

Mai 2005

Sacro-iliaques,  
lombalgies communes  
et  
médecine fondée sur des preuves

Jean-Yves Maigne

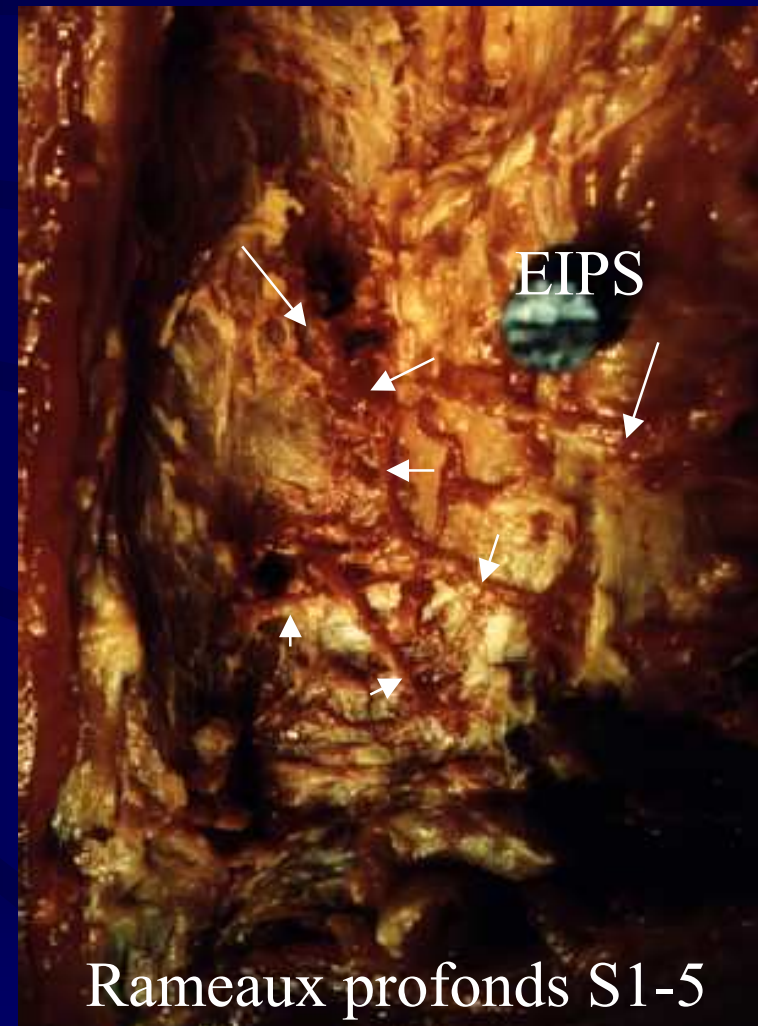
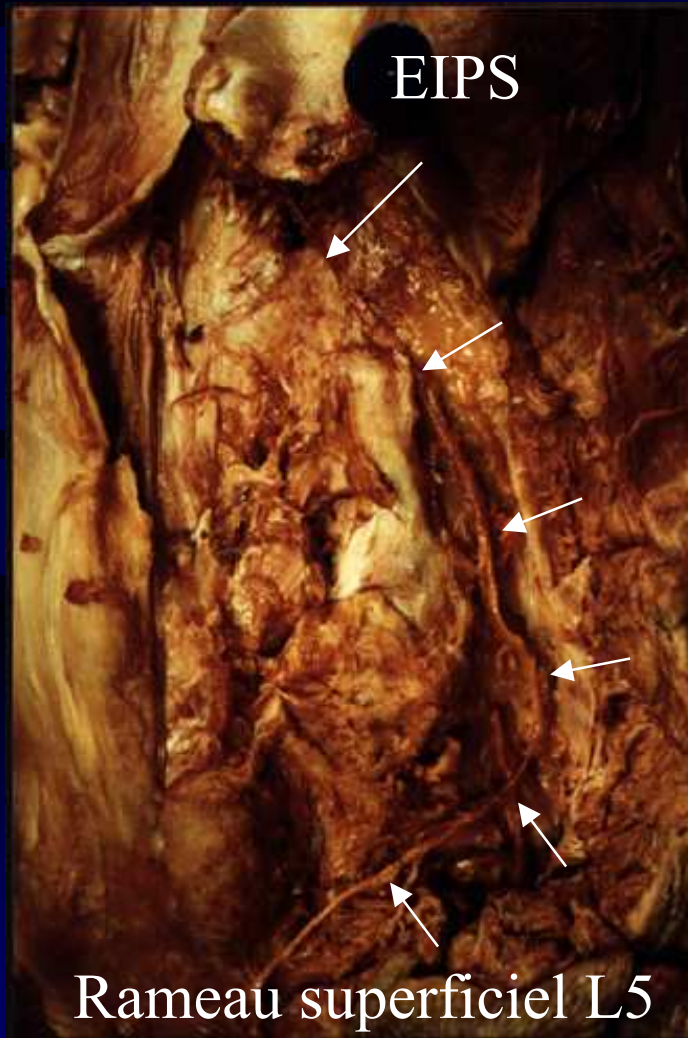
# Fréquence proposée

