

LES SACRO-ILIAQUES

Le choix de l'orthèse



SOMMAIRE

Pour chaque pathologie: une orthèse.

Le syndrome sacro-iliaque Préambule

1- Les sacro-iliites

- A. Symptomatologie
- B. Causalité
- C. Les éléments bio-mécaniques
- D. Prévalence
- E. Physiopathologie
- F. Etiologie

2- Diagnostic différentiel

- A. Diagnostic
- B. Les signes fonctionnels
- C. Les différents traitements proposés
- D. La réponse Bauerfeind

Comité Scientifique

**Directeur de la
publication :
P.Chenaie**

**Responsable
Marketing :
F.Jeanguyot**

**Responsable R et D :
C Guillet**

**Publication :
Propriété de
Bauerfeind®
France**

**BP 59258
95957
Roissy CDG Cedex**

« Le concept de douleur sacro-iliaque d'origine mécanique, très répandu chez les praticiens de médecine manuelle, souffre d'imprécision aussi bien diagnostique que thérapeutique ».

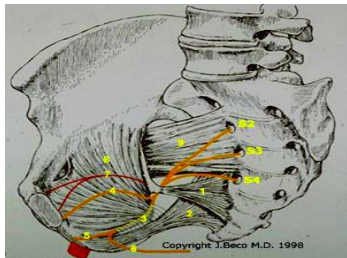
Une pathologie → Une orthèse

À travers nos « cas pratiques », nous allons aborder une articulation spécifique et particulière, à savoir les pathologies sacro-iliaques. En parallèle à ces explications, nous aborderons les produits recommandés pour ces pathologies.

Pour chacune de ces pathologies, nous allons vous faire découvrir nos orthèses de référence.

Le syndrome sacro-iliaque

L'articulation sacro-iliaque occupe historiquement une place singulière parmi les articulations du corps humain ; jusqu'à la découverte de la hernie discale (Mixter et Barr 1934), on croyait que les sciatiques communes étaient liées à une « entorse » de l'articulation sacro-iliaque ; puis celle-ci tomba dans l'oubli au profit du disque intervertébral et des articulaires postérieures.



Ê

Le syndrome sacro-iliaque est d'ailleurs parfois confondu avec une sciatique. C'est que la douleur qu'il provoque se situe aussi dans la fesse, à l'arrière de la cuisse et, de façon non classique, derrière le genou et le mollet (l'aîne peut aussi être un site douloureux). Ce problème est à l'origine dans l'une des plus grosses articulations du corps humain et sans doute aussi la plus méconnue.

Une partie de la complexité de cette articulation réside dans sa double constitution.

Seul le 1/3 antérieur est une véritable articulation synoviale, le reste est un ensemble complexe de raccordement ligamentaire .

Une partie de l'articulation est lubrifiée et l'autre partie est fibreuse. Cela lui confère une semi-rigidité essentielle à sa double fonction de support et de mouvement.

En effet, ce sont les articulations sacro-iliaques qui sont responsables de supporter tout le poids du haut du corps et de le transférer également sur les deux jambes. Malgré le fait que des forces énormes s'exercent sur celles-ci, elles ne doivent pas se « bloquer » car elles jouent aussi un rôle essentiel lors de la marche.

Lors de mal fonctionnement d'une des deux articulations, c'est le plus souvent à la marche ou lorsqu'on se lève de la position assise qu'on ressent de la douleur. Marcher avec une main sur la fesse douloureuse peut masquer la douleur mais ne règle pas le problème. Les symptômes viennent du fait qu'une des deux articulations devient moins souple et mobile que sa jumelle et cette raideur articulaire produit une prolifération de tissus fibreux. Les tissus fibreux « soudent » un peu plus l'articulation mais, lors de la marche, le mouvement du bassin brise ces « soudures », ce qui provoque de l'inflammation et par conséquent, de la douleur. Certains anatomistes mentionnent que l'articulation sacro-iliaque est le plus souvent soudée chez les hommes de plus de 50 ans. Ce qui n'est pas normal par contre, c'est d'avoir une articulation qui devient soudée lorsque sa jumelle ne l'est pas du tout.

C'est de cela que s'occupe le chiropraticien. Il s'assure de rétablir le mouvement normal dans l'articulation déficiente en la remettant directement en mouvement lors du traitement.

