

LA LOMBALGIE SACRO-ILIAQUE EXISTE-T-ELLE ?

RESULTATS D'UN BLOC ANESTHESIQUE SACRO-ILIAQUE CHEZ 25 LOMBALGIQUES SELECTIONNES

J.Y. MAIGNE*, A. AIVALIKLIS**

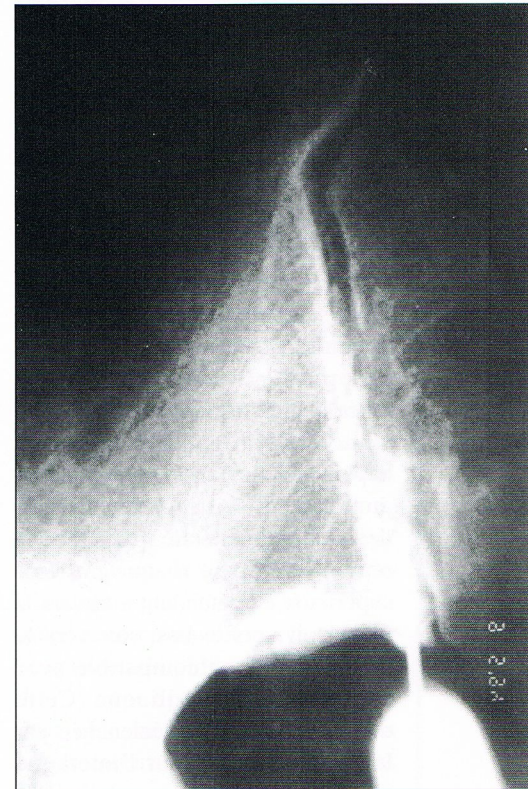
* Service de Rééducation Fonctionnelle,

** Service de Radiologie - Hôtel-Dieu - 75181 Paris Cedex 04 .

L'existence de douleurs lombaires communes provenant de l'articulation sacro-iliaque est très discutée. Pour les auteurs de formation Ostéopathique, il s'agit d'une cause très fréquente de douleurs : par exemple, sur une série de 1344 lombalgiques, le diagnostic de blocage sacro-iliaque a été fait 467 fois (étude citée dans ⁽⁴⁾). Pour d'autres auteurs (R. Maigne), il s'agit d'un diagnostic d'exception, la plupart des douleurs dites sacro-iliaques étant en fait des douleurs projetées provenant du rachis. Cette discordance est en partie à rapporter au manque de test spécifique. Ainsi dans une étude récente, il n'y avait aucune concordance entre trois examinateurs sur la présence d'un blocage sacro-iliaque chez des lombalgiques ⁽⁴⁾. D'autre part, lorsque ces patients sont traités par manipulations, il est notoire que les manoeuvres dites sacro-iliaques agissent également sur le rachis lombaire, et vice versa.

Or, les articulations sacro-iliaques sont de véritables articulations pourvues d'un cartilage, d'une capsule et d'une innervation. Leur mobilité est loin d'être négligeable chez le sujet jeune. Ainsi, Yamamoto, Panjabi et coll. ⁽⁶⁾, étudiant cette mobilité sur 4 cadavres, notent une mobilité sagittale de 3° (1,3° en flexion, 1,7° en

extension), une mobilité rotatoire de 0,6° par côté et une mobilité latérale de 0,5° par côté. McQuade, l'étudiant également chez des volontaires sains, note des chiffres un petit peu plus élevés : mobilité sagittale totale moyenne de 9° et latérale de 3,5°, cette mobilité étant proportionnelle à celle de la hanche et identique chez l'homme et la femme (chez des sujets jeunes). D'autres auteurs considèrent la mobilité sacro-iliaque plus réduite chez l'homme que chez la femme ⁽²⁾, et chez les sujets âgés, dont les surfaces articulaires sont plus irrégulières ⁽⁵⁾. Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que ces articulations puissent être responsables de douleurs, d'autant que une arthrose sacro-iliaque est pratiquement constante à partir de la quatrième décennie ⁽¹⁾. La topographie d'une douleur commune provenant de la sacro-iliaque, si cette douleur existe, pourrait être super-



Arthrographie sacro-iliaque

posable à celle notée en cas de sacro-iliite inflammatoire. Fortin et coll. ⁽³⁾ ont pratiqué chez des volontaires sains une injection de sérum hypertonique sous contrôle radioscopique et ont noté, lors de l'injection, l'apparition d'une sensation d'inconfort dans la fesse, partant de l'épine iliaque postéro-supérieure et descendant vers le

bas ou, plus rarement, vers la partie supérieure du grand trochanter. Ces auteurs ne précisent cependant pas jusqu'à quel niveau pouvait descendre la douleur dans le membre inférieur. Aucun de ces éléments ne permet cependant d'affirmer que la lombalgie sacro-iliaque existe. C'est pourquoi il nous a semblé indispensable d'entreprendre une étude en recourant au bloc anesthésique sacro-iliaque sous contrôle radioscopique chez des patients sélectionnés afin de répondre à cette question.