- « Grande cause » de lombalgie (Ostéopathie traditionnelle et Chiropraxie à un moindre degré)
- 34,7% (Van Deursen, 1990)
- 22,5% (Bernard, 1987)
- 0,4% (Cyriax, 1975)
- « 0% » (R Maigne, 1980)

# Mobilité sacro-iliaque

- Sur le cadavre (*Panjabi*)
  - Flexion-extension :  $3^{\circ}$
  - Rotation :  $1,2^{\circ}$  et Latéro-flexion :  $1^{\circ}$
- Chez le sujet jeune (*Mc Quade*)
  - Flexion-extension :  $9^{\circ}$
  - Latéro-flexion :  $3,5^{\circ}$
- Plus réduite (*Vleeming*)
  - Chez le sujet âgé
  - Chez l'homme : pourquoi ?

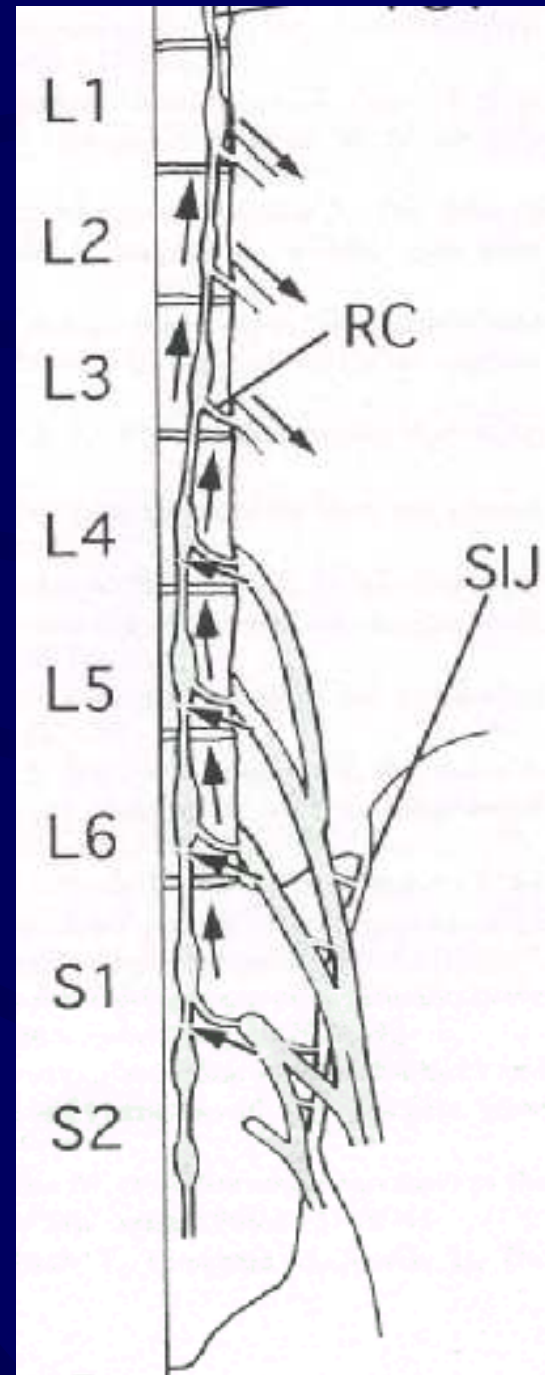
# Innervation de la sacro-iliaque



# Double innervation

- Segmentaire
  - Les fibres gagnent S2 à L4 via les rameaux dorsaux et ventraux
- Non segmentaire
  - Les fibres gagnent L3 à L1 via le sympathique