Les résultats positifs du traitement d'un syndrome sacro-iliaque aigu non compliqué sont souvent instantanés. Un problème qu'on a enduré pendant plusieurs années prendra, bien sûr, plus de traitements pour être complètement réglé mais le traitement chiropratique est ici un choix incontestable... et naturel.

Test d'évaluation :

Souffrez-vous d'un syndrome sacro-iliaque? **Oui** **Non**

Souffrez-vous de douleur à la fesse qui descend derrière la cuisse?

Est-ce que c'est seulement de la douleur qui est présente ?

Pas d'engourdissements)

Etes-vous enceinte ?

Est-ce pire lorsque vous vous relevez d'une position assise prolongée?

Couché sur le dos, êtes-vous capable de lever la jambe sans plier le genou ?

Est-ce que la douleur semble être parfois d'un côté, parfois de l'autre?

Est-ce que marcher avec une main sur la fesse semble soulager la douleur ?

Croisez-vous souvent les jambes lorsque vous êtes assis ?

Préambule :

L'articulation sacro-iliaque peut être une des causes mécaniques de lombalgie ; on la retrouve souvent aussi dans d'autres cas de douleur lombaire.

L'articulation sacro-iliaque se situe entre le sacrum et les crêtes iliaques du bassin. Le sacrum étant l'os qui se trouve dans la partie inférieure de la colonne vertébrale, positionné au-dessus du coccyx.

Il ressemble à une sorte de pivot. Il est positionné juste au-dessous de la ceinture.

L'articulation sacro-iliaque présente des mouvements lors de la marche. Elle fonctionne grâce aux muscles et aux ligaments qui traversent l'articulation.

Les Sacro-iliites :

A-Les sacro-iliites rhumatismales comprennent:

La synchro coxalgie sacro-iliite tuberculeuse qui détruit progressivement l'articulation

1. La sacro-iliite de la spondylarthrite ankylosante qui est la forme centrale
2. La sacro-iliite des rhumatismes inflammatoires axiaux apparentée à la spondylarthrite ankylosante et observée essentiellement dans le psoriasis à la suite du syndrome de Fiessinger Leroy Reiter et au cours d'entéro colopathies comme la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.
3. La rare sacro-iliite de la polyarthrite rhumatoïde
4. Les sacro-iliites rhumatismales isolées qui posent des questions nosologiques analogues à celle des monoarthrites rhumatismales en général.

B-Les sacro-iliites infectieuses:

- a. la sacro-coxalgie, sacro-iliite tuberculeuse qui détruit progressivement l'articulation.
- b. la sacro-iliite melitococcique qui enfreint souvent la règle de l'unilatéralité (phase aigüe de la brucellose).
- c. les sacro-iliites à germes banals qui ne sont pas rare et assez souvent d'origine obstétricale.

Et enfin celles qui nous intéressent beaucoup plus dans le cas présent; les autres arthropathies sacro-iliaques:

- a. L'Arthrose sacro-iliaque se manifeste par une ostéophytose inférieure, parfois accompagnée d'une discrète ostéosclérose bordant un interligne un peu rétréci. Elle n'a pas habituellement de retentissement clinique...
- b. Dans le post-partum, surtout, se rencontrent des diastasis douloureux marqués par un léger bâillement de l'articulation ; dans les mêmes circonstances, on observe parfois de discrets remaniements de l'interligne, de signification incertaine, mais qui méritent une surveillance pour éliminer formellement une éventuelle sacro-iliite infectieuse.

c. L'ostéochondrite iliaque se situe à la limite du sujet puisqu'elle se manifeste en règle avant 20 ans, mais elle doit être signalée en raison des difficultés de son diagnostic.

d. L'hyper-parathyroïdisme primitif ou secondaire, l'ostéodystrophie rénale, provoque une résorption osseuse sous-chondrale et secondairement une altération du cartilage articulaire.

e. la chondrocalcinose articulaire concerne parfois les articulations sacro-iliaques, et son dépôt calcaïque linéaire caractéristique, disposé entre les bords de l'interligne, est aisément reconnaissable.

Symptomatologie :

Les patients qui présentent des douleurs sacro-iliaques se plaignent souvent d'irradiations de cette douleur non seulement au rachis lombaire et aux hanches mais aussi aux fesses ainsi qu'à l'aîne du même côté.

On constatera une station assise prolongée qui leur est pénible ainsi que se relever d'une chaise ou de monter des escaliers. Ils ont aussi des douleurs pouvant se présenter lorsqu'ils se penchent ou lorsqu'ils soulèvent des objets.

