle piriforme appartient au groupe des muscles pelvi-trochantériens, c'est-à-dire au groupe musculaire profond de la fesse. Il se localise à la face postéro-supérieure de l'articulation coxo-fémorale.

1. Origine, trajet et terminaison : [1]

Le muscle piriforme (ex pyramidal) s'insère sur la face antérieure du sacrum autour des 1^{er}, 2^{eme}, 3^e et 4^e trous sacrés.

Aplati d'avant en arrière, il passe par la grande échancrure sciatique dont quelques fibres proviennent, s'arrondit et se rétrécit progressivement et se termine par un tendon qui se fixe sur le bord supérieur du grand trochanter, il délimite aussi 2 canaux :

- Canal sus pyramidal ou supra piriforme avec la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque et le bord supérieur de la grande échancrure sciatique.
- Canal sous pyramidal ou infra piriforme avec le jumeau supérieur.

2. Son rôle physiologique est double : [2]

Rôle de ligament actif pour l'activation sacro-iliaque en verticalisant le sacrum en position debout.

Protège les ligaments sacro ischiatiques de tout excès de tension entre forces ascendantes et descendantes.

Il est rotateur externe de hanche en extension, abducteur de hanche en flexion et faiblement extenseur.

Il est également rétroverseur du bassin et delordosant pour le rachis lombaire.

Lors de la mise en charge, il est mis en tension permanente et inflige une bascule latérale et postérieure au bassin qu'il abaisse ; réalisant alors un élément stabilisateur du complexe pelvi-fémoral.

3. Innervation :

Il est innervé par le nerf piriforme. Le nerf pénètre le muscle par sa face antérieure.

4. Vascularisation :

Il est vascularisé par les artères glutéales et sacrées.

5. Rapports :

5.1. Rapports musculaires :

Ces rapports se font en haut et en avant avec le petit fessier, en arrière avec le moyen fessier et plus superficiellement avec le grand fessier.

Et se font en bas avec les autres muscles pelvi-trochantériens :

- Les 2 jumeaux supérieur et inférieur
- Le carré crural
- Le muscle obturateur interne

5.2 Rapports aux structures nobles :

5.2.1 Le pédicule vasculo-nerveux glutéal supérieur

Ce pédicule entre dans la région fessière par le canal supra-piriforme, délimite en haut par la paroi supérieure de la grande échancrure sciatique de l'os coxal et en bas par le bord supérieur du muscle piriforme.

Il est constitué par :

- L'artère glutéale supérieure
- Les veines satellites
- Le nerf glutéal supérieur

5.2.2 Le pédicule vasculo-nerveux glutéal inférieur

Il entre dans la fesse par le canal infra-piriforme, et il est constitué par :

- Le nerf sciatique
- Le nerf glutéal inférieur
- Les 2 nerfs jumeaux supérieur et inférieur
- Le nerf cutané fémoral postérieur
- L'artère ischiatique
- L'artère honteuse, le nerf pudendal, le nerf obturateur interne, le perforant cutané et le nerf hémorroïdal.

3- TENDINOPATHIE DU PIRIFORME

Physiopathologie, diagnostic, étiologies, différentiel

1. Physiopathologie des tendinopathies

La pathologie du tendon peut concerner le tendon lui-même ou son environnement (bourse, gaine synoviale). L'atteinte des 2 étant dénommée pantendinopathie [3].

Le tendon peut être lésé au niveau de son insertion (enthésopathie), de son corps (Tendinopathie corporéale) ou à sa jonction myotendineuse.

Les tendinopathies sont d'origine diverses, nous ne discuterons ici que des tendinopathies d'origine mécanique.

Ces tendinopathies mécaniques sont générées soit par :

- Conflit ou impingement
- Hyper sollicitation (over use)
- Ou par contusion par traumatisme direct

Certains facteurs favorisants peuvent être impliqués dans l'apparition d'une tendinopathie mécanique [3].

Facteurs intrinsèques	• Troubles morphologiques et statiques • Inégalité de longueur des membres inférieurs • Déséquilibre entre tendon et muscle • Déséquilibre agoniste-antagoniste • Hyperlaxité ligamentaire • Age, sexe féminin, surpoids, condition physique • Lésion locorégionale associée
Facteurs extrinsèques	• Erreur d'entraînement • Technopathies • Matériel inadapté (chaussage) • Terrain de jeu, surface • Traumatisme • Environnement (humidité, température) • Règles de jeu inadaptées, compétition surchargées

Ces facteurs favorisants sont à rechercher et à prendre en charge, car il en va de l'efficacité du traitement de la tendinopathie par mésothérapie

2. Diagnostic

Le diagnostic de la tendinopathie du piriforme repose sur des arguments cliniques et paracliniques. La triade de Rodineau en est pathognomonique [4].

Le diagnostic positif repose sur la « triade de RODINEAU » :

- Douleur à la palpation (douleur fessière externe, tendinopathie d'insertion trochantérienne le plus fréquemment)
- Douleur à l'étirement du muscle (rotation interne de hanche)
- Douleur à la contraction contre résistance (opposition à la rotation externe de hanche)

L'absence de cette triade doit faire reconsidérer le diagnostic, et rechercher une autre étiologie rachidienne (SID...), une autre pathologie de hanche (coxo-fémorale, sacro-iliaque...), syndrome myofascial ou autre.

