0008-3194/91/146–148/$2.00/©JCCA 1991

Fixation de l'articulation sacro-iliaque, cause de lombalgie: une étude de cas

Pierre Côté, DC*
J David Cassidy, DC, MSc, FCCS(C)**

Le diagnostique différentiel de la lombalgie d'origine mécanique est important. Son diagnostique ne doit pas être rendu sans avoir revu les clichés radiologiques pertinents. Dans ce rapport, le cas présenté illustre que l'origine du syndrome sacro-iliaque peut être post-opératoire.
(JCCA 1991; 35(3):146–148)

MOTS CLÉS : sacro-iliaque, lombalgie, diagnostique, chiropratique, manipulation.

The differential diagnosis of low back pain of mechanical origin is important. Its diagnosis should not be made without having reviewed the pertinent radiological films. In this report, the case presented shows that the origin of the sacro-iliac syndrome can be post-surgical.
(JCCA 1991; 35(3):146–148)

KEY WORDS: sacro-iliac, low back pain, diagnosis, chiropractic, manipulation.

Introduction

L'implication de l'articulation sacro-iliaque comme cause de lombalgie est de plus en plus reconnue. D'après une étude rétrospective sur une population de 1 293 patients avec lombalgie, 23% souffraient de dysfonction sacro-iliaque.[1] D'autres études révèlent que l'articulation sacro-iliaque est à l'origine de 50 à 70% des lombalgies.[2,3] Le syndrome sacro-iliaque est le résultant d'une irritation mécanique du joint. L'hypomobilité de l'articulation sacro-iliaque est l'un des signes utilisés pour diagnostiquer ce syndrome.[4] Certains cliniciens basent d'ailleurs leur diagnostique sur ce seul critère clinique. Dans le cas présenté on démontre qu'une fixation sacro-iliaque est la cause évidente de lombalgie.

Étude de cas

Une femme de 48 ans référée par un orthopédiste pour manipulation de l'articulation sacro-iliaque se présente souffrant de douleur lombo-sacrée sévère qui commença un mois auparavant. Elle attribue l'apparition de la douleur à l'examen radiologique postopératoire qui suivit la révision de sa prothèse totale de hanche gauche. La douleur, localisée au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche est décrite comme étant lancinante ou perçante à l'occasion. La lombalgie est associée avec une douleur aiguë au mollet gauche. Marcher ou être en position assise aggrave sa condition. Le repos ou l'application de chaleur lui font du bien. Elle a reçu des traitements de physiothérapie pour réhabiliter sa hanche et de l'ultra-son pour son dos. Des anti-inflammatoires lui ont été prescrits pour sa lombalgie. Son histoire médicale nous apprend qu'elle a développé des coxarthroses post-traumatiques bilatérales 23 ans auparavant. Elle a dû subir quatre chirurgies à sa hanche gauche et une à droite pour cette raison.

À l'examen physique, le mouvement lombaire est restreint suite au remplacement de ses hanches et par la sévérité de la douleur. Les tests de mise en tension de l'articulation sacro-iliaque gauche reproduisent sa douleur. La manoeuvre de Lasèque est négative. Les réflexes rotulien et achilléen sont diminués à gauche. Il y a une diminution de sensibilité dans la distribution du dermatome S1 à gauche. À l'examen de la hanche gauche, il y a une contraction de 10 degrés et l'abduction est restreinte à 20 degrés. Elle est incapable d'élever sa jambe en abduction contre la gravité. Le test de Gillet des joints sacro-iliaques révèle une hypomobilité à gauche.

Les plus récentes radiographies post-opératoires de son bassin nous montrent les arthroplasties totales des hanches. À noter que la composante fémorale de la prothèse gauche s'insère jusqu'aux deux tiers du fémur. (Figure 1) Les deux visses acétabulaires ont maintenu leur position post-chirurgicale. Les articulations sacro-iliaques n'étant pas bien visualisés sur c

* Résident IV, Sciences Cliniques, Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto, Ontario M4G 3E6.
** Département d'Orthopédie, Royal University Hospital, Saskatoon, Saskatchewan S7N 0X0.
© JCCA 1991.

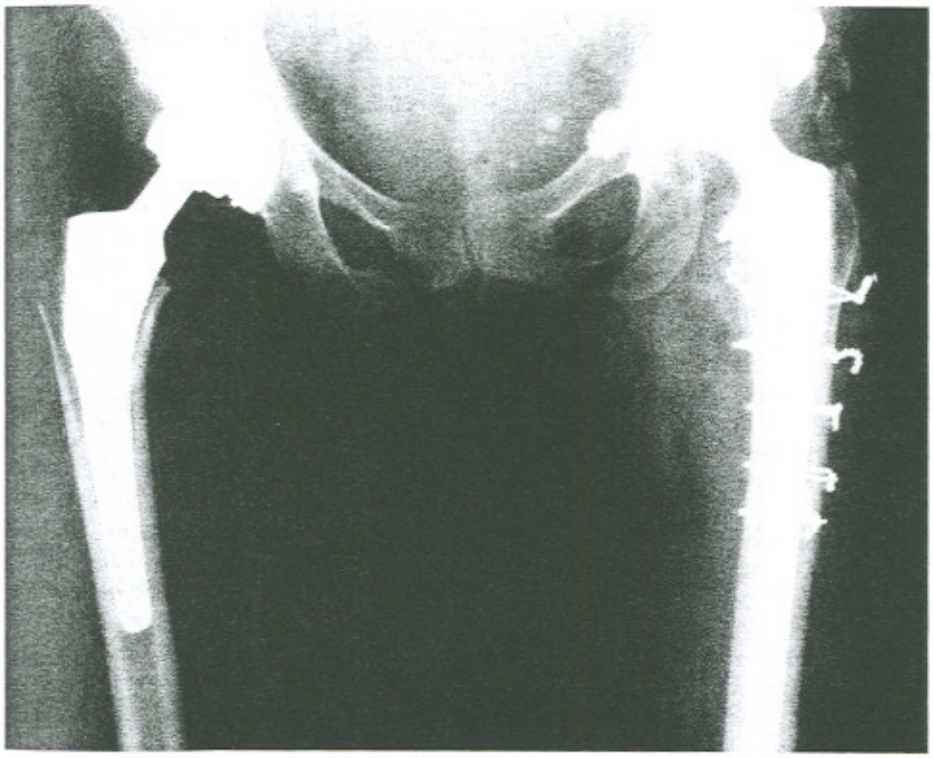

Figure 1 Vue antéro-postérieure post-opératoire du bassin. À noter la longueur de la prothèse gauche. Les articulations sacro-iliaques ne sont pas visualisées.

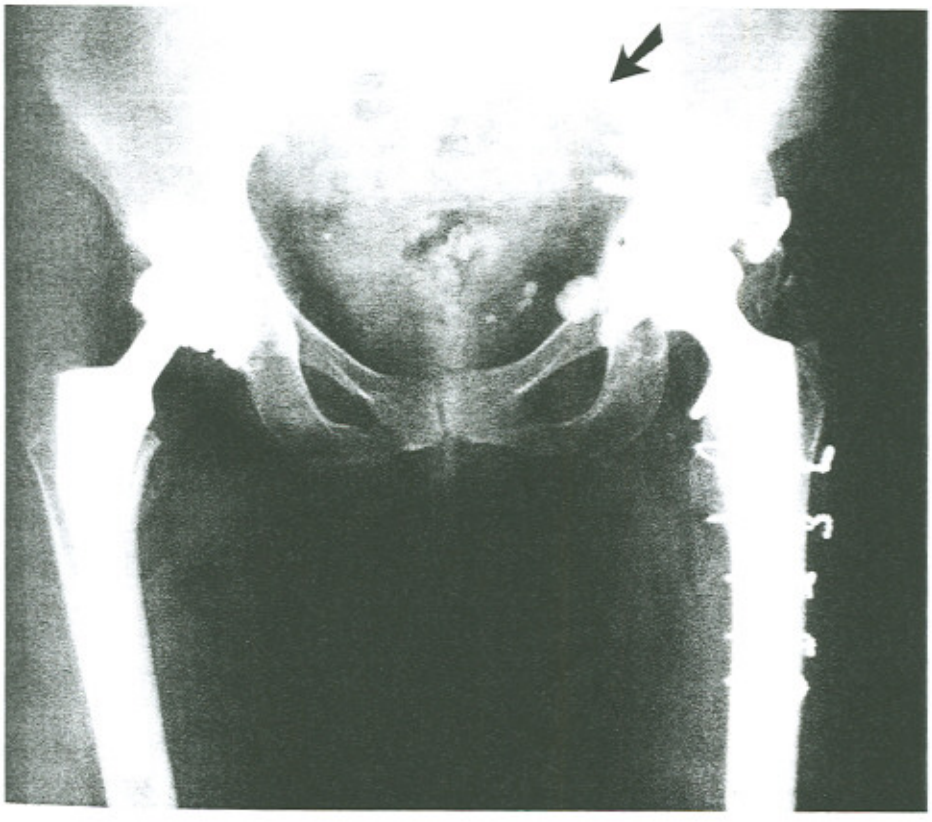

Figure 2 Vue antéro-postérieure post-opératoire du bassin. À noter la présence d'un bout de mèche dans l'articulation sacro-iliaque gauche (flèche).

clichés, on décide alors d'étudier tous les clichés antérieurs. On observe alors qu'un bout de mèche brisée est présent dans l'articulation sacro-iliaque gauche. (Figure 2)

Un diagnostique de fixation sacro-iliaque d'origine métallique est rendu. La présence du bout de mèche dans l'articulation sacro-iliaque gauche constituant une contre-indication aux manipulations, on la réfère à son chirurgien orthopédiste.

Six mois après la chirurgie de sa hanche gauche elle se présente à la clinique d'orthopédie pour une ré-évaluation. Ses symptômes ont augmentés en intensité et elle développe maintenant des faiblesses aux muscles fléchisseurs de la hanche gauche. L'examen neurologique révèle une faiblesse du muscle iliopsoas et l'absence du réflexe rotulien à gauche. D'après le dernier examen, on conclut que les signes neurologiques sont provoqués par le bout de mèche qui pénètre la cavité pelvienne et irrite ainsi le nerf sciatique. La patiente décline alors l'éventualité d'une autre chirurgie et elle ne se représente pas pour les visites de contrôle subséquentes.

Discussion

Ce cas illustre bien que les douleurs lombaires d'origine mécanique (traumatique, post-opératoire, idiopathique) ont plusieurs origines et que le clinicien doit revoir tous les clichés radiologiques de façon à rendre le bon diagnostique. Trop souvent on assume que le problème est la conséquence d'une dysfonction segmentaire et on n'approfondie pas l'histoire de cas ou l'examen physique suffisamment. On peut ainsi comprendre que le clinicien qui n'utilise que la palpation comme outil diagnostique base son jugement clinique sur des principes très fragiles. Un problème fondamental confronte le chiropraticien qui opte pour cette pratique : la biomécanique normale du joint n'est pas bien comprise scientifiquement et le mouvement intrinsèque de l'articulation est tellement minime qu'il est difficile à détecter.[5] Il est facile d'imaginer quelles conséquences dramatiques auraient pu résulter d'une manipulation sacro-iliaque l'étude de cas présentée.

Ce cas représente aussi un bon exemple qu'en l'absence de pathologie discale, de sténose spinale, de tumeur osseuse ou d'ostémyélite, l'irritation du nerf sciatique est possible et que son étiologie peut être post-chirurgicale.[6]

Conclusion

Le diagnostique différentiel de la lombalgie d'origine méchanique est important. Le cas présenté démontre que l'origine du syndrome sacro-iliaque peut être post-opératoire et que son diagnostique repose sur un examen lombaire complet et sur une étude complète des clichés radiologiques.

Remerciements

Les auteurs désirent remercier l'Association Chiropratique de la Saskatchewan pour leur support financier de la recherche à la Royal University Hospital de Saskatoon.

Références

1 Bernard TN, Kirkaldy-Willis WH. Non-specific low back pain. Clin Orthop 1987; 217:266–280.
2 Barbor R. Back Pain. Br Med J 1978; (ii):566.
3 Bourne IHJ. Treatment of backache with local injections. Practitioner 1979; 222:708–711.
4 Kirkaldy-Willis WH. Managing low back pain. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1988.
5 Cassidy JD, Mierau DR. Pathophysiology of the sacroiliac joint, in: Modern Development in the Principles and Practice of Chiropractic. Edited by Haldeman S. Norwalk: Appleton & Lange, 1991: in press.
6 Bernard TN, Cassidy JDC. The sacroiliac joint syndrome, Pathophysiology, Diagnosis, and Management, in: The Adult Spine. Principles and Practice. Edited by Frymoyer J. New York: Raven Press, 1991: 2107–2130.