Causalité :

Ces douleurs sacro-iliaques peuvent se constater y compris en absence de toute blessure visible.

Elles sont consécutives en général à un traumatisme comme par exemple une chute. Elles peuvent apparaître après un accident de voiture.

Ces douleurs peuvent aussi être la résultante de forces biomécaniques normales irradiant le rachis lombaire et résultant d'une anomalie posturale. L'inégalité de longueur des membres inférieurs peut-être une de ces anomalies posturales : l'articulation va alors suivre des forces sinueuses qui vont faire pression en traversant le rachis lombaire et le bassin, particulièrement lorsque le patient soulève un objet.

Elles peuvent être aussi la résultante d'un dysfonctionnement des muscles traversant cette articulation comme le muscle piriforme, ou de ligaments hyperlaxes ou traumatisés.

Certaines douleurs sacro-iliaques peuvent aussi être liées à des troubles arthritiques comme notamment Spondylarthrite ankylosante; bien souvent il existe dans ce cas des antécédents familiaux.

Les éléments biomécaniques:

Les mouvements de la sacro-iliaques sont à la fois complexe et de faible amplitude. L'axe de ce mouvement est horizontal situé au sein du ligament interosseux et se situe juste en arrière de la portion articulaire de l'articulation sacro-iliaques. Les déplacements se font dans un axe sagittal.

Les articulations sacro-iliaques transmettent et dissipent de manière passive les charges du tronc aux membres inférieurs. La forme de coin du sacrum dans les plans frontaux et horizontaux limite son glissement inférieur et postérieur. De très faibles déplacements de 1,7 à 3° de rotation et de 0,7 à 2mm de translation sont retrouvés en moyenne (1,2,3) mais la mobilité dépend de l'âge : 10-12° et 6mm avant 25 ans , pratiquement nulle après 45 ans ; il n'y a pas de différence de mobilité entre articulation symptomatique ou non symptomatique.

La mobilité sagittale en flexion/extension est le mouvement principal de la sacro-iliaque. Son amplitude physiologique est d'environ 10°. L'axe de rotation le plus souvent proposée passe par le "ligament axile". Il est horizontal et se situe au niveau de S 2:

Cette mobilité serait à l'origine de dérangements sacro-iliaques.

Il existe probablement une faible mobilité frontale en latéro-flexion. Le sacrum pourrait glisser verticalement notamment lors de l'appui monopodal. La sacro-iliaque présente également une légère mobilité en rotation.

C'est deux secteurs de mobilité de la sacro-iliaques sont particulièrement limité. Ils ne peuvent participer aux gestes physiologiques de façon extrêmement réduite. De ce fait, il pourrait être à l'origine de mouvement forcé que certains appellent "entorses ou blocages".

Cette articulation peu mobile est vouée à l'arthrodèse spontanée, la sacro-iliaque est le répartisseur des charges entre le rachis et l'os coxal.

Cette articulation est fortement pourvue en ligaments avec parfois des insertions lointaines ; la douleur peut s'exprimer sur un mode articulaire mais aussi par le biais d'enthésopathies en regard ou à distance.

Certaines douleurs pourraient prendre leurs origines dans les ligaments ; il est par ce fait encore plus difficile de dissocier leurs origines par rapport aux structures avoisinant la sacro-iliaque. Certaines douleurs sacro-iliaques peuvent aussi s'exprimer par des projections trompeuses simulant des tableaux douloureux abdomino-pelvien, de la même manière que certaines pathologies viscérales pourraient induire des douleurs dans la région de la sacro-iliaque.

Prévalence :

L'étude de Bernard et Kirkaldy-Willis (4) a trouvé un taux de 22,5 % sur 1293 lombalgiques adultes ; si elle a le mérite du nombre, elle ne se base que sur l'examen clinique pour le diagnostic.

Physiopathologie :

Une étude sur les mécanorécepteurs des articulations sacro-iliaques de chats (5) a montré que 90% des unités mécanosensitives sont trouvées dans les ligaments sacro-iliaques postérieurs, avec une fonction essentiellement nociceptive et non proprioceptive, ce qui prouve la responsabilité douloureuse de cette articulation et surtout de ses plans ligamentaires postérieurs (6).

