

# ARTICULATION SACRO-ILIAQUE ET MÉDECINE MANUELLE

R. MAIGNE - PARIS

L'articulation sacro-iliaque occupe une place particulière dans les préoccupations de nombre de praticiens de la manipulation.

Certains, dans la ligne de l'ostéopathie américaine, lui attribuent un rôle dans la plupart des dérèglements fonctionnels du rachis, d'autres le considérant seulement comme une fréquente cause de lombalgies.

En médecine classique, "l'entorse ou le blocage" sacro-iliaque a été longtemps tenu pour responsable de lombalgie et de sciatique. Une illustration de l'époque nous montre Ambroise Paré manipulant une articulation sacro-iliaque, pour traiter une sciatique. Goldwaith - chirurgien orthopédiste américain - publie en 1910, le premier cas de paraplégie posmanipulative après avoir traité ainsi sous anesthésie un patient présentant une sciatique. Enfin, c'est le diagnostic d'entorse sacro-iliaque que Ghormley avait porté au départ, sur le célèbre cas qui lui permit de décrire le syndrome des facettes (1933).

Actuellement la pathologie micro-mécanique de cette articulation n'est plus prise en compte en médecine traditionnelle.

Existe-t-elle ? Se présente-t-elle avec une sémiologie objective et fiable ?

S'il existe des "blocages" mécaniques de cette articulation, y-a-t-il des techniques manipulatives spécifiques qui y remédient ?

J.B. Mennell les tenait pour responsables d'un certain nombre de lombo-sciatalgies non radiculaires, tandis que son successeur au St-Thomas Hospital, James Cyriax, écrivait en 1976 : "J'ai cru au début de ma carrière, que les problèmes micromécaniques sacro-iliaques étaient fréquents, puis j'ai pensé qu'ils étaient rares. Je me demande maintenant s'ils existent vraiment".

Il est donc intéressant de revoir les arguments sémiologiques sur lesquels s'appuient les avocats de ces "blocages sacro-iliaques".

## SÉMIOLOGIE PROPOSÉE PAR LES TENANTS DES "BLOCAGES" SACRO-ILIAQUES

Certains auteurs et la plupart des écoles de médecine manuelle estiment possibles et même fréquents les blocages sacro-iliaques. 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 :

- 1) une modification de "repères osseux"
- 2) une diminution de la mobilité sacro-iliaque appréciée par la palpation
- 3) une perturbation réflexe dans les tissus environnants l'articulation sacro-iliaque et certaines "tensions" musculaires à distance.

La plupart des auteurs admettent deux types de blocage sacro-iliaque.

- en nutation, c'est le "sacrum antérieur" selon la terminologie ostéopathique,
- en contre-nutation, c'est le "sacrum postérieur".

Pour Neumann (école allemande), il existe deux situations patholo-



giques dans l'articulation sacro-iliaque :

- une perte de jeu normal (hypomobilité) cas le plus fréquent.
- un excès de jeu par rapport au jeu normal (hypermobilité).

Seul le premier cas est justiciable d'un traitement manipulatif.

## ■ LES MODIFICATIONS DES REPERES OSSEUX

Il s'agit d'apprécier la symétrie de position, au repos et en mouvement de différentes saillies osseuses.

Certains ne considèrent que les épines iliaques postérieures et supérieures, tandis que d'autres prennent aussi comme points de référence : l'apex sacré, le tubercule de S2 et les ischions (Fig. 1).

L'examineur procède d'abord à un **examen statique**.

- Il apprécie l'intervalle entre les épineuses sacrées et l'ilion au niveau du pôle supérieur.

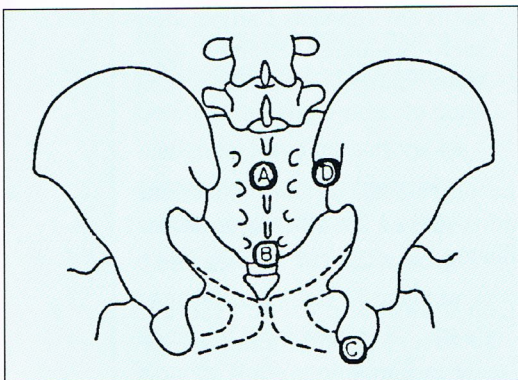


Fig. 1 - "les points repères" :

- A : 2ème tubercule sacré
- B : 5ème tubercule sacré (le plus bas)
- C : Ischion
- D : Épine iliaque postérieure et supérieure

Celui-ci serait augmenté par rapport à l'autre côté dans un blocage en nutation ; il serait diminué dans un blocage contre-nutation.