L'association d'une tendinopathie du piriforme à un syndrome myofascial est possible d'où l'intérêt de rechercher des trigger points (ou points gâchette) à l'examen systématique.

Habituellement, la douleur est de siège postéro-externe sans participation lombaire, exacerbée à l'effort, s'estompe au repos.

Une tendinite du muscle pyramidal et des rotateurs externes est plutôt douloureuse lors d'un effort, par exemple en rotation externe contre résistance en extension ou flexion de hanche (figure 3 A-B), aussi l'étirement du muscle en adduction et rotation interne est douloureux [5].

Certains signes rachidiens négatifs sont à rechercher : absence de raideur, pas de contracture, pas de signe de la sonnette.



Figure Tests du pyramidal

A. Le muscle pyramidal est testé en flexion de hanche de 90° et en effectuant une rotation externe active contre résistance. Si le patient ressent des douleurs dans la fesse, le test est positif et évocateur d'une tendinite du pyramidal, si le patient décrit des irradiations électriques dans le membre inférieur, il s'agit d'un syndrome du pyramidal, c'est-à-dire une compression du nerf sciatique par le muscle.

B. Ce test peut également être réalisé en extension des hanches en effectuant une rotation externe simultanée contre résistance.

(Avec autorisation de M. Wettstein).

Figure 3 A-B : test du pyramidal

3. Diagnostics différentiels

La localisation des douleurs implique des diagnostics différents en fonction du site anatomique (Figure 4).

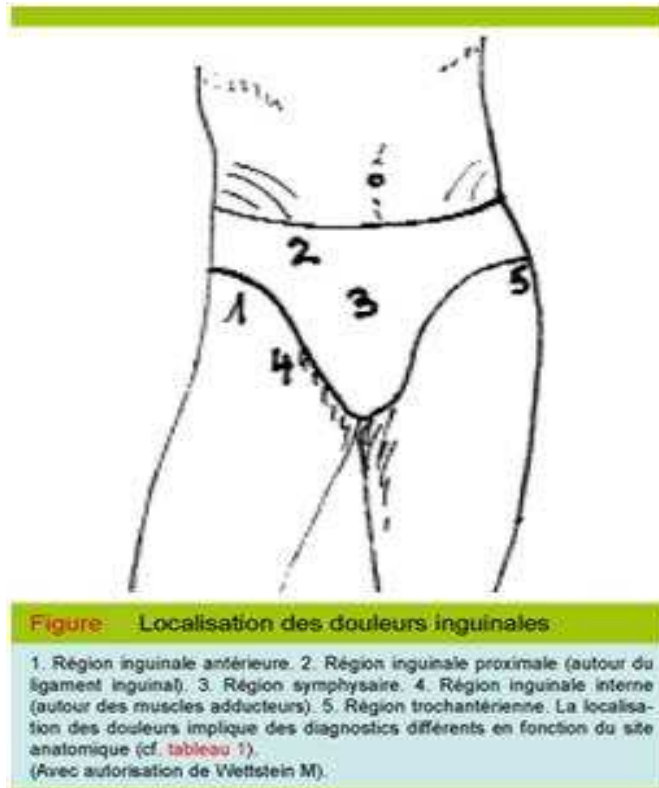


Figure 4 : Localisation des douleurs inguinales

La localisation des douleurs dans l'une des cinq régions antérieures de la hanche est déterminante pour établir un diagnostic précis et donc un traitement adapté.

Citons quelque uns des diagnostics différentiels des plus rencontrés, et qui prêtent souvent à confusion avec une tendinopathie du piriforme.

Origine rachidienne

- Discopathies L4-L5 / L5-S1: radiculalgie
 - o Signes rachidiens
 - o Lasèque+
- Origines non discales
 - o Pathologie des articulaires postérieures : Sports en hyper extension, rotation ou lancers
 - o Spondylolsthésis par lyse isthmique : Gymnastique ++
 - o Syndrome cellulo-myalgique par projection d'une dysfonction de la charnière dorsolombaire

Origine osseuse

- Fracture de fatigue du bassin
- Pathologie coxo-fémorale
- Pathologie de l'articulation sacro-iliaque
- Hanche à ressort

Origine periarticulaire

- Syndrome du piriforme
- Syndrome douloureux myofascial
- Processus expansif
- Atteinte vasculaire : artériopathie de l'artère glutéale
- Tendinite du moyen fessier
- Tendinite d'insertion des ischio-jambiers

Détaillons succinctement quelques unes de ces pathologies qui prêtent souvent à confusion avec la tendinopathie du piriforme.

1) Syndrome du piriforme

Le syndrome du muscle piriforme est une des causes mal connues de sciatalgies. Le diagnostic est difficile car les symptômes sont peu spécifiques et les moyens d'explorations peu contributifs.