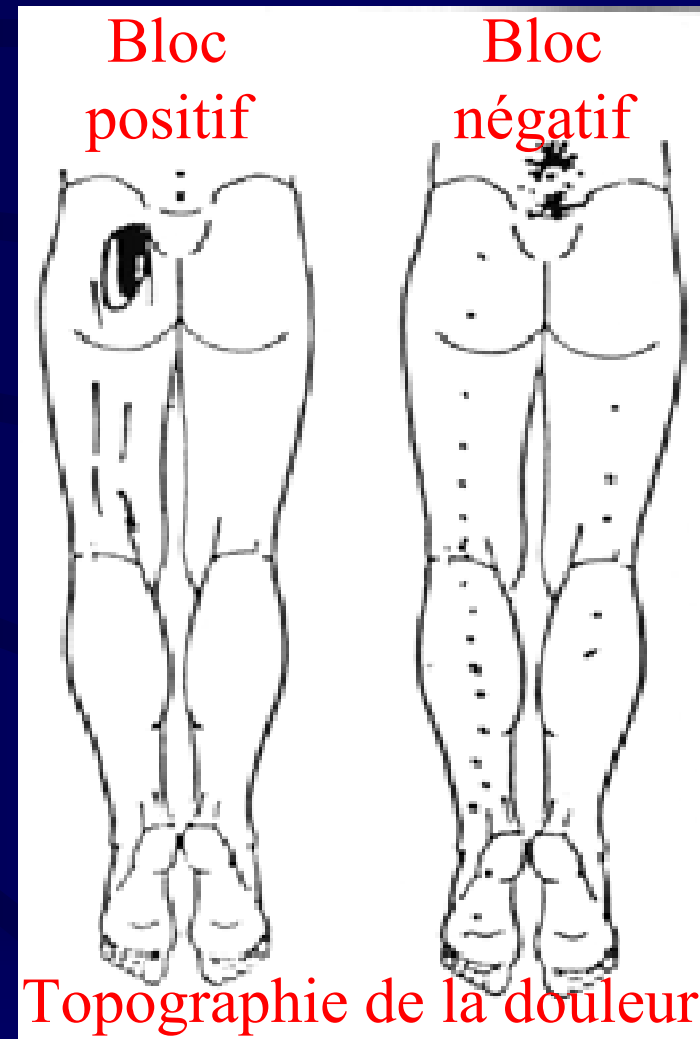
*Marquage immuno-histochimique – Murata et al. Spine 2000*



# Douleur sacro-iliaque

- Spondylarthrite
- Arthrographie de provocation chez le sujet sain (Fortin)

La sacro-iliaque est une source potentielle de douleur fessière



# Confirmation du rôle de la SI

- Deux études avec blocs anesthésiques
  - Schwarzer et al (*Spine* 1995)
  - Maigne et al (*Spine* 1996)
- Fréquence : 5 à 10% de « rôle direct » dans des populations sélectionnées
- Pas de comparaison à un placebo