- L'épine iliaque postérieure et supérieure est plus basse du côté bloqué (signe repris par Menell et Piedallu) dans un blocage en nutation, elle est plus haute dans un blocage en contre-nutation.
- Il existerait un apparent raccourcissement de la jambe (fausse jambe courte) à l'examen en décubitus dorsal, en cas de blocage en nutation de la sacro-iliaque du même côté.

Puis il fait un **examen dynamique** :

Il s'agit d'apprécier les variations des points-repères osseux, lorsque le sujet, assis ou debout, fléchit le tronc en avant ou lorsque étant en appui sur un pied, il lève le genou à 90°.

- Le test de "l'ascension de l'épine" (P. Piedallu) en est le meilleur exemple. Le patient est assis sur un plan dur. L'opérateur place ses pouces appliqués symétriquement horizontaux ou verticaux au contact des épines iliaques postérieures et supérieures (Fig. 2).

*Dans un blocage en nutation :*

- l'épine iliaque postérieure et supérieure est plus basse du côté bloqué sur le patient assis sur un plan dur.

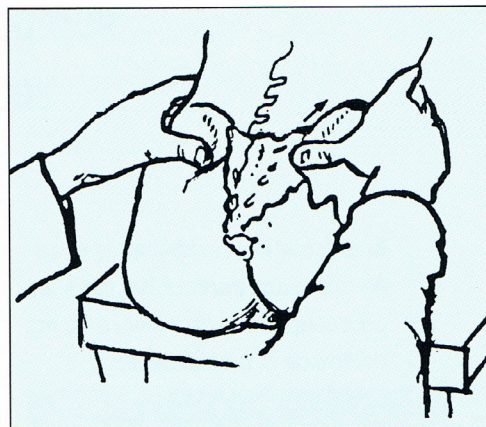


Fig. 2 - Le signe de P. Piedallu

- si on demande au patient de fléchir le tronc vers l'avant, l'épine iliaque postérieure et supérieure du côté bloqué montre, suivant la flexion, alors que celle du côté normal, plus haute au départ, se trouve être la plus basse à la fin de la flexion.

Ceci s'expliquerait par le blocage qui maintient le sacrum solidaire de l'iliaque du côté bloqué, alors qu'il existe un certain jeu du côté libre.

- Autres tests : Ostéopathes et chiropracteurs ont décrit aussi d'autres tests en utilisant les autres repères osseux. Le plus répandu est le suivant :

Le patient debout de dos s'appuie en avant contre un mur, les bras tendus. L'examineur a un pouce sur chacune des deux épines iliaques postérieures et supérieures (EIPS). Le sujet lève le genou droit (pour explorer la sacro-iliaque droite) aussi haut que possible (certains auteurs trouvent que 90° est l'idéal). Normalement, l'EIPS du côté du genou levé baisse plus que l'autre. S'il y a blocage, elle ne baisse pas.



## MODIFICATION DES TISSUS MOUS

**P**our l'école ostéopathique, on pourra noter :

Dans un blocage en *nutation* ("sacrum antérieur") :

- une modification locale des tissus mous ("soft tissue change") avec hypersensibilité de ceux-ci au niveau de la partie supérieure de l'articulation.
- une tension des muscles fessiers dans la partie contiguë au pôle supérieur de l'articulation.
- une tension dans les muscles grand adducteur (les deux faisceaux supérieurs) droit antérieur et couturier.

Dans un blocage en *contre-nutation* ("sacrum postérieur")

- une modification des tissus mous avec une hypersensibilité au niveau de la partie inférieure de l'articulation.
- une tension des muscles "fessiers" au niveau de la partie inférieure de l'articulation.
- une "tension" à la palpation des faisceaux inférieurs du grand adducteur du pyramidal.