Les atteintes inflammatoires fréquentes de l'articulation, rhumatismales ou non, sont à relier à sa richesse ligamentaire, réalisant un système enthésique très important, ce qui en fait plus une cible pour les processus enthésopathiques des spondylarthropathies que pour les pannus synoviaux de la maladie rhumatoïde (7) ; ceci explique aussi l'efficacité des infiltrations intra ou péri-articulaires, concernant aussi bien les spondylarthropathies (8) que les douleurs sacro-iliaques non-rhumatismales (9).

L'arthrose sacro-iliaque, si elle est fréquente anatomiquement après 50 ans, est exceptionnellement symptomatique (10) ; l'ostéose condensante iliaque est aussi le plus souvent muette cliniquement.

La fracture de contrainte du sacrum, par sa difficulté diagnostique, est sans doute sous-estimée : fréquente chez la femme âgée ostéoporotique (11), non exceptionnelle comme fracture de fatigue chez le sportif (12) .

Etiologie :

Une étude rétrospective sur 54 patients présentant une douleur sacro-iliaque confirmée par bloc anesthésique (13) a donné 44% de traumatisme (dont 54% véhicules à moteur, 25% chute sur les fesses, 12,5% accouchement), 21% d'activité répétitive (course à pied, efforts de soulèvement, boiterie par pathologie des membres inférieurs) ; 35% étaient considérés comme « idiopathiques » et parmi ceux-ci la moitié avaient eu une chirurgie lombaire. Certains facteurs structuraux asymétriques qui augmentent les efforts supportés par une articulation sacro-iliaque ont été remarqués : inégalité de longueur des membres inférieurs (14,74), boiteries (15), prothèses de hanches (16), scoliose (17), anomalies transitionnelles (18).

L'hyperlordose, si elle protège le disque (86), serait délétère pour les sacro-iliaques (87).

Des restrictions articulaires sus ou sous jacentes à l'articulation sacro-iliaque peuvent entraîner un surmenage de celle-ci : arthrodèses lombo-sacrées (19,20 : 32 à 35% de responsabilité certaine prouvée par blocs dans la lombalgie post-chirurgicale), coxarthrose (10).

La grossesse prédispose aux douleurs sacro-iliaques par la combinaison de la prise de poids, de la mise en lordose, de la laxité ligamentaire hormono-dépendante, enfin du traumatisme mécanique de la parturition (1, 21) ; 50% des lombalgies chez la femme enceinte seraient d'origine sacro-iliaque (35).

Certaines activités répétitives impliquant cisaillement du bassin et forces en torsion (golf, tennis, cyclisme), impacts monopodaux répétés (trotinette, step), ou certaines postures désaxées (port d'un bébé sur la hanche, station debout déhanchée) ont pu être mises en cause (22, 23).

Diagnostic différentiel :

1. La pathologie sacro-iliaque non micro-mécanique :

a) Les lésions traumatiques :

on distingue les lésions par compression antéro-postérieure, qui respectent le ligament postérieur, les lésions par compression latérale (les plus fréquentes) et par cisaillement vertical au contraire très instables par rupture du ligament postérieur (24) ; on différencie les accidents de la voie publique graves dans le cadre de polytraumatismes avec fractures associées, ou plus bénins par lésion ligamentaires seules mais source de gêne par instabilité chronique (chutes et accidents sportifs) ; l'instabilité de la symphyse pubienne, accident fréquent chez les joueurs de football, s'accompagne souvent de douleurs sacro-iliaques (25) et peut s'intégrer dans un tableau complexe de « pubalgie » (26) ; mais elle se retrouve aussi chez la femme mûre multipare par persistance de l'instabilité symphysaire physiologique de la grossesse (27).

b) Les atteintes rhumatismales

(spondylarthropathies), infectieuses (staphylocoque, brucellose, tuberculose) tumorales ou métaboliques sont le plus souvent recherchées selon le contexte, et la présence de « drapeaux rouges » (28) déclenche les examens paracliniques nécessaires.

2) Les douleurs référées :

a) Origine vertébrale :

Pour Robert MAIGNE, la majorité des douleurs rapportées aux sacro-iliaques sont en fait d'origine dorsolombaire (29) : 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 dorsolombaire ; Nombre de lombalgies attribuées à un blocage sacro-iliaque seraient en fait d'après R. Maigne des "lombalgies basses d'origine haute" (T12-L1) avec leur "Point douloureux de crête" et leur cellulalgie fessière.