2 théories se font face pour expliquer ce syndrome :

- Théorie canalaire
- Théorie des points gâchettes (2 points gâchettes ont été identifiés) [6]

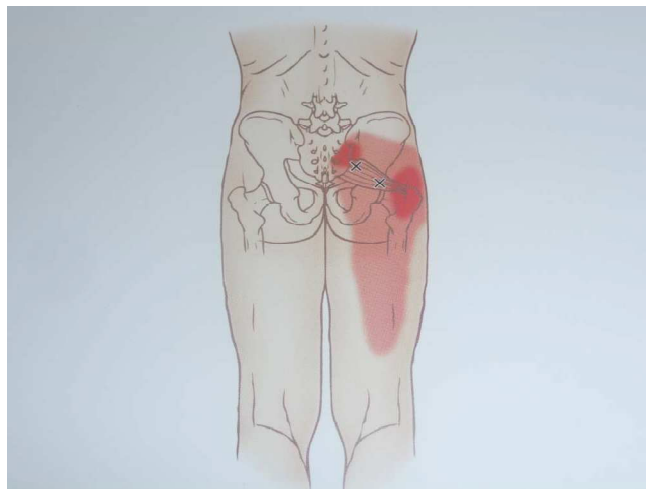


Figure 5: points gâchettes

Habituellement, il est unilatéral. Ce syndrome est évoqué devant une douleur de la fesse d'horaire mécanique, irradiant à la face postérieure de la cuisse, parfois au mollet, survenant à la marche prolongée, et exagérée aux stations assises. Son déclenchement par la manœuvre d'abduction active, évocateur lorsqu'il s'agit de sortir d'une voiture, peut constituer un signe fonctionnel d'alerte [6].

Certains signes rachidiens négatifs sont à rechercher : absence de raideur, pas de contracture, pas de signe de sonnette.

L'examen de hanche est strictement normal. Son traitement, n'est à l'heure actuelle pas codifié. Il peut consister en la compression ischémique des points gâchettes.

2) Pathologie de l'articulation sacro-iliaque

Qu'elle soit d'origine mécanique (entorse de la sacro-iliaque, blocage de la sacro-iliaque, fracture de fatigue...), infectieuse (staphylocoque, tuberculose), inflammatoires (Spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique...) la présentation diffère sur le plan clinique et l'imagerie est généralement discriminante.

Le blocage de la sacro-iliaque sera évoqué lorsque nous discuterons des protocoles ostéopathiques.

3) Pathologie coxo-fémorale

Pathologie fréquente devant être éliminée par un examen clinique soigneux et si besoin par l'imagerie. On peut imaginer une tendinopathie du piriforme par simple proximité avec l'articulation.

4) Processus expansif

Les processus expansifs doivent être diagnostiqués en raison de leur pronostic sévère, ce qui est le cas pour les sarcomes. C'est souvent l'imagerie qui fait le diagnostic.

4. Paraclinique

Si la clinique est évidente, il n'est pas nécessaire de réaliser des examens complémentaires dans un premier temps.

Les examens complémentaires qui ont leur place dans le diagnostic de tendinopathie sont : [3]

- **Radio standard**

Il est important de noter qu'il n'existe aucun parallélisme radio-clinique, ces radios ne pouvant apporter qu'un diagnostic d'élimination à type de fracture de fatigue ou périostite.

- **Echographie**

Elle peut être utile pour mettre en évidence des lésions fibreuses, mais reste très opérateur dépendant.

En cas de tendinopathie, le tendon s'épaissit et perd son aspect fibrillaire, présence éventuelle de calcifications. L'échographie peut mettre en évidence des déchirures ou des neovascularisations intratendineuses.

- **IRM**

Elle représente l'examen de référence, mais sa résolution spatiale est très inférieure par rapport à celle de l'échographie. En cas de tendinopathie le tendon voit son volume augmenter et perd son échogénicité. L'IRM reste surtout intéressante avant toute décision chirurgicale car apprécie mieux la qualité musculaire, mais ne visualise pas les calcifications.

4- PROTOCOLES DE MESOTHERAPIE :

En mésothérapie certains commandements sont à respecter :

- L'indication est-elle pertinente ?
- Où piquer et à quelle profondeur ?
- Quel mélange utiliser ?
- À quelle fréquence ?
- Quand arrêter ?
- Quel traitement associer ?

1. L'indication est-elle pertinente : [7]

Bonnes indications

- Tendinopathies
- Douleurs projetées rachidiennes
- Syndrome myofascial
- Fractures de fatigue

Indications relatives

- coxarthrose
- entorse Sacro-iliaque
- syndrome du piriforme

Non indications (phase initiale)

- Conflit antérieur de hanche
- Arrachements apophysaires

2. Où piquer :

Technique mixte superficielle (IDS ou IED) pour libérer les contractures des structures avoisinantes puis technique profonde (IDP ou DHD) suivant la palpation et les points rapportés par le patient.

3. Quel mélange utiliser :

En pratique courante, nous utilisons [7] :

- A visée antalgique : Lidocaïne + AINS (piroxicam par exemple)
- Douleur de l'enthèse : Lidocaïne + AINS + calcitonine
- Douleur de la jonction myotendineuse : Lidocaïne + AINS + décontracturant musculaire (Thiocolchicoside par exemple)
- Douleur et œdème : Lidocaïne + étamsylate (drainant)
- Visée trophique : Procaïne + vitamines + calcitonine (os)

-Visée cicatrisante, défibrosante : procaïne + vitamines C et E

-Visée recalcifiante : calcitonine + vitamine D

Dans les tendinopathies du bassin, il est conseillé d'utiliser [4] :

- Tendinopathie d'insertion : **Tendon** : anesthésique + AINS ou étamsylate + calcitonine (IDP) et au niveau du **corps musculaire** : anesthésique + myorelaxant (IED)
- Tendinopathie du corps : anesthésique + AINS +étamsylate (IDP) et anesthésique + myorelaxant (IDS ou IED)

Dans notre mémoire, nous avons

- **avant ostéopathie** de correction de la sacro-iliaque: 2 mélanges selon le rythme de la douleur

- IDP : Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicoside
+ IDS: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)
ou
- IDP : Lidocaïne + Thiocolchicoside + complexes polyvitaminés (Cernevit®)
(blocage chronique) + IDS: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)

- **après Ostéopathie:**

- IDP : Lidocaïne + Silicium (Conjonctyl®) +Vitamine C+ Vitamine E
+ IDS : Thiocolchicoside + Magnésium (1cc de chaque)

4. A quelle fréquence :

En fonction de l'ancienneté des lésions, soit :

Une séance à une semaine d'intervalle si douleur aigue (J1-J8-J15 ou J21 selon les premiers résultats et éventuellement J30, dans les tendinopathies du bassin), ou tous les 20 jours si lésion chronique.

5. Quand arrêter :

Si guérison du patient, ou si échec du traitement par mésothérapie, dans ce cas il est judicieux de reconsidérer le traitement. Continuer le traitement avec des séances espacées si amélioration de la symptomatologie mais pas en totalité, après les 3 premières séances.

Les critères de guérison sont :

-absence de raideur matinale et de douleurs

- Palpation indolore
- Tension passive et active indolore
- Etirements indolores

6. Quel traitement associer :

Le diagnostic doit donc être précis pour que les traitements hors mésothérapie soient adaptés et les limites de la mésothérapie respectées.

Parmi ces traitements on retrouve les antalgiques et AINS per os, l'ostéopathie, la podo-posturologie, la rééducation, le réapprentissage du geste sportif, infiltration de corticoïdes voire chirurgie.

Les moyens : [3]

Repos prolonge mais relatif

Antalgiques et AINS per os

Physiothérapie :

- Ultrasons
- Ondes de choc extracorporelles, initialement utilisées dans les calcifications tendineuses, les ondes de choc sont maintenant utilisées dans le traitement des tendinopathies mécaniques, surtout en milieu sportif. A action antalgique, elles stimulent le processus de réparation, elles diminueraient la production de métalloprotéines et d'IL6 en faveur de l'IL1.

Rééducation: basée sur les techniques d'étirement et d'exercices en course excentrique.



Figure 6: étirement du muscle piriforme

Injections locales:

- Mésothérapie
- Infiltrations de corticoïdes a raison de 2 ou 3 injections maximum à 1 semaine d'intervalle en évitant les injections intratendineuses et les glucocorticoïdes retard et fluores, aussi en imposant 6 semaines de repos après ce traitement. L'absence d'amélioration après une injection rend les prochaines inefficaces.

Ostéopathie : [8]

La sacro-iliaque bloquée est une entité jusque là peu connue, à laquelle nous nous intéressons dans ce mémoire.

Le diagnostic est fondé sur un certain nombre de signes qui varient sensiblement selon les écoles et les auteurs. On peut néanmoins décrire trois types de signes :

- Une modification des "repères osseux" Le test de Piédallu est sans doute le plus net de tous.

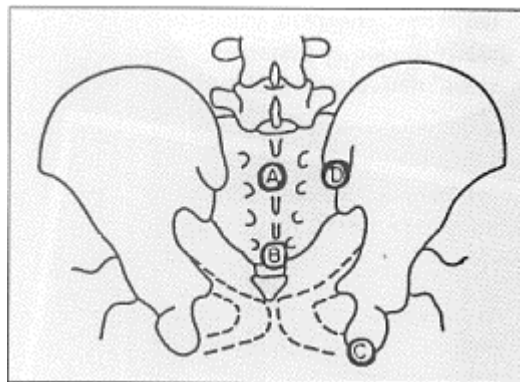


Figure 7 : Les points repères

A : 2^{ème} tubercule sacré, B : 5^{ème} tubercule sacré (le plus haut), C : Ischion, D : Epine iliaque postérieure et supérieure

La manœuvre de Piédallu retrouve une ascension de l'épine iliaque postéro supérieure. Le patient est assis sur un plan dur, l'opérateur place ses pouces de façon symétrique au contact des épines iliaques postéro supérieures et retrouve une ascension de l'épine du côté de la sacro-iliaque bloquée, lors de l'antéflexion du tronc.

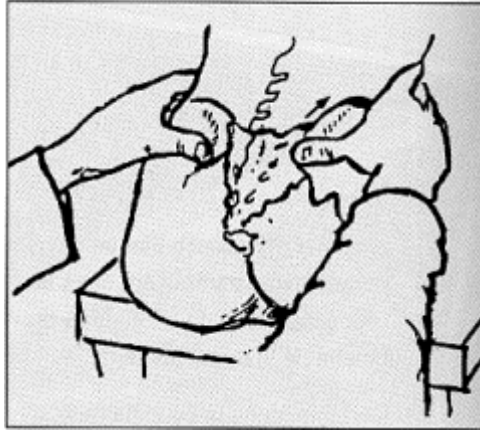


Figure 8 : Manœuvre de P. Piédallu

- Une diminution de la mobilité sacro-iliaque appréciée par la palpation
- Une perturbation réflexe dans les tissus environnants l'articulation sacro-iliaque et certaines "tensions" musculaires à distance.

Chirurgie :

Dernier recours après échec du traitement médical bien conduit et suffisamment prolongé.

5- METHODE

Analyse rétrospective de 5 cas cliniques présentant une lombalgie ou une douleur fessière externe persistante, depuis plus de 3 mois, dans un cabinet de médecine de mésothérapie, posturologie, micro-nutrition du Nord.

Manœuvre de Piédallu retrouvant une ascension de l'épine iliaque postéro supérieure. Le patient est assis sur un plan dur, l'opérateur place ses pouces de façon symétrique au contact des épines iliaques postéro supérieures et retrouve une ascension de l'épine du côté de la sacro-iliaque bloquée, lors de l'antéflexion du tronc.

L'examen clinique doit retrouver une douleur à la mise en tension de la hanche en rotation interne ; à l'opposition à la rotation externe de la hanche. Devant l'absence de triade douloureuse de Rodineau il convient alors de vérifier si la hanche, le rachis et la sacro iliaque sont libres ; rechercher un syndrome myofascial.

Le traitement consistait en une séance de mésothérapie à J0, puis d'une correction de la sacro iliaque en ostéopathie, et d'une réévaluation de la douleur avec nouvelle séance de mésothérapie à J8, J15, J30 et J45 selon les patients)

Protocole de mésothérapie :

- Matériel : Gants à usage unique, aiguilles 0,3 x 13 mm pour les Intra Dermiques Profondes (IDP) et 0,3 x 4 mm pour les Intra Dermiques Superficielles (IDS), seringues stériles avec piston, coton et Biseptine® pour désinfection.
- Technique mixte : en IDP sur les points douloureux et IDS pour libérer les contractures de voisinage. Deux temps de désinfection à la Biseptine® : après mise en place du patient et avant de piquer (temps de la préparation des mélanges).
- Produits utilisés :
 - o avant ostéopathie de correction de la sacro-iliaque: 2 mélanges selon le rythme de la douleur
 - IDP : Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicoside
 - + IDS: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)
 - ou
 - IDP : Lidocaïne + Thiocolchicoside + complexes polyvitaminés (Cernevit®) (blocage chronique) + IDS: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)
 - o après ostéopathie correction de la sacro-iliaque :
 - IDP : Lidocaïne + Silicium (Conjonctyl®) + Vitamine C+ Vitamine E
 - + IDS : Thiocolchicoside + Magnésium (1cc de chaque)

6- EXPOSE DES CAS CLINIQUES

1. Stéphanie 41 ans

Janvier 2012, Lombalgie aigue avec douleurs nocturnes associée à une contracture du quadriceps gauche, EVA 8/10, dans le cadre de lombalgies chroniques évoluant depuis 2 ans.

Examen : SID lombaire + piriforme

- triade du piriforme +, trigger point fesse Gauche
- SID D12-L1 ; L4-L5
- Posturologie : Jambe droite courte clinique
- Piédallu + à Gauche à l'examen systématique

Mésothérapie :

J0 : IDP : Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicoside

+ IDS rachis lombaire, fesse gauche, quadriceps gauche: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)

Ostéopathie de correction

Réévaluation à J15 (n'a pas pu venir à J8) : nette diminution de la douleur mais persistance d'un fond douloureux, EVA 3/10

Nouvelle séance : IDP : Lidocaïne + Silicium (Conjonctyl®) + Vitamine C+ Vitamine E
+ IDS : Thiocolchicoside + Magnésium (1cc de chaque)

Correction d'un trouble postural par semelle orthopédique proprioceptive

J30 Plus de douleur EVA 0/10, IDS seule Thiocolchicoside + Magnésium rachis lombaire, fesse gauche

Revue en consultation en décembre 2012 : plus de douleur mais persistance d'une limitation active et passive de la hanche gauche malgré une normalisation de la manœuvre de Piédallu et d'une correction efficace par semelles orthopédiques proprioceptives.

Radiographie du bassin retrouvant une bascule du bassin de 11 mm vers la droite, sans lésion ostéo-articulaire significative.

Un interrogatoire approfondi retrouve une chute sur les fesses en 2009

2. Jean-Pierre 63ans

Consulte fin octobre 2012 pour une "sciatique tronquée gauche" depuis début aout 2012. La douleur disparaît lors de l'échauffement. Douleur au repos et nocturnes.
EVA 6/10

Examen :

- Triade du piriforme + à gauche
- Trigger zone de la fesse gauche + point de crête de l'épine iliaque postéro supérieure
- Piédallu + à Gauche à l'examen systématique
- Posturologie : jambe droite courte clinique

Mésothérapie

J0 : IDP : Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicoside

+ IDS du grand trochanter gauche au sacrum: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)

Ostéopathie de correction

J8: diminution de la douleur mais persistance d'un fond douloureux EVA 3/10

Nouvelle séance : IDP : Lidocaïne + Silicium (Conjonctyl®) + Vitamine C+ Vitamine E
+ IDS du grand trochanter gauche au sacrum: Thiocolchicoside + Magnésium (1cc de chaque)

Correction d'un trouble postural par semelle orthopédique proprioceptive

J15 : Plus de douleur EVA 0/10, IDS seule Thiocolchicoside + Magnésium du grand trochanter gauche au sacrum.

Absence de récurrence douloureuse

L'interrogatoire approfondi retrouve une chute sur les fesses 2 ans auparavant.

3. Annie 52 ans

Consulte en novembre 2011 pour une tendinopathie du moyen fessier droit, l'examen retrouvait un SID L3-L5 et une triade + du moyen fessier.

Mésothérapie par Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicoside (1cc chaque)

Reconsulte tardivement en janvier 2012 (éloignement géographique) suite à la persistance des douleurs EVA 4/10.

Examen :

- Triade du piriforme + à droite
- 3 Trigger points fesse droite
- Piédallu + à Droite à l'examen systématique

Mésothérapie

J0 : 3 points fessiers IDP : Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicoside

+ IDS du grand trochanter droit au sacrum, fesse droite: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)

Ostéopathie de correction

Réévaluation le 18 avril 2012 (éloignement géographique + chirurgie intermédiaire d'un hallux valgus gauche) : persistance des douleurs EVA 4/10

Nouvelle séance de mésothérapie: 3 points fessiers IDP : Lidocaïne + Silicium (Conjonctyl®) + Vitamine C+ Vitamine E

+ IDS : Thiocolchicoside + Magnésium (1cc de chaque)

Le 05 mai 2012 : Plus de douleur EVA 0/10 mais nouvelle séance vu la chronicité des troubles et la difficulté de la compliance au traitement

IDP : Lidocaïne + Silicium (Conjonctyl®) + Vitamine C+ Vitamine E

+ IDS : Thiocolchicoside + Magnésium (1cc de chaque)

Réévaluation le 06 juin 2012 : pas de douleur du piriforme

Suite à la persistance de lombalgies des radiographies du bassin retrouvent une bascule pelvienne gauche de 10 mm, les radiographies du rachis lombaire retrouvent une anomalie transitionnelle de la jonction lombo-sacrée par lombalisation de S1 ; incurvation scoliotique centrée sur L3 ; arthrose inter apophysaire L4-L5, L5-S1 bilatérale avec discopathie étagée.

4. Guillemette 59 ans

Le 11 juillet 2012 consulte pour lombalgie aigue droite à irradiation fessière depuis 15 jours EVA 7/10, dans le cadre de lombalgies chroniques évoluant depuis 2 ans. Les douleurs sont diminuées par la marche

Examen :

- Triade du piriforme + à droite
- 3 Trigger points fesse droite
- Piédallu + à Droite à l'examen systématique

Mésothérapie :

J0 : IDP : Lidocaïne + Thiocolchicoside + complexes polyvitaminés (Cernevit®)
+ IDS rachis lombaire, fesse droite: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)

Ostéopathie de correction.

Réévaluation à J30 (car vacances du médecin et de la patiente) : diminution de la douleur mais persistance d'un fond douloureux EVA 3/10

Nouvelle séance : IDP : Lidocaïne + Silicium (Conjonctyl®) + Vitamine C+ Vitamine E
+ IDS : Thiocolchicoside + Magnésium (1cc de chaque)

J45 Plus de douleur (EVA 0/10), pas de mésothérapie.

Lors de l'examen du dossier, il sera remarqué que le 26 octobre 2011 (soit 8 mois ½ auparavant) une échographie abdominale avait été réalisée pour des douleurs de l'hypochondre et du flanc droit et était considérée comme normale (vésicule biliaire alithiasique, retrouvant un polype pariétal non mobilisable sans valeur pathologique). Il s'agit probablement de douleurs projetées.

L'interrogatoire retrouve à posteriori une chute dans les escaliers il y a 3 ans.

5. Brigitte 60 ans

Douleur du flanc droit évoluant depuis plus de 2 ans sans souvenir de chute. La douleur a été explorée par le médecin traitant.

- Biologie retrouvant des perturbations du bilan hépatique ayant conduit à réaliser le 23/02/2012 une échographie abdominale considérée comme normale.
- Des radiographies du rachis dorsolombaire (face, profil, oblique) et bassin de face (03/03/2012) retrouvant des troubles de la statique du rachis thoracique bas à convexité droite sans torsion vertébrale et donc sans scoliose vraie ; une discrète lombarthrose pluri étagée ; une absence de bascule pelvienne.
- Un scanner abdomino-pelvien (22/03/2012) recherchant une lithiase urinaire droite et étant retrouvé sans particularité pathologique.

Elle consulte spontanément le 26/03/2012 en mésothérapie, avec ses résultats pour une lombalgie basse droite ainsi que du flanc droit qui est donc non étiquetée, l'EVA retrouvée est à 4/10

Examen :

- La recherche d'un blocage de la sacro iliaque est positive avec une manœuvre de Piédallu qui est positive à droite.
- La triade douloureuse est alors recherchée et retrouvée pour le piriforme, le moyen fessier est indemne.

Mésothérapie

J0 : IDP sur 3 points fessiers droits : Lidocaïne + Thiocolchicoside + complexes polyvitaminés (Cernevité®)

+ IDS rachis lombaire droit, fesse droite: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)

Ostéopathie de correction le 29/03/2012

Réévaluation vers J10 (06/04 disponibilité de la patiente) : diminution de la douleur mais persistance d'un fond douloureux EVA 2/10

Nouvelle séance : IDP : Lidocaïne + Silicium (Conjonctyl®) + Vitamine C+ Vitamine E
+ IDS : Thiocolchicoside + Magnésium (1cc de chaque)

J30 : Absence de douleur EVA 0/10, pas de mésothérapie.

7- DISCUSSION

On peut se questionner sur l'existence d'un lien entre la tendinopathie du piriforme et un blocage de la sacro iliaque qui était présent chez tous les patients de notre étude. Rappelons que le piriforme s'insère sur la face antérieure du sacrum et que l'articulation sacro-iliaque est constituée du sacrum et des os iliaques. Un déséquilibre articulaire met en tension les muscles et tendons qui s'y insèrent et entraînent des douleurs.

En médecine certains diagnostics sont faciles car considérés comme courants et bien enseignés à la faculté. D'autres sont plus difficiles mais tout à fait abordables à condition d'avoir été formé en appareil locomoteur. On peut noter pour exemple les examens complémentaires qui ont été prescrits initialement, pour Guillemette et Brigitte et leur douleur d'irradiation du flanc droit associée à leur lombalgie.

Dans 4 des 5 cas cliniques, des points gâchettes sont retrouvés notamment celui du syndrome myofascial piriforme se localisant au milieu de la fesse. On peut se demander si dans les cas de Jean-Pierre et Guillemette un syndrome myofascial du piriforme n'est pas associé, mais la description de la position précise des points gâchettes ne permet pas de l'affirmer.

Ensuite on remarque l'efficacité du traitement par mésothérapie dans tous les cas décrits, avec une réduction objective de la douleur grâce à l'échelle visuelle analogique (EVA). Avant mésothérapie l'EVA moyenne était à 5,8/10 ; après une séance l'EVA moyenne était à 3/10 soit une diminution de 48% de la douleur.

Les mélanges utilisés sont adaptés à la douleur [9] avec un mélange plus antalgique à la première consultation (anesthésique, anti-inflammatoire, myorelaxant) afin de soulager et permettre une ostéopathie indolore. Le mélange est ensuite adapté avec un mélange défibrosant (silicium, vitamine C et E) au vu des contextes chroniques, comme préconisé par la société française de mésothérapie. A la phase chronique, la Lidocaïne aurait pu être remplacée par de la procaine.

Les douleurs à début ancien (2 ans, Brigitte et Guillemette) ont entraîné un mélange mixte antalgique-défibrosant à la première séance. Dans ce contexte il aurait aussi pu être adapté à Stéphanie qui présentait également des lombalgies chroniques depuis 2 ans.

Le rythme des séances a été globalement respecté (selon la disponibilité du médecin et des patients) ce qui participe à l'efficacité du traitement.

On met en évidence que la mésothérapie a un effet antalgique mais ici elle est associée à une prise en charge pluridisciplinaire. Le déséquilibre du bassin est traité par

ostéopathie complémentaire, la jambe courte par podo-posturologie. Notre traitement n'aurait certainement pas été aussi efficace à long terme sans la prise en charge multidisciplinaire.

Il aurait été utile d'avoir une description de l'examen clinique après ostéopathie, avant la séance de mésothérapie. Persistait-il une triade douloureuse de la tendinopathie du piriforme après l'ostéopathie ou seulement une contracture du rachis, de la fesse.

Comparaison à la littérature scientifique

La seule étude sur l'efficacité de la mésothérapie en rapport approximatif avec notre sujet est un mémoire de D.I.U. de Paris sur le syndrome piriforme [10]. Elle évaluait la douleur sur dix patients présentant une sciatalgie avec ou sans radiculaire évoluant depuis un mois à un an avant et après mésothérapie. Les mélanges étaient :

- En IDP sur les points douloureux : Lidocaïne 1% (2cc) + Piroxicam (1cc) + Calcitonine (1cc)
- En IDS ou IED sur les contractures de voisinage: Lidocaïne 1% (2cc) + Piroxicam (1cc) + Thiocolchicoside (2cc)
- à J1 J8 J15

Leurs résultats montrent une évaluation de la douleur par l'échelle visuelle analogique (EVA) qui diminue presque de moitié après une séance (6,3→3,8 sur 10), et est divisée par trois au terme de deux séances (6,3→2,1 sur 10).

Leur mélange pour l'IDP était adapté à l'enthésopathie. Dans notre étude il est aussi adapté [10] surtout dans le cadre de tableaux cliniques complexes et il est plus prolongé du fait du caractère chronique des troubles. Dans les deux cas les mélanges sont efficaces.

Un article de la revue de médecine physique et réadaptation de 2009 [11] avait pour objectif de mieux définir le traitement de la pathologie fonctionnelle du muscle piriforme. Il retrouvait que les infiltrations de corticoïdes sous contrôle tomodensitométrie et une rééducation spécifique permettait une diminution de la contracture et de la douleur musculaire dans le programme de réentraînement à l'effort du lombalgie. La mésothérapie n'a pas été évoquée dans l'article.

8- CONCLUSION

Notre étude rétrospective ne permet pas une analyse exhaustive.

La mésothérapie en technique mixte IDP et IDS est efficace dans le traitement des tendinopathies du piriforme même de diagnostic tardif, en association avec l'ostéopathie de correction de la sacro-iliaque.