**Pour l'école allemande :**

En cas "d'hypomobilité" d'une articulation sacro-iliaque, les muscles fessiers homologues, les muscles ischio-jambiers, les muscles du mollet et une partie des adducteurs présentent de la "myogélose" (cordons myalgiques).

Ces cordons de "myogélose" sont retrouvés à un travers de doigt en dehors de l'EIPS, dans le quart interne du muscle grand fessier alors que le reste du muscle est hypotonique. C'est un bon signe de

blocage sacro-iliaque pour Sell et Neumann.

Ces signes *diminuent* si on pratique une traction sur la jambe du côté bloqué, en même temps qu'un appui sur la partie caudale du sacrum.

En revanche, ils *augmentent* par la manœuvre inverse qui consiste à faire appui sur la base du sacrum tout en exerçant une traction sur le membre inférieur du côté opposé (Sell).

Rappelons que l'école allemande tient seulement compte de la mobilité globale, et non du blocage en mal position de nutation ou de contre-nutation.

## LES TESTS DE MOBILITÉ

**L'**opérateur est supposé percevoir des sensations de ballotement qui traduisent le jeu de l'articulation.

- le patient est couché sur le ventre, l'opérateur passe sa main sous l'aile iliaque du côté opposé à lui et impose doucement des petits mouvements de roulis du bassin, tandis que de l'autre, il palpe la région sacro-iliaque. Il doit normalement avoir l'impression d'un certain jeu, ou au contraire, en cas de blocage, d'une perte de celui-ci, soit au niveau de la partie supérieure, soit au niveau de la partie inférieure de l'articulation.

- une autre technique consiste, dans la même position du sujet et de la main qui palpe, à effectuer avec l'autre main, des pressions

à ressorts sur la partie caudale du sacrum. Si la sacro-iliaque testée est libre, une petite partie de l'impulsion est transmise au sacrum. Si l'articulation est bloquée, elle est perçue dans sa totalité (école allemande).

- dans une troisième technique, le patient est couché sur le dos, l'opérateur place la main qui palpe à plat en supination sous le sacrum. Le doigt palpeur est situé le plus près possible de l'articulation (qu'il est évidemment impossible de palper directement). La cuisse est fléchie à 90°, placée en légère adduction. L'opérateur prend appui sur le genou. Il exerce vers le bas des mouvements répétés et lents "à ressort". Le doigt qui palpe doit percevoir s'il y a ou non mouvement dans l'articulation.

Pour l'école allemande, il existe aussi un "Syndrome d'hypermobilité" de la sacro-iliaque dû à une insuffisance des ligaments, d'origine constitutionnelle, hormonale (grossesse) traumatique ou micro traumatique. Celle-ci est "difficile à diagnostiquer" (Neumann). Le diagnostic est basé sur la douleur à la palpation de l'insertion des ligaments.

Le traitement consiste en port de ceinture, en injections sclérosantes selon la technique de Hackett et de Barbor, et en renforcement des muscles...

## REMARQUES SUR CES SIGNES

**R**appelons qu'il existe, en médecine traditionnelle, des manœuvres



(écartement, rapprochement des ailes iliaques, signe de Gaenslen, signe du trépied, flexion-adduction de hanche) qui ont pour but de réveiller une douleur dans le cas d'une atteinte inflammatoire de l'articulation. On sait le manque de fidélité de ces signes, même dans le cas d'une atteinte patente. Ces signes sont bien entendu, négatifs, dans le cas d'une atteinte micromécanique.

La sacro-iliaque est pratiquement la seule articulation qui n'est pas mue directement par les muscles. Elle semble jouer essentiellement un rôle d'amortisseur entre le rachis et les membres inférieurs.

On sait qu'elle bouge mais qu'elle a une très faible mobilité. Selon Mac Nab, celle-ci serait pratiquement nulle chez les plus de 45 ans.

*Plusieurs questions se posent :* Cette articulation peut-elle se bloquer ? Ce blocage peut-il être générateur de douleurs locales ou irradiées ? Peut-il être diagnostiqué cliniquement ?