Mais les articulaires postérieures L4L5 et L5S1 peuvent aussi être à l'origine de douleurs fessières, comme peut l'être une sciatique tronquée .

b) Origine coxofémorale :

Le plus souvent évidente, cliniquement et radiologiquement, est d'autant plus à éliminer que nombre de tests sacro-iliaques utilisent la mobilisation de hanche.

c) Origine viscérale :

Nous avons personnellement l'exemple d'une douleur étiquetée sacro-iliaque guérie par une opération de l'appendicite, mais à l'inverse, une infection suppurative de l'articulation sacro-iliaque peut se traduire par une douleur abdominale aiguë (29).

d) Origine musculaire :

Les études de Travell et Simons (30) sur les projections douloureuses à partir des « trigger points » musculaires, montrent la fréquence des irradiations sacro-iliaques pour les muscles : fessiers, carré des lombes, psoas, multifidus, grands droits, pyramidal du bassin. L'atteinte du pyramidal du bassin (piriformis syndrome) peut accompagner une lésion sacro-iliaque ou être autonome ; la douleur est reproduite par la palpation, l'étirement et la contraction (31).

e) Origine neurologique :

L'irritation du nerf pudendal, malgré sa fréquence (1 à 2%), est méconnue et source d'errance diagnostique (32) ; le nerf est le plus souvent (65%) comprimé entre les ligaments sacro-tubéreux et sacro-épineux, et pour 15% des cas dans le canal d'Alcock (aponévrose du muscle obturateur interne).

Diagnostic :

Ces douleurs et ces dysfonctionnements sacro-iliaques peuvent être diagnostiqués en se basant sur des antécédents médicaux du malade et sur son examen physique souvent effectué par un médecin. On doit par contre toujours réfléchir à d'autres causes pouvant faire apparaître des douleurs au dos.

Des radiographies et des bilans sanguins permettront d'exclure d'autres cas possibles de douleurs et notamment la spondylarthrite ankylosante.

Des douleurs mécaniques situées au voisinage de la sacro-iliaque sont à envisager chez le sportif. Il s'agit très rarement d'une arthrose débutante. Le plus souvent il faudra suspecter une pathologie de la charnière lombo-sacrée. La confusion dans ce cas est très facile du fait de sa proximité anatomique et de son association à des cordons myalgiques dans le grand fessier et le pyramidal.

Tout aussi fréquemment, il peut exister une souffrance de la charnière dorso-lombaire. L'erreur peut provenir de la douleur issue de la branche postérieure.

Les signes fonctionnels :

Beaucoup de sportifs se plaignent essentiellement de douleurs se situant au voisinage de la sacro-iliaque. Il n'existe par contre aucune irradiation antérieure ou trochantérienne.

En cas de lésions, la lésion apparaît en début d'activité puis se dissipe à l'issue de l'échauffement. Elle peut bien sûr toujours récidiver à froid pour disparaître lors d'un repos prolongé.

Lors de lésions plus importantes, la sollicitation mécanique accroît la douleur et peut imposer l'arrêt.

Les différents traitements proposés :

Le traitement de la douleur commune d'origine sacro-iliaque est controversé, ce qui n'est pas surprenant concernant une pathologie de mécanismes et de diagnostics peu clairs ; seul le démembrement d'un problème sans doute multiple (dominante mécanique, inflammatoire, ligamentaire, musculaire...) permettrait une thérapeutique ciblée, ce qui n'a pas encore été fait.

1) Le Traitement psycho-social

L'articulation sacro-iliaque n'échappe pas à l'influence des facteurs psycho-sociaux reconnus dans la lombalgie chronique en générale, et les indicateurs d'évaluation de la douleur et de la qualité de vie ne montrent pas de différence avec les radiculopathies lombaires (34) ; l'identification et le traitement de ces facteurs est donc une priorité, au mieux grâce à une approche multidisciplinaire (1).

2) Le traitement médical

Il a toute sa place en première intention, avec une importance particulière pour les anti-inflammatoires concernant une articulation enthésopatique ; la grande efficacité des AINS est de plus un élément dans le diagnostic des spondylarthropathies. Le repos sportif avec correction de l'erreur technique en cause, ou l'intervention sociale sur un Trouble Musculo-Squelettique d'hyperutilisation professionnelle avéré, sont des mesures fondamentales.

3) La médecine physique et l'orthopédie

a) La **correction d'une inégalité de longueur des membres inférieurs** peut être très efficace en cas de responsabilité avérée (35).

b) les **manipulations dite « sacro-iliaques »** souffrent de l'absence complète d'études contrôlées dans les revues internationales, ce qui est un paradoxe concernant un traitement des plus employés ; les études favorables chiropractiques (36) sont d'un niveau méthodologique trop faible (37) pour pouvoir être retenues.