MATERIEL

Nous avons sélectionné 25 patients présentant une lombalgie chronique (douleur spontanée cotée à plus de 4 cm sur l'échelle visuelle analogique et évoluant depuis plus de 3 mois) et répondant aux critères suivants. La douleur devait être unilatérale, partant de la région de l'épine iliaque postéro-supérieure et s'étendant à travers la fesse soit vers le bas, soit vers le trochanter, donc compatible avec une origine sacro-iliaque. Cette douleur devait être déclenchée par la pression directe sur l'interligne sacro-iliaque correspondant. Ces patients ne devaient pas présenter de hernie discale ni de canal lombaire étroit. Un scanner lombaire était donc indispensable. Enfin, ces patients ne devaient pas avoir répondu positivement à des traitements s'adressant au rachis lombaire qu'il s'agisse soit d'injections épidurales, soit d'injections articulaires postérieures. Les résultats des autres traitements (médicaments, rééducation, manipulations, corset) n'était pas pris en compte pour

l'inclusion. 25 patients qui remplitaient ces critères furent donc sélectionnés pour cette étude. Il s'agissait de 8 hommes et de 17 femmes d'âge moyen 43 +/- 6 ans.

METHODE

Après inclusion, le patient était examiné immédiatement avant le bloc au moyen des deux grandes catégories de tests : une échelle visuelle analogique et des manoeuvres de provocation. Ces manoeuvres de provocation étaient les suivantes : flexion et extension du rachis, latéro-flexion homo- et contro-latérale, manoeuvre de Lasègue, manoeuvre de Mennell, test de Patrick, manoeuvre de rapprochement et d'écartement des ailes iliaques, pression sur la symphyse pubienne, pression vive sur le sacrum (test du trépied), mise en tension du muscle pyramidal. Le but de tous ces tests était de rechercher une douleur provoquée.

Le test anesthésique se déroulait sous contrôle radioscopique par un radiologue entraîné à l'arthrographie sacro-iliaque (A.A.). La ponction se faisait au pied de l'interligne en évitant toute anesthésie locale afin de ne pas positiver faussement le test (seule une boutonnière cutanée était pratiquée pour faciliter l'introduction de l'aiguille). Le plan fibreux postérieur était perforé et l'aiguille introduite dans l'articulation. Cette perforation a toujours été assez douloureuse dans notre expérience. La position correcte de l'aiguille était vérifiée par l'injection de 1/2 cm³ d'un contraste iodé. Un cliché était alors pratiqué puis l'on injectait 1 à 2 cc

de Lidocaïne à 2%, en fonction de la tolérance de l'articulation. Après 30 minutes de repos, le patient était à nouveau examiné par le même médecin selon le même protocole. La comparaison des deux échelles visuelles analogiques permettait de déterminer si le patient était réellement soulagé ou non.

RESULTATS

Ont été considérés comme soulagés par le test les patients dont la douleur diminuait de plus de 75% sur l'échelle visuelle analogique. Ce soulagement fut observé chez 4 des 25 patients soit 16%. Dans les autres cas, le soulagement fut soit nul, soit médiocre. L'étude des différents tests susceptibles de déclencher la douleur d'origine sacro-iliaque a montré qu'aucun d'entre eux n'était pourvu d'une quelconque valeur prédictive.

DISCUSSION

Nous avons donc choisi non pas des lombalgiques tout venant mais des lombalgiques très sélectionnés puisque ces malades présentaient une douleur dont l'origine lombaire n'était pas évidente : ni les épidurales, ni les infiltrations articulaires postérieures ne les avaient soulagés. Ils présentaient tous une douleur qui pouvait provenir de l'articulation sacro-iliaque. Dans cette population très sélectionnée, il apparaît que 16% d'entre eux ont

été soulagés de façon indiscutable par le test. Ce faible pourcentage ne doit pas faire perdre de vue que nous n'avons pas utilisé de placebo et que nous ne pouvons donc pas affirmer avec certitude l'existence de lombalgies d'origine sacro-iliaque. Cette existence paraît simplement probable d'après notre protocole mais rare.