A toutes ces questions, il n'a pas été apporté de vraies réponses.

On ne trouve nulle part une description claire d'un tableau douloureux qui serait particulier au blocage sacro-iliaque. Il s'agirait de douleurs de la région sacrée, irradiant éventuellement la cuisse, parfois à allure sciatique, qui ne se différencient guère des douleurs habituelles d'origine lombo-sacrée.

Ce n'est pas le cas d'une douleur sciatique qu'une distinction pourrait être faite : dans une sciatique par blocage sacro-iliaque, la dorsiflexion du pied n'aggrave pas la douleur quand on recherche le signe de Lasègue, à l'inverse de ce qui se passe dans une sciatique radiculaire commune (Mennell)...

## ■ CRITIQUES DE LA SÉMIOLOGIE

Les divers signes proposés pour reconnaître ces blocages sacro-iliaques sont bien subtils. Piedallu et Neumann le font eux-mêmes remarquer. Ces signes correspondent certainement, quand ils sont nets, à une perturbation. Mais celle-ci provient-elle de l'articulation sacro-iliaque ?

## ■ LES REPERES OSSEUX

Les repères proposés sont des reliefs osseux arrondis irréguliers palpés en mouvement au travers des plans cutanés et sous-cutanés dont il est bien difficile d'apprécier la situation avec précision.

Le test de Piedallu est sans doute le plus net de tous. Mais l'ascension de l'épine est-elle liée à la perte de jeu de l'articulation, comme il le pense ? Il faudrait pour cela que le jeu de la sacro-iliaque soit assez important et bien libre à l'état normal. Si ce jeu était si libre, on devrait faire très facilement jouer l'iliaque sur le sacrum par des mouvements externes, ce qui n'est apparemment pas le cas.

Mes propres observations sur le bassin de cadavres frais m'ont montré qu'il faut des bras de leviers très puissants pour obtenir un mini-mouvement tout juste visible à la surface de l'articulation. En fait, le signe de Piedallu paraît être plus le témoignage d'une ébauche d'attitude antalgique que d'une perte de jeu de l'articulation sacro-iliaque.

Cela n'enlève rien de son intérêt en pratique, puisqu'il conduit habituellement à une manœuvre de manipulation lombo-sacrée qui

correspond à celle qu'impose "La Règle de la non-douleur et du mouvement contraire".

## ■ MODIFICATION DES TISSUS MOUS

- Les tissus cutanés et sous-cutanés de la région fessière supérieure et rétro-sacrée (dont la région sacro-iliaque) reçoivent leur innervation des branches postérieures des nerfs rachidiens de la jonction dorso-lombaire.

Nous avons attiré l'attention sur le fait qu'un certain nombre de lombalgies basses se présentant souvent avec une topographie qui recouvre la région sacro-iliaque, trouve leur origine au niveau de la charnière dorso-lombaire. Les plans cutanés concernés sont alors douloureux et épaissis à la manœuvre du pincé-roulé. Nombre de lombalgies attribuées à un blocage sacro-iliaque ou à une douleur du ligament iliolumbinaire, sont en fait des "lombalgies basses d'origine haute" (D12-L1) (R. Maigne) avec leur "Point douloureux de crête" et leur cellulalgie fessière.

- Par ailleurs, les plans musculaires et les ligaments de la région rétro-sacrée reçoivent leur innervation des branches postérieures de L4, L5, S1 (qui n'ont pas de rameaux cutanés). La branche postérieure de S1 contribue à l'innervation de l'articulation sacro-iliaque.

- La "tension" des muscles fessiers est une constante dans les problèmes lombo-sacrés, discaux ou articulaires, de même que sont fréquentes les sensations de tension et les cordons myalgiques des ischio-jambiers et des muscles du mollet. Il s'agit de manifestations réflexes appartenant au "Syndrome cellulopériostomyalgique segmentaire" (R. Maigne).



C'est dire que dans la plupart des cas où la responsabilité de l'articulation sacro-iliaque pourrait être envisagée, l'examen clinique de la colonne, fondé sur la recherche d'une **douleur segmentaire**, montre la probabilité de l'origine lombo-sacrée ou dorso-lombaire du problème.

## ■ LES TESTS DE MOBILITÉ

Ce sont évidemment ceux qui prêtent le plus à critique car le mouvement dans cette articulation profonde, maintenue par des ligaments très puissants, serait sans doute déjà difficile à apprécier par la palpation, si on pouvait la palper directement au travers des plans cutanés et sous-cutanés. Mais sa situation fait qu'elle ne peut l'être ainsi. Ce sont donc des sensations "indirectes" que percevrait l'opérateur. Elles ne peuvent être, si elles existent, que bien subtiles...

J'ai personnellement pratiqué la palpation directe de l'articulation sur un cadavre frais. Ma main simplement protégée par un gant de chirurgien. Les ailes iliaques étaient tenues par un étau. Une barre était passée dans le trou sacré. L'action sur celle-ci fournissait un important bras de levier qui faisait mouvoir le sacrum. Ce mouvement était très minime. Il était à peine appréciable par la palpation directe, doigts sur l'interligne. Il se traduisait à la vue par un infime déplacement, et surtout par quelques gouttes de sérosité qui sourdaient de l'interligne... Cela rend très sceptique sur la possibilité d'apprécier cliniquement cette mobilité.

*Alors pourquoi cet intérêt pour les "sacro-iliaques" en Médecine Manuelle ?*

1) - D'abord parce que les manipulations basées à tort ou à raison sur la sémiologie attribuée aux sacro-iliaques soulagent parfois très bien certaines lombalgies. Mais les techniques dites sacro-iliaques sont pratiquement les mêmes que les techniques dites lombo-sacrées, et de toutes manières toutes les techniques dites sacro-iliaques agissent sur le rachis lombo-sacré.

De plus ces techniques, ou tout au moins celles qui sont destinées à traiter un "sacrum antérieur" (en fait des manœuvres lombo-sacrées en lordose) agissent très activement sur la jonction dorso-lombaire, comme je l'avais fait remarquer depuis que j'ai écrit les "lombalgies basses d'origine D12 ou L1" et comme vient de le montrer J.Y. Maigne sur le cadavre.

Ainsi en pratiquant cette manipulation dite sacro-iliaque, l'opérateur va à son insu, soulager des lombalgies ou des douleurs inguinopubiennes du à un syndrome de la jonction dorso-lombaire.

2) - L'intérêt porté à ces "blocages sacro-iliaques" est dans le droit fil de la philosophie la plus couramment acceptée en médecine manuelle et qui découle directement de l'ostéopathie : la manipulation doit ses résultats - et sa justification - au fait qu'elle "restaure" une mobilité normale dans des articulations ou des systèmes articulaires qui l'ont perdu à la suite d'efforts, de faux-mouvements ou de troubles statiques.

La "lésion ostéopathique vertébrale" est ainsi définie comme une dysfonction, essentiellement caractérisée par une perte du jeu intervertébral normal. Il est donc logique, en ostéopathie, d'appliquer la même notion aux articulations sacro-iliaques et plus récemment pour certains, aux os du crâne.

Les critiques que j'ai déjà apportées à cette conception sont connues :

a) Il existe des tas d'exemples de pertes de mobilité évidentes vertébrale ou des articulations des membres qui ne s'accompagnent d'aucune conséquence douloureuse.

b) Pour qu'une dysfonction segmentaire vertébrale soit responsable de douleurs, il faut que le segment soit douloureux lui-même lorsqu'on le sollicite à fond par des manœuvres spécifiques ("l'examen segmentaire"). *En dehors de cet examen, il peut paraître indolore au patient.* C'est pourquoi j'ai proposé la notion de "Dérangement Intervertébral Mineur" pour désigner les dysfonctions douloureuses bénignes du segment vertébral sur lequel agit la manipulation.

c) Enfin, il n'est pas douteux que cette pathologie sacro-iliaque confère au manipulateur le sentiment de posséder un "plus" par rapport aux confrères non manipulateurs ignorant les subtilités de ce diagnostic. La palpation de la mobilité sacro-iliaque et de ses perturbations apparaît d'ailleurs à beaucoup d'apprentis manipulateurs, comme une espèce de test qui le fait passer dans le clan des initiés. Aucun argument logique n'aura plus de prise sur sa conviction, d'autant qu'il lui arrivera souvent de soulager avec des "techniques sacro-iliaques" des patients chez qui il aura donc "à juste titre" posé ce diagnostic.

Tout cela explique sans doute, cette véritable passion qui existe autour de la sacro-iliaque ? Depuis les quelques décennies que je fréquente les différents milieux de la médecine manuelle, elle m'étonne et m'amuse. Il est courant de voir deux passionnés de "sacro-iliaques" faire à l'insu l'un de l'autre, des diagnostics palpatoires



différents, voire opposés... pour en arriver à pratiquer, dans un ordre différent, des manœuvres identiques. En effet, un "blocage sacro-iliaque" en "sacrum antérieur droit" va amener à positionner le patient sur le côté gauche, mais "nécessitera", si le résultat n'est pas satisfaisant, une autre manœuvre, destinée à corriger le "blocage compensatoire" d'une "L5 postérieure droite". Pour cela, le patient sera couché sur le côté droit... Ainsi l'opérateur aura avec l'excuse d'un diagnostic précis, pratiqué une manipulation en rotation droite, puis une autre en rotation gauche !

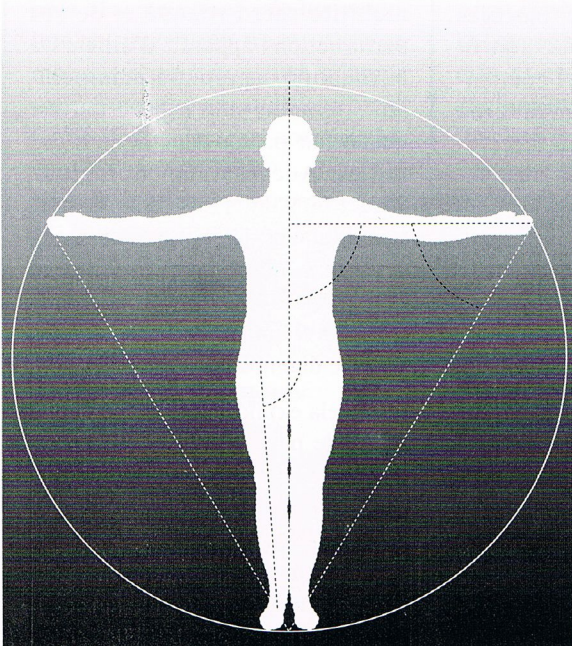
## EN CONCLUSION

Il est possible et même vraisemblable qu'il existe une pathologie sacro-iliaque microtraumatique (chute sur les ischions, post-partum), mais elle est loin d'avoir la fréquence que certains voudraient lui donner et elle est en quête d'une sémiologie spécifique. Un début de démonstration serait la disparition régulière de la douleur et des signes attribués à la sacro-iliaque par une infiltration anesthésique intra-articulaire ; mais ce test comporte peu de réussite, (voir article de J.Y. Maigne et Coll. dans ce numéro).

L'analyse critique des signes présentés par les sujets ainsi soulagés devraient conduire à la description d'un tableau clinique qui permettrait d'individualiser cliniquement cette atteinte.

Mais sur le plan pratique, cela ne changera pas grand-chose en matière de traitement manipulatif puisque les techniques dites sacro-iliaques sont pratiquement les mêmes que les techniques lombosacrées, et il est habituel pour un opérateur entraîné de varier les angles et les points d'appui de ses manœuvres, quand il n'obtient pas de résultat désiré. ■

# QUALITÉ ET PRÉCISION POUR RÉPONDRE A VOTRE EXIGENCE



**PREMIER FABRICANT FRANÇAIS  
DE TABLES ÉLECTRIQUES**  
pour manipulation,  
massage et rééducation

**CATALOGUE  
D'ÉQUIPEMENTS  
DE RÉÉDUCATION  
1200 ARTICLES**

# GENIN

médical

10, rue de l'Auberte - 30133 LES ANGLÉS - Tél. 90.25.26.77 - Télécopie 90.25.35.64