A l'image de ce que nous avons montré par ailleurs concernant les mécanismes d'action des manipulations vertébrales sur le système d'intégrité tensionnelle ligamento-musculaire (33), il nous semble que la manipulation sacro-iliaque agit en fait essentiellement sur le système ligamentaire postérieur dont nous avons vu la richesse en mécanorécepteurs et nocicepteurs. Les reflexes ligamento-musculaires, qui permet lorsqu'une entorse se produit un serrage reflexe des muscles stabilisateurs de l'articulation, ont été bien étudiés au genou (38,39), mais aussi au rachis (40) concernant la réaction du multifidus aux stimulations des ligaments interépineux. Il est vraisemblable que l'étirement du ligament sacro-iliaque postérieur réalisé lors de la manipulation en contre-nutation entraîne la levée du serrage reflexe verrouillant l'articulation en nutation stable mais irritative pour les structures articulaires ; le bruit de craquement, qui peut venir aussi bien de l'articulation synoviale sacro-iliaque que de l'articulaire postérieure L5S1 homolatérale, n'est que le reflet de la rapidité de l'impulsion manipulative ; si la tension des ligaments postérieurs est compromise (déchirure, hyperlaxité), il y aura au contraire lésion hypermobile en contre-nutation, avec parfois image radiologique d'asymétrie rotatoire des iliums.

A l'instar des manipulations vertébrales, la manipulation sacro-iliaque est donc indiquée lors d'un serrage reflexe nociceptif, afin de rompre le

cercle vicieux « douleur-spasme-douleur » persistant à distance d'une lésion mineure ayant commencé à cicatrifier (41).

Nous retiendrons comme manipulation sacro-iliaque essentiellement celle qui étire les ligaments postérieurs, la manoeuvre fondamentale étant en décubitus latérale en lordose, avec poussée postéroantérieure sur l'iliaque dans le plan articulaire :

D'autres techniques de médecine manuelle sont complémentaires : travail myotensif du psoas, piriformis ou carrée des lombes, équilibration

symphysaire par travail résisté des adducteurs, massages cutanées et musculaires, « décordage » ligamentaire ou tendineux...

Une dysfonction sacro-iliaque étant rarement isolée, nous retrouvons la nécessité de rechercher et de traiter les serrages reflexes de la chaîne musculaire sus-jacente homolatérale (33).

c) les **ceintures pelviennes**

luttent contre l'instabilité de l'anneau pelvien, par insuffisance ligamentaire traumatique ou de la grossesse, grâce à une compression inextensible.

d) les **exercices musculaires**

s'inspirent des conceptions de Vleeming ; Mooney (1) a montré comment l'hyperactivité homolatérale du grand fessier et controlatérale du grand dorsal chez des patientes avec syndrome sacro-iliaque pouvait s'améliorer après 2mois1/2 d'exercices, avec amélioration clinique parallèle à la normalisation myoélectrique.

e) les **étirements** des muscles pelvi-fémoraux

rétractés (piriformis, fessiers, fléchisseurs de hanche, ischio-jambiers...) interviendront dans la levée du serrage reflexe (94).

4) les infiltrations

Les injections avec anesthésiques et corticoïdes ont l'avantage d'être à la fois diagnostiques et thérapeutiques ; leur intérêt est validé par de nombreuses études (22,23) ; l'injection périarticulaire serait aussi efficace qu'intra-articulaire (23) voir supérieure, ce qui maintient l'intérêt du geste en cabinet ; cette dernière étude conforte encore l'idée de la responsabilité ligamentaire et non articulaire dans la douleur sacro-iliaque.

5) Les autres traitements

Les compresses froides et les compresses chaudes qui peuvent être alternées.

La Visco-supplémentation à l'acide hyaluronique .

Les exercices du style étirement du tendon du jarret et des quadriceps, des flexions/ extensions position allongées sur le dos et en fléchissant un genou successivement vers chaque épaule peuvent s'avérer efficaces.

La Réponse Bauerfeind : Sacroloc® Orthèse pour la stabilisation et la décharge du bassin et des articulations sacro-iliaques



L'orthèse SacroLoc® peut fournir un soutien adéquat pour le syndrome, l'arthrose, l'instabilité ou le blocage de l'articulation sacro-iliaque. Elle stabilise et soulage les pressions sur le bassin ou la symphyse et, avec ses deux inserts viscoélastiques, masse la région sacro-iliaque. Cela stimule la circulation sanguine et active ainsi le processus de guérison.