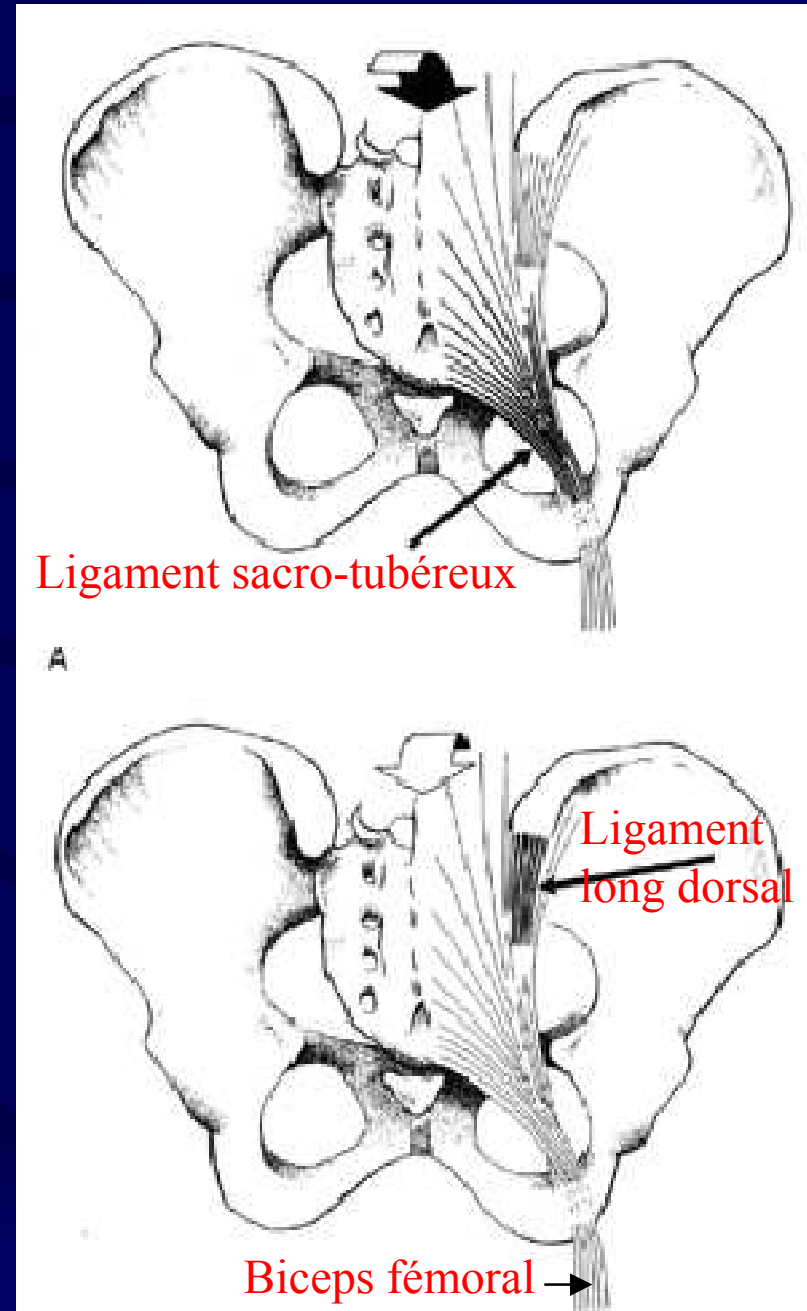
# Quel étalon-or ?

- « Une douleur SI est une douleur soulagée par l'anesthésie SI »
- Bloc anesthésique : seule référence reconnue malgré ses défauts:
  - Difficulté technique, irradiation, coût
  - Mauvais étalement de l'anesthésique intra-SI
  - Evaluation difficile de la sédation : effet placebo, douleur de l'injection



# Rôle indirect de la SI ?

- SI: point d'ancrage des muscles lombaires
- Une dysfonction SI non douloureuse pourrait favoriser une lombalgie lombo-sacrée
- Difficile à prouver !
- Travaux de Vleeming



# Démarche diagnostique

1. Affirmer que la douleur est vertébrale
2. Chercher une topographie évocatrice
3. Chercher des signes cliniques
4. Quels examens complémentaires ?
5. Pratiquer un test thérapeutique

# Affirmer que la douleur est vertébrale

- Il s'agit d'une douleur qui appartient au « premier cercle » (JY Maigne)
  - Elle n'est ni diffuse, ni permanente
  - Elle est déclenchée ou calmée par des éléments précis (position ou mouvements, horaires, médicaments...), malheureusement variables d'un patient à l'autre

# Topographie de la douleur SI

- Douleur fessière  $\pm$  sciatalgie unilatérale
- Ne remonte pas au dessus de L5 (*Dreyfuss, Spine 1996*)
- Test de Fortin :
  - Le patient désigne à 2 reprises l'EIPS comme épiceutre de la douleur
  - Valeur ??

# Signes cliniques

- Tests de mobilité
  - Mouvements relatifs EIPS Dte/G (*Piedallu ou « flexion standing test »*) ou EIPS/S1 (*Gillet*)
- Tests de provocation
  - Hyper-extension de hanche (*tests de Mennell, Gaenslen, Yeoman*)
  - Impulsion sacrée ou fémoral
  - Test de *Patrick* (ou « FABER »)

# Tests de mobilité SI

- 20% des sujets sains ont ces tests positifs
- Reproductibilité inter-observateur très faible  
 $\kappa = 0,20$  (*Dreyfuss, Spine 1996*)
- Mesurent-ils vraiment la mobilité SI ?
- Ne peuvent prédire la positivité d'un bloc SI

# Tests de provocation

- Reproductibilité inter-observateur :  
 $\text{kappa} > 0,6$  (*Laslett, 1994*)
- Est-ce bien la SI qui fait mal quand on effectue ces tests ? Que mesurent-ils ?
- Pas de valeur prédictive d'un bloc +

# Association de tests et bloc SI

- Dreyfuss (1996) :
  - Pas de valeur de 12 tests isolés ou associés
- Maigne (1996) :
  - Pas de valeur si isolés ou associés
- Slipman (1998) :
  - Douleur sur SI + Patrick + un autre test : 40 à 60% de blocs positifs



# Signes cliniques

Hypothèse de Laslett (Spine, 2000) :



- Si l'examen clinique lombaire est normal (évaluation McKenzie),
- alors la reproduction de la douleur par des tests SI prédit la positivité du bloc

# Examens complémentaires

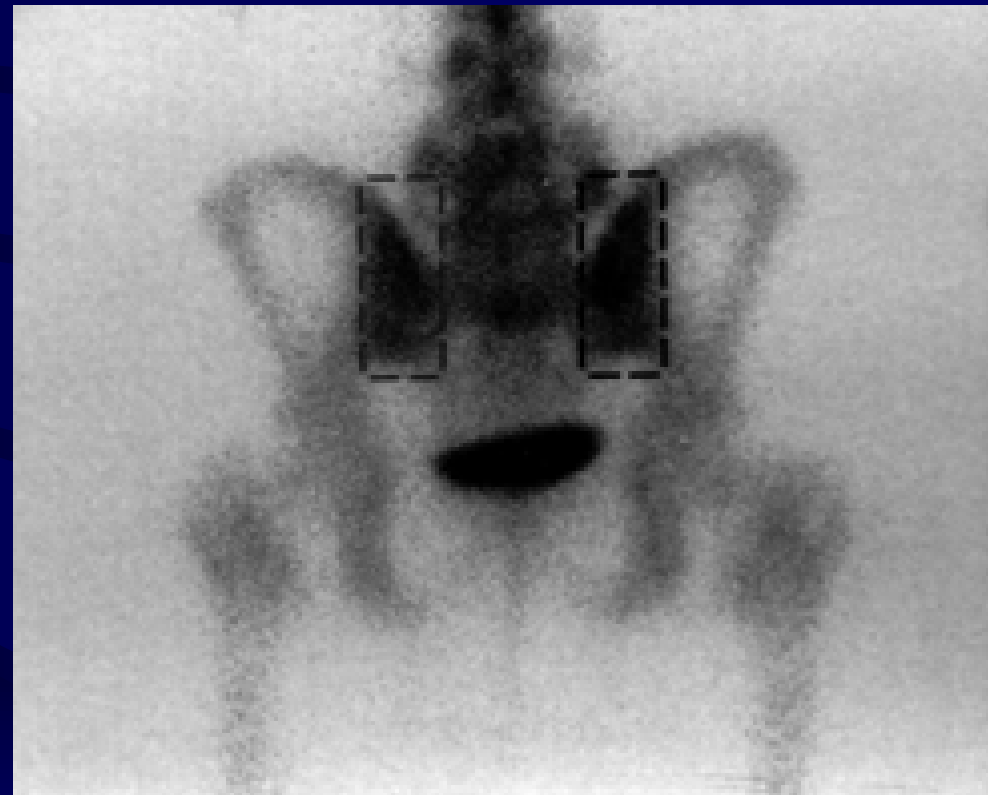
- Radios, scanner : sans valeur
- Scintigraphie : Maigne et al (*European Spine Journal*, 1998)
- Bloc anesthésique

Le bloc est l'étalon or du diagnostic

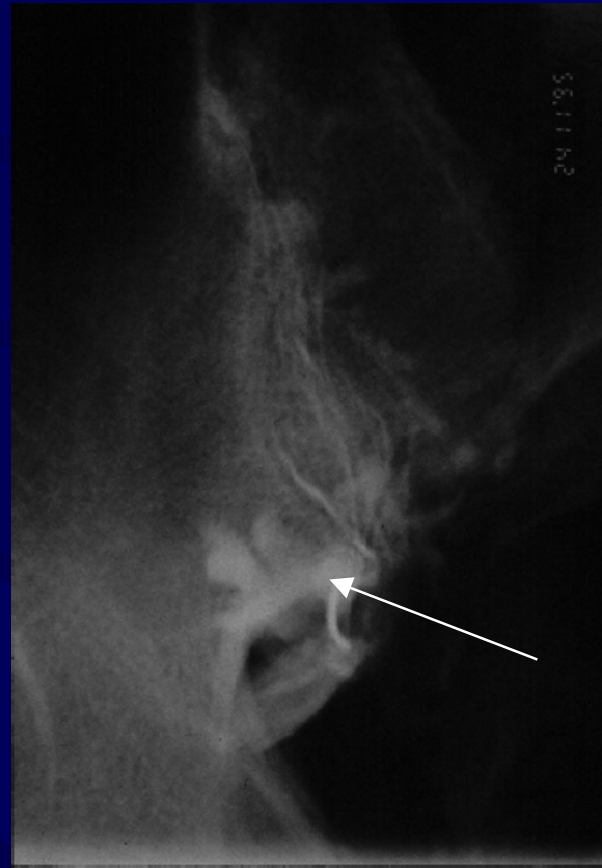
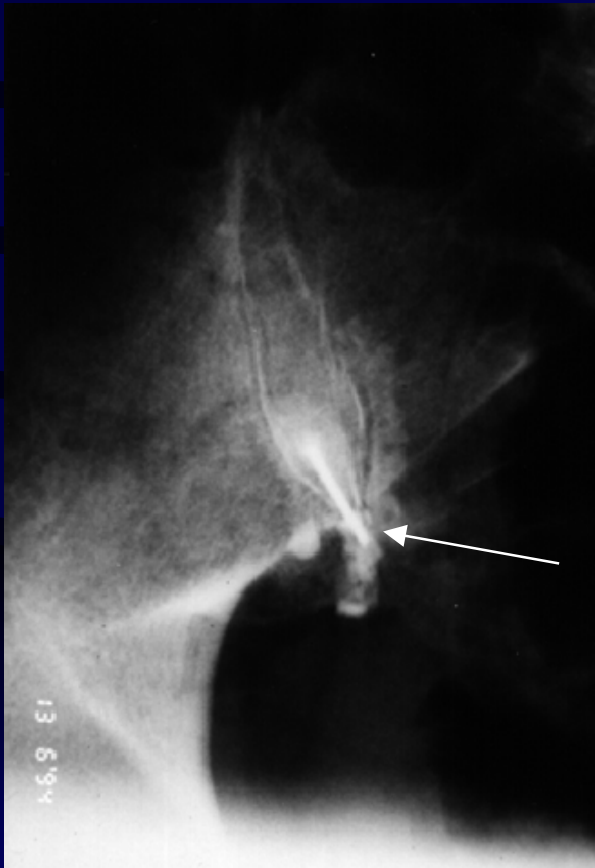
# Scintigraphie quantifiée

- Sensibilité : 46%
- Spécificité : 89%

*JY Maigne et al (Eur Spine J,  
1998)*



# Bloc anesthésique



# Causes du syndrome SI

- Arthrose en poussée
- Contraintes excessives sur l'articulation
  - Après arthrodèse lombaire (Maigne et al, *European Spine Journal*, 2005)
  - Lors de la grossesse : probable, mais pas de preuves
  - Lors du post partum : idem

# Conclusion

- La douleur SI existe – elle est rare
- Pas d'étude comparant bloc *vs* placebo, qui permettrait une connaissance précise de sa fréquence
- Signes cliniques : valeur de l'hypothèse de Laslett ?
- Traitement : infiltration ? manipulation ?