On pourra s'étonner des tests choisis pour tester les sacro-iliaques. Ceux-ci sont très nombreux. Nous avons donc sélectionné ceux qui permettent de reproduire une douleur. Il est en effet difficilement imaginable qu'une sacro-iliaque responsable par elle-même d'une lombalgie ne soit pas douloureuse quand on la stresse. Les autres tests sont de nature plus spécifiquement ostéopathique et cherchent à préciser les différences de mobilité d'un côté par rapport à l'autre, différence de mobilité qui nous semble illusoire de pouvoir détecter par la palpation tant la mobilité spontanée de ces articulations est faible. Enfin, les modifications de tissus mous, en regard de ces mêmes articulations, sont totalement non spécifiques. L'arthrographie est une

technique sûre, à condition d'injecter une faible quantité d'anesthésique dans l'articulation. En effet, au début de notre expérience, une plus forte quantité avait été injectée et 2 patients ont eu une paralysie sciatique qui a duré 2 heures pour l'un des deux. Il est à noter que chez aucun de ces deux patients la douleur spontanée n'avait été atténuée. Ces patients ont donc été conservés dans l'étude et considérés comme résultat négatif.

AU TOTAL

Il apparaît qu'une origine sacro-iliaque peut éventuellement être évoquée chez des patients ne répondant pas au traitement lombaire. Dans ces cas, la pratique d'un test anesthésique suivi d'une infiltration de stéroïde intra-articulaire peut évidemment être tentée. Sur les 4 patients soulagés par le test, 3 peuvent être considérés comme guéris grâce à cette technique. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Bowen V., Cassidy J.D. *Macroscopic anatomy of the sacro-iliac joint from embryonic life until the eighth decade*. Spine, 6 : 620-628, 1981.
- 2 - Brunner C., Kissling R., Jacob H.A. *The effects of morphology and histopathologic findings on the mobility*. Spine, 16 : 1111-1117, 1991.
- 3 - Fortin J., Dwyer A., Aprill C., West S., Ponthieux B., Pier J. *Sacro-iliac joint and low back pain. Pain maps in asymptomatic volunteers*. ISSLS, Marseille, 1993
- 4 - Van Deursen L., Patijn J., Ock Huysen A.L., Vortman B.J. *The value of some clinical tests of sacro-iliac joint*. Journal of Manual Medicine, 5 : 96-99, 1990.
- 5 - Vleeming A., Stoeckart R., Wolkers A.C., Smijders C.J. *Relation between form and function in the sacro-iliac joint*. Spine, 15 : 130-132, 1990.
- 6 - Yamamoto I., Panjabi M., Crisco J., Oxland T. *Three-Dimensional movement of the human sacro-iliac joint*. ISSLS, Heidelberg, 1991.

COUVERTURE

UTEPLEX	Page 2	WYETH FRANCE - 117, rue du Château des Rentiers - 75013 PARIS	Tél. : 45 84 11 22
MEDIMA	Page 3	MEDIMA FRANCE SARL - 4, rue du Rhin - BP 8 - 68490 OTTMARSHEIM	Tél. : 89 26 11 02
LODINE	Page 4	WYETH FRANCE - 117, rue du Château des Rentiers - 75013 PARIS	Tél. : 44 06 40 00

INTÉRIEUR

CYCLADOL	Page 2	PROMEDICA - 18, av. Malvesin - 92400 COURBEVOIE	Tél. : 47 68 88 99
VOLTARÈNE 50	Page 4	CIBA-GEIGY- 2-4, rue Lionel-Terray - 92506 RUEIL-MALMAISON	Tél. : 47 49 02 02
MYOLASTAN	Page 6	CLIN MIDY - 94258 GENTILLY Cedex	
FRANCO & FILS	Page 18	Constructeur, Zone industrielle - RN 7 - 58320 POUQUES-LES-EAUX	Tél. : 86 68 83 22
GENIN	Page 24	GENIN MEDICAL- 10, rue de l'Auberte, 30133 LES ANGLÉS	Tél. : 90 25 26 77
HEXAQUINE	Page 36	GOMENOL- 48, rue des Petites-Ecuries - 75010 PARIS	Tél. : 47 70 34 31
LGP SYSTEMS	Page 41	BP 35 - 30, rue du Dr. Abel - 26902 VALENCE Cedex 9	Tél. : 74 43 69 00
DI ANTALVIC	Page 43	HOUDÉ - 1, terrasse Bellini (Puteaux) - 92080 - PARIS LA DEFENSE	Tél. : 40 81 40 81
ENRAF	Page 45	ENRAF DOYER -15, rue Paul Langevin - ZAC Les Beaudottes - BP 114 - 93270 SEVRAN FRANCE	Tél. : 49 36 18 18
CHYMODIACTINE	Page 47	BOOTS PHARMA - 49, rue de Bitche - 92404 - COURBEVOIE Cedex	Tél. : 46 67 88 00