- Stabilise et soulage des douleurs
- Thérapie ciblée sur la région sacro-iliaque
- Individuellement ajustable avec son système de sangles
- **Effet ciblé sur la région sacro-iliaque**
- Dans 25% des cas, les douleurs au dos sont dues à un dysfonctionnement au niveau de la région sacro-iliaque. Avec SacroLoc®, l'association d'un tricotage élastique et non élastique stabilise et soulage des pressions sur cette zone, pendant que les deux inserts viscoélastiques produisent un effet de friction ciblé. Cela stimule la circulation à certains endroits, soulage d'éventuelles crampes tout en relâchant les tensions. L'insert favorise l'irrigation sanguine des ligaments et de la musculature grâce à un micro-massage.
- **Confortable et personnalisable**
- Grâce à sa forme anatomique, SacroLoc® est à peine perceptible sous les vêtements. Il est doté d'un tricotage spécial très respirant, permettant ainsi à l'air de circuler suffisamment sur la peau. L'intensité de la stabilisation peut être individuellement adaptée grâce aux sangles fonctionnelles. Les fixations sont dotées de passe-doigts ; ce qui rend l'orthèse très facile à mettre en place et à retirer. SacroLoc® est une combinaison parfaite entre fonctionnalité et haut degré de confort. Cela a été primé par [iF product design award 2010](#)

Indications :

- Syndrome de l'articulation sacro-iliaque
- Arthrose de l'articulation sacro-iliaque
- Instabilité de l'articulation sacro-iliaque
- Blocage de l'articulation sacro-iliaque
- Myalgies et tendopathies dans la région du bassin
- Instabilité de l'anneau du bassin
- Prophylaxie des blocages récidivants de l'articulation sacro-iliaque et des myalgies et tendopathies (M. droit de l'abdomen, adducteurs du M. pyramidal du bassin)
- Disjonction symphysaire et relâchement
- En cas de trouble structurel après spondylodèses de la colonne lombaire

Bibliographie

- 1 Vleeming A, van Wingerden JP, Dijkstra PF, et al. Mobility in the sacroiliac joints in the elderly: a kinematic and radiological study. *Clin Biomech* 1992;7:170-6.
- 2) Egund N, Olsson TH, Schmid H, Selvik G. Movements in the sacroiliac joints demonstrated with roentgen stereophotogrammetric analysis. *Acta Radiol Diagn* 1978;19:833-45.
- 3 Jacob H, Kissling R. The mobility of the sacroiliac joints in healthy volunteers between 20 and 50 years of age. *Clin Biomech* 1995;10:352-61.
- 4 Bernard TN, Kirkaldy-Willis WH. Recognizing specific characteristics of nonspecific low back pain. *Clin Orthop* 1987;217:266-80.
- 5 Sakamoto N, Yamashita T, Takebayashi T, et al. An electrophysiologic study of mechanoreceptors in the sacroiliac joint and adjacent tissues. *Spine* 2001;26:E468-71.
- 6 Maigne JY. Le mal de dos. Collection "Que sais-je ?" 1994; 46.
- 7 Fournié B. La sacro-iliite psoriasique. In *Pathologie de l'articulation sacro-iliaque*, MASSON 1992; 112-115
- 8 Maugars Y, Mathis C, Berthelot JM, Charlier C, Prost A. Assessment of the efficacy of sacroiliac corticosteroid injections in spondyloarthropathies: a double-blind study. *Br J Rheumatol* 1996;35:767-70.
- 9 Luukkainen R, Wennerstrand PV, Kautiainen HH, et al. Efficacy of periarticular corticosteroid treatment of the sacroiliac joint in non-spondyloarthropathic patients with chronic low back pain in the region of the sacroiliac joint. *Clin Exp Rheumatol* 2002;20:52-4
- 10 Maugars Y, Mathis C, Prost A. L'arthrose sacroiliaque. In *Pathologie de l'articulation sacro-iliaque*, MASSON 1992; 172-179.
- 11 Marcelli E, Bouquillard E, Herisson C, Simon L. Les fractures de contrainte du sacrum. In *Pathologie de l'articulation sacro-iliaque*, MASSON 1992; 215-221.
- 12 Marymont JV, Lynch MA, Henning CE. Exerciserelated stress reaction of the sacroiliac joint: an unusual cause of low back pain in athletes. *Am J Sports Med* 1986;14:320-3.
- 13 Schuit D, McPoil TG, Mulesa P. Incidence of sacroiliac joint malalignment in leg length discrepancies. *J Am Podiatr Med Assoc* 1989;79:380-3
- 14 Herzog W, Conway PJ. Gait analysis of sacroiliac joint patients. *J Manipulative Physiol Ther* 1994;17:124-7
- 15 Pap A, Maager M, Kolarz G. Functional impairment of the sacroiliac joint after total hip replacement. *Int Rehabil Med.* 1987;8(4):145-7.
- 16 Perennou D, Ayet L, Baixas P, Assouline C, Herisson C, Lopez P, Simon L. Scoliose et articulation sacroiliaque. In *Pathologie de l'articulation sacro-iliaque*, MASSON 1992; 233-236(31) Wellinger C. La sacro-iliaque. Editions médicales Spécia, Paris, 1987.
- 17 Katz V, Schofferman J, Reynolds J. The sacroiliac joint: a potential cause of pain after lumbar fusion to the sacrum. *J Spinal Disord Tech* 2003;16:96-9.
- 18 Maigne JY, Planchon CA. Sacroiliac joint pain after lumbar fusion. A study with anesthetic blocks. *Eur Spine J.* 2005 Sep;14(7):654-8
- 18 Aeschlimann A, Kahn MF. Douleurs sacro-iliaques et grossesse. In *Pathologie de l'articulation sacro-iliaque*, MASSON 1992; 259-262
- 19 Daly JM, Frame PS, Rapoza PA. Sacroiliac subluxation: a common treatable cause of low-back pain in pregnancy. *Fam Pract Res J* 1991;11:149-59.
- 20 DeMann LE. Sacroiliac dysfunction in dancers with low back pain. *Man Ther.* 1997 Feb;2(1):2-10.
- 21 Brolinson PG, Kozar AJ, Cibor G. Sacroiliac joint dysfunction in athletes. *Curr Sports Med Rep.* 2003 Feb;2(1):47-56.
- 22 Brunet B., Brunet-Guedj E., Genety J., Imbert J.-C., Moyen B., Lerat J.-L. - Démembrement de la pubalgie. Editions techniques, Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) Appareil locomoteur, 14323 A 10, 1985, 5 p.
- 23 Delaunay D., Roman F., Validire J. - Ostéoarthropathie pubienne par instabilité symphysaire ou «symphysiolyse chronique douloureuse » : traitement par symphysiodèse. A propos d'un cas et revue de la littérature. *Rev. Chir. Orthop.*, 1986, 72, 573-578.
- 24 McCarthy CJ, Gittins M, Roberts C, Oldham JA. The reliability of the clinical tests and questions recommended in international guidelines for low back pain. *Spine.* 2007 Apr 15;32(8):921-6.
- 25 Maigne R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion scientifique française. 1989; 492-500.
- 26 Cohn SM, Schoetz DJ. Pyogenic sacroiliitis: another imitator of the acute abdomen. *Surgery.* 1986 Jul;100(1):95-8.
- 27 Travell JG., Simons DG. Myofascial Pain and Dysfunction The Trigger Point Manual, Williams & Wilkins, Volume 1 1983
- 28 Kouvalchouk JF, Bonnet JM, de Mondenard JP. Le syndrome du pyramidal. À propos de 4 cas traités chirurgicalement et revue de la littérature. *Revue de chirurgie orthopédique* 1996 ; 82 647-657.
- 29 Salmochi JF. La Tenségrité : une nouvelle compréhension du mode d'action des manipulations vertébrales. *Rés Euro Rachis* 2006;43 : 1809-1814.
- 30 Barjon MC. L'examen clinique de l'articulation sacroiliaque. In *Pathologie de l'articulation sacro-iliaque*, MASSON 1992; 20-27.
- 31 Maigne JY, Boulahdour H, Chatellier G. Value of quantitative radionuclide bone scanning in the diagnosis of sacroiliac joint syndrome in 32 patients with low back pain. *Eur Spine J.* 1998;7(4):328-31.
- 32 Cheng MB, Ferrante F. Health-related quality of life in sacroiliac syndrome: A comparison to lumbosacral radiculopathy (2006). *Regional Anesthesia and Pain Medicine.* 31 (5), pp. 422-427.
- 33 Salmochi JF. