

Quelques étiologies alternatives à évoquer

La sciatique extrarachidienne

Fleur Baumann Benvenuti, médecin diplômée; Prof. Dr méd. Federico Balagué

Clinique de Rhumatologie, Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg



La sciatique est une irritation du nerf qui est généralement d'origine discale ou intrarachidienne. La sciatique extrarachidienne est un diagnostic rare, à évoquer devant toute sciatique sans origine intrarachidienne claire à l'imagerie.

Introduction

Parmi les patients qui souffrent de maux de dos un pourcentage considérable décrit des douleurs irradiant vers les membres inférieurs. Lorsque les douleurs ont un caractère neuropathique, on utilise volontiers le terme de «sciatique» dans le langage courant [1, 2].

Il n'existe pas de définition de la «sciatique» unanimement acceptée, mais on peut la décrire comme suit: il s'agit d'une douleur le long du trajet de ce nerf, avec des signes irritatifs (Lasègue ou Lasègue controlatéral positif) et/ou déficitaires à l'examen clinique. La lésion ou l'irritation responsable de cette symptomatologie peut se trouver n'importe où le long du trajet de ce nerf. Le terme de «sciatique» devrait être réservé aux cas où il y a une véritable lésion ou irritation du nerf. Par ailleurs le terme de «radiculopathie» ou de «syndrome radiculaire» est plus adéquat. Pour des douleurs imitant le trajet du nerf sciatique, le terme de «sciatalgies» serait plus adéquat.

Lorsqu'on parle de sciatique, on évoque de prime abord une origine discale, voire une autre origine intrarachidienne, qui sont les causes les plus fréquentes à rechercher en premier lieu. Si la cause n'est tout de même pas évidente, il convient de chercher une atteinte plus distale du nerf, l'anamnèse et l'examen clinique pouvant orienter vers un diagnostic alternatif, l'électroneuromyographie (ENMG) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) étant les examens paracliniques les plus utiles. Le but de cette revue est de décrire les causes moins fréquentes, en insistant sur les pathologies les plus décrites et occasionnellement rencontrées en pratique clinique. Nous n'aborderons pas le sujet des sciatalgies ou des radiculopathies intrarachidiennes.

Il est difficile d'établir la fréquence des sciatiques non discalaires, les étiologies étant multiples, variables et d'incidence rare. Ceci explique l'absence de données épidémiologiques précises qui chiffreraient l'incidence

et prévalence des sciatiques extrarachidiennes. Il y a toutefois quelques séries de cas publiées: selon une table ronde de la société française de neurochirurgie de 1978, on estimait leur fréquence d'environ 5% [3]. Un chiffre de 5,7% a été publié dans une étude portant sur 209 patients [4]. Une revue rétrospective de 61 patients de 2008, estimait leur fréquence d'environ 15% [5]. Ces sciatiques non discalaires sont représentées majoritairement par les origines intrarachidiennes non discalaires le plus souvent d'origine dégénératives ou les lésions extrarachidiennes comprenant n'importe quelle structure ou lésion venant au contact des nerfs spinaux, du plexus lombosacré ou du nerf sciatique. Ces atteintes extrarachidiennes sont donc un sous-groupe des sciatiques non discalaires, encore plus rares, néanmoins il faut les rechercher en cas d'absence d'explication de la symptomatologie et donc de mauvaise corrélation radioclinique face à l'imagerie rachidienne.

Une expérience personnelle

Récemment, notre centre a pris en charge un patient avec une étiologie très rare. Ce patient de 64 ans présentait un syndrome radiculaire (donc une sciatique) de topographie L5 classique avec une douleur irradiante depuis la région fessière postérieurement jusque sur le dos du pied associée à une diminution de la sensibilité de la face latérale de la jambe et une parésie rapidement évolutive intéressant les fléchisseurs et extenseurs du pied et des orteils, d'installation rapide, répondant initialement à une corticothérapie prescrite aux urgences, néanmoins récidivant à son arrêt. Le réflexe achilléen était absent. Le Lasègue et le signe de Bragard étaient positifs à droite. Deux IRM du rachis lombaire, puis une foraminotomie exploratrice n'ont pas permis de déceler la cause. L'ENMG oriente vers une neuropathie axonale de L5 et dans une moindre mesure de S1. Le tracé évoque au neurologue soit une origine compressive, soit une vasculite des vasa nervorum et pour finir, en



Fleur Baumann Benvenuti

reprenant l'anamnèse, on notait un asthme nouveau et le bilan complémentaire révélait entre autre une hyperéosinophilie évoquant une granulomatose éosinophilique avec polyangéite (Churg-Strauss), diagnostic ensuite confirmé par le bilan complémentaire, avec donc une atteinte neurologique sous forme d'une radiculopathie L5 et S1.

A la faveur de ce cas vécu nous avons décidé de revoir la littérature pour essayer de dégager quelques informations utiles aux cliniciens.

Bref rappel anatomique

Le nerf sciatique prend son origine au niveau du plexus sacré; il forme le tronc lombosacré à partir du rameau ventral du 5^e nerf lombaire, une partie du 4^e nerf lombaire et les rameaux ventraux des trois premiers nerfs sacrés. Ce tronc lombosacré descend le long du bord médial du psoas, passe par l'anneau pelvien pour rejoindre le premier nerf sacré et former ainsi le nerf sciatique (L4–S3). Le nerf sciatique est le plus long et le plus épais des nerfs humains. Il passe sous le muscle pyramidal (ou pyramidal), par le foramen ischiatique, entre le grand trochanter et la tubérosité ischiatique, puis sur la face postérieure de la cuisse où il se divise en nerf tibial et nerf péronier commun. Il est responsable des mouvements de flexion de la jambe et de flexion et extension

du pied et de la sensibilité de la partie postérieure et latérale de la jambe et de l'ensemble du pied.

Liste des étiologies – aussi longue que le nerf

Il y a de nombreuses possibilités théoriques de compression ou irritation tout au long du trajet anatomique de ces structures nerveuses, mais anatomiquement certaines localisations sont nettement plus fréquentes et accompagnées d'une clinique différente (tab. 1).

Si la lésion touche le nerf spinal, donc à la sortie du foramen intervertébral, cette dernière sera visible sur l'imagerie rachidienne. L'examen clinique permet parfois, comme dans le cas d'une sciatique intrarachidienne, de mieux déterminer la racine nerveuse touchée lorsqu'il y a un syndrome déficitaire sensitif ou moteur.

Au-delà, l'atteinte du plexus lombosacré ou du nerf sciatique (composés de racines allant de L4 à S3), voire d'une branche peut se traduire par une clinique plus diffuse. En effet, la complexité et l'origine pluriradiculaire du nerf sciatique peuvent clairement expliquer une atteinte de topographie pluriradiculaire qu'elle soit sensitive ou motrice.

L'étiologie de la lésion du nerf sciatique ou du plexus peut être extrêmement variable [6]. Citons les tumeurs

Table 1: Signes cliniques et étiologies en fonction du niveau d'atteinte (liste non exhaustive) [5, 6, 15].

Lieu de compression	Éléments cliniques à rechercher	Étiologies les plus fréquentes à évoquer
Nerf spinal	Lombalgies avec syndrome monoradiculaire. Signes de sciatique classique avec signes irritatifs (Lasègue/Lasègue controlatéral positifs), déficit réflexe, sensitif et/ou moteur monoradiculaire.	Lésions arthrosiques (ostéophytes), spondylolisthésis, sténoses foraminales, kystes synoviaux facettaires.
Plexus lombosacré	Syndrome pluriradiculaire plus diffus sans lombalgies avec signes irritatifs et atteinte neurologique pluriradiculaire. Histoire de traumatisme, anticoagulation, symptômes systémiques, histoire gynécologique.	Traumatismes (fractures du bassin, hématomes du psoas), abcès, grossesse, endométriose, syndrome de congestion pelvienne, cancer pelvien, radiothérapie, tumeurs neurogéniques intrinsèques.
A la hauteur du muscle pyramidal (nerf sciatique)	Pygalgies, aggravation des sciatalgies en position assise, douleur à la palpation en regard de la grande échancrure sciatique, augmentation de la douleur lors de la mise sous tension du pyramidal.	Syndrome du muscle pyramidal. Syndrome du porte-feuille (compression extracorporelle).
A la hauteur de la hanche (nerf sciatique)	Syndrome pluriradiculaire sans lombalgies avec signes irritatifs et atteinte neurologique pluriradiculaire.	Status après prothèse totale de hanche ou révision de prothèse.
Creux poplité (sciatique poplité externe)	Pied tombant, steppage, déficit sensitif dans le territoire concerné, tinel à la tête du péroné, éventuellement sciatalgies périphériques (sans syndrome irritatif).	Kyste de Baker.
Tête du péroné (sciatique poplité externe)	Pied tombant, steppage, déficit sensitif du dos du pied, tinel à la tête du péroné, éventuellement sciatalgies périphériques (sans syndrome irritatif).	Compression extrinsèque.
Tunnel tarsien (nerf tibial postérieur)	Douleurs et dysesthésies de la plante du pied, éventuellement sciatalgies périphériques (sans syndrome irritatif), déficit moteur rare (fléchisseurs de tous les orteils, abducteur du gros orteil).	Traumatismes (fractures de l'astragale, du calcanéum ou de la malléole interne), polyarthrite rhumatoïde.

intrinsèques ou extrinsèques bénignes (par ex. schwannomes ou lipomes) ou malignes, l'origine néoplasique étant de loin la plus fréquente (invasion de proximité ou métastase). La problématique peut être d'origine traumatique, par ex. fractures du bassin, hématomes ou lésions de traction du plexus. Les causes iatrogènes par infiltration locorégionale au niveau de la région fessière sont heureusement devenues rares, mais il faut y penser après la mise en place d'une prothèse totale de hanche (PTH): l'incidence d'une lésion du nerf sciatique est de 1-2% des PTH primaires et jusqu'à 7,6% dans les révisions de prothèse [7]. Il peut s'agir d'une pathologie infectieuse (par ex. abcès du psoas). L'endométriose ectopique cause des sciatiques typiquement cycliques. Nombreuses sont les femmes qui souffrent de syndromes radiculaires durant leur grossesse, le nerf sciatique étant comprimé par la tête du fœtus au passage des os du bassin, mais ce ne sont pas les plus difficiles à diagnostiquer. Il peut encore s'agir de pathologies artérioveineuses (syndrome de congestion veineuse du bassin, anévrismes...) ou d'une plexopathie d'irradiation après radiothérapie. Le syndrome du muscle pyramidal est un diagnostic clinique mimant typiquement une sciatique classique. Il y a également des sciatiques périphériques décrites dans des cas de compression nerveuse bien plus distales, par exemple au niveau du tunnel tarsien [8]. Citons aussi les radiculites infectieuses (Lyme, Herpes zoster) ou immunologiques vasculitiques.

L'examen clinique peut éventuellement orienter vers le niveau d'atteinte (tab. 1), la compression du plexus lombosacré donnant une clinique pluriradiculaire. Lorsque le nerf est atteint beaucoup plus distalement, on peut s'attendre à l'absence de lombalgies – on parle alors de sciatique périphérique (ou «tronquée»), mais cela n'exclut pas pour autant une origine rachidienne dans tous cas. La recherche d'un Tinel au niveau de la tête du péroné ou au niveau du tunnel tarsien permet rarement de situer la compression. Néanmoins, il n'y a pas beaucoup d'éléments cliniques objectifs qui permettent de différencier une sciatique extrarachidienne d'une sciatique discale.

Yoshimoto et al. ont fait une revue rétrospective de 61 patients adressés pour une IRM lombaire avec une sciatique (définie dans cette étude par une douleur irradiante depuis la région lombaire vers la face postérolatérale de la jambe et un Lasègue positif) évoluant depuis deux mois [5] afin de décrire les étiologies les plus fréquemment rencontrés de sciatiques extrarachidiennes. 10 des 61 patients n'avaient pas de compression radiculaire à l'IRM lombaire. Parmi ces 10 patients, il y a eu 9 femmes et 9 fois la symptomatologie se trouvait à droite. 2 patients, dont un sujet masculin,

avait une histoire de «failed back surgery», une patiente avait subi un accident de la voie publique et chez 2 patientes la clinique était clairement associée au cycle menstruel. Une femme était enceinte. La majorité avait un déficit sensitif touchant plusieurs dermatomes, parfois un déficit moteur. Le bilan était complété par une IRM du bassin qui a permis de déceler une compression ou irritation d'origine gynécologique (tête fœtale, kystes ovariens, myomes utérin, endométriose) dont certaines répondaient à une simple analgésie ou une intervention chirurgicale, et la femme enceinte était soulagée après l'accouchement. 3 patients, dont les 2 patients avec la «failed back surgery» et la femme avec l'histoire d'un accident de la voie publique ont été traités par un bloc sciatique et les auteurs ont conclu à un syndrome du muscle pyramidal. Dans 2 cas, l'étiologie est restée clairement indéterminée. Il n'y a pas eu de bilan complémentaire, notamment pas d'électroneuromyogramme pour déceler une cause plus en aval du bassin.

Le syndrome du muscle pyramidal – une réalité purement clinique?

Le syndrome du muscle pyramidal reste une entité controversée, s'agissant d'un diagnostic purement clinique qui s'inscrit souvent dans le contexte d'une problématique sous-jacente: variante anatomique, troubles de la statique, surmenage avec œdème et contractures musculaires. Nous avons trouvé une seule revue systémique qui tente de rassembler les éléments anamnestiques qui devraient permettre de mieux cibler la clinique [9]: pyalgies, aggravation des douleurs en position assise, douleur à la palpation de la grande échancrure, douleurs à la mise sous tension du muscle pyramidal, tous des signes et symptômes régulièrement retrouvés dans la sciatique classique d'origine intrarachidienne; les mêmes signes ont été repris par les mêmes auteurs dans une revue de 2018. Les examens paracliniques sont tous non contributifs, sauf pour écarter une autre cause (radiculopathie, syndrome facettaire, pathologie de l'articulation coxofémorale, tendinopathie des fessiers). La neurographie par IRM peut éventuellement déceler le niveau d'irritation de la sciatique. Le traitement est avant tout médicamenteux et physiothérapeutique. L'infiltration du corps du muscle pyramidal par anesthésiques, corticoïdes ou toxine botulinique peut amener un certain soulagement (effet placebo? diffusion du corticoïde?) et des cas de chirurgie efficace sont reportés [10]. En conclusion, le syndrome du muscle pyramidal reste une entité possible, et en l'absence d'autres causes, une infiltration test peut être envisagée.

Correspondance:

Fleur Baumann Benvenuti,
médecin diplômée
Clinique de Rhumatologie
HFR Fribourg
Ch. des Pensionnats 2–6
CH-1708 Fribourg
fleur.baumann[at]h-fr.ch

Le syndrome de congestion pelvienne

En cas de sciatique de présentation cyclique, il faut penser à l'endométriose (dont la prévalence est de 10%) ou aux kystes ovariens et, chez la femme en post-partum, cela vaut probablement la peine d'évoquer un syndrome de congestion pelvienne, à investiguer par le gynécologue. Aux USA, environ 15% des femmes de 15 à 50 ans souffrent de douleurs pelviennes dont $\frac{1}{3}$ d'un syndrome de congestion pelvienne, le plus souvent secondaire à une grossesse [11]. Ceci correspond à un nombre non négligeable de patientes symptomatiques! L'imagerie pelvienne est certainement la clé au diagnostic. L'échographie transvaginale et la phlébo-graphie étant les examens les plus sensibles bien plus que le CT ou l'IRM.

Conclusion

La sciatique extrarachidienne est une entité rare et ses étiologies sont multiples et variées. A la lumière de l'IRM ou du CT lombaire, une origine intra- ou périrachidienne est souvent mise en évidence. Avant de se lancer dans des investigations multiples ciblant tout le trajet du nerf, il est certainement utile de reprendre une anamnèse détaillée et refaire un status complet explorant tous les niveaux du nerf sciatique afin de mieux préciser la localisation de la lésion, puis d'orienter les investigations en fonction de la clinique. L'origine gynécologique à une sciatique extrarachidienne semble être la plus fréquente chez la femme et l'IRM du bassin devrait donner la clé du diagnostic.

Si ces examens ne permettent pas de déterminer une cause claire, il existe des protocoles de neurographie en IRM qui permettent de déceler un éventuel élargissement et un œdème du nerf, mais également un œdème, une infiltration graisseuse et une atrophie du muscle correspondant à sa dénervation [12]. Un ENMG peut être utile pour préciser la région de l'atteinte. Sa négativité n'exclut néanmoins rien, la sensibilité ne dépassant pas 85% [13, 14].

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08384>.

L'essentiel pour la pratique

- La sciatique extrarachidienne est un diagnostic rare, à évoquer devant toute sciatique sans origine intrarachidienne claire.
- L'anamnèse et l'examen clinique doivent évaluer toute la longueur du nerf sciatique afin de mieux cibler les investigations complémentaires.
- Les étiologies de la sciatique extrarachidienne sont multiples et variées et leur mise en évidence peut être un énorme défi vu que leur origine peut se trouver n'importe où sur le trajet du nerf sciatique.
- Les pathologies gynécologiques et le syndrome du muscle pyramidal sont probablement les étiologies les plus fréquentes.