Il est nécessaire d'adapter le mélange en fonction de la durée d'évolution des douleurs et entre la première séance et les suivantes.

La mésothérapie est une bonne alternative dans les pathologies myotendineuses du bassin, des lombalgies persistantes, lorsque les douleurs persistent malgré un traitement antalgique et anti-inflammatoire oral adapté.

9- BIBLIOGRAPHIE

- [1]. ROUVIÈRE H., DELMAS A. - Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Les membres. Masson. 2000. 3 : 412-420.
- [2]. VESSELLE B., SEIGNERT AK., MOREL N. – Le syndrome du muscle piriforme. Pôle M.P.R. du CHU de REIMS. Reims. 2005. 11.
- [3]. Dr Hard, EMC. Tendinopathies. Volume 7, n° 2, avril 2012.
- [4]. Tendinopathies du bassin, Dr BORG, DIU Mésothérapie, Faculté de la Pitié Salpêtrière, 27 mars 2013
- [5]. WETTSTEIN M et col. Douleurs inguinales chez le sportif. Revue médicale, n° 3120, médecine de sport. Suisse.
- [6]. Le syndrome myofascial, Dr MILJKOVIC, DIU Mésothérapie, Faculté de la Pitié Salpêtrière, 24 octobre 2012
- [7]. Dr RODINEAU. Pathologies douloureuses dégénératives microtraumatiques fonctionnelles de la hanche et mésothérapie.
- [8]. Revue Med Orthop 1994;36:19-24
- [9]. Mésothérapie et bassin, Dr TAFFIN, DIU Mésothérapie, Faculté de la Pitié Salpêtrière, 27 mars 2013
- [10]. Place de la mésothérapie dans le traitement du syndrome du piriforme
Mémoire de mésothérapie Paris VI 2009-2010 ; PHAM-TRAN H., TAIFOR F., MALHEIRO da SILVA J.
- [11]. Lett. Méd. Phys. Réadapt. (2009) 25 ; 158-161

Tendinopathies du piriforme de diagnostic tardif (3 mois à 2 ans). Intérêt de la mésothérapie. A propos de 5 cas.

Introduction : Les douleurs de la région inguinale et pelvi-trochantérienne représentent une plainte fréquente et ouvrent un diagnostic différentiel très large. Notre objectif est d'apporter l'intérêt de la mésothérapie dans le traitement de la tendinopathie du piriforme, ainsi que l'importance d'adapter le mélange en fonction du délai de prise en charge. Ces patients sont traités selon une approche plus spécifique de mésothérapie associée à des manœuvres ostéopathiques et à une prise en charge posturale.

Méthode : Analyse rétrospective de 5 cas cliniques, âgés de 41 à 63 ans, présentant une lombalgie ou une douleur fessière externe persistante, depuis plus de 3 mois, dans un cabinet de médecine de mésothérapie, posturologie, du Nord. Manœuvre de Piédallu retrouvant une ascension de l'épine iliaque postéro supérieure. L'examen clinique doit retrouver une douleur à la mise en tension de la hanche en rotation interne ; à l'opposition à la rotation externe de la hanche.

Le traitement consistait en une séance de mésothérapie à J0, puis d'une correction de la sacro iliaque en ostéopathie, semelle orthopédique proprioceptive, et d'une réévaluation de la douleur avec nouvelle séance de mésothérapie à J8, J15, J30 et J45 selon les patients. La mésothérapie a été effectuée selon la technique mixte, en IDP sur les points douloureux et IDS pour libérer les contractures de voisinage.

Les produits utilisés étaient

- o avant ostéopathie de correction de la sacro-iliaque: 2 mélanges selon le rythme de la douleur
 - IDP : Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicoside
 - + IDS: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)
 - ou
 - IDP : Lidocaïne + Thiocolchicoside + complexes polyvitaminés (Cernevité®) (blocage chronique) + IDS: Magnésium + Thiocolchicoside (1cc de chaque)
- o après ostéopathie correction de la sacro-iliaque :
 - IDP : Lidocaïne + Silicium (Conjonctyl®) + Vitamine C + Vitamine E
 - + IDS : Thiocolchicoside + Magnésium (1cc de chaque)

Discussion : On peut se questionner sur l'existence d'un lien entre la tendinopathie du piriforme et un blocage de la sacro iliaque vu leurs rapports étroits. On objective une réduction de la douleur grâce à l'échelle visuelle analogique (EVA). Avant mésothérapie

l'EVA moyenne était à 5,8/10 ; après une séance l'EVA moyenne était à 3/10 soit une diminution de 48% de la douleur. Les mélanges utilisés sont adaptés à la douleur avec un mélange plus antalgique à la première consultation afin de soulager et permettre une ostéopathie indolore. Le mélange est ensuite adapté avec un mélange défibrosant au vu des contextes chroniques. La comparaison de nos résultats est en adéquation avec des résultats obtenus dans un mémoire de D.I.U. de mésothérapie sur le syndrome piriforme avec une EVA divisée par trois au terme de deux séances.

Conclusion : La mésothérapie en technique mixte IDP et IDS est efficace dans le traitement des tendinopathies du piriforme même de diagnostic tardif, en association avec l'ostéopathie de correction de la sacro-iliaque. Il est nécessaire d'adapter le mélange en fonction de la durée d'évolution des douleurs et entre la première séance et les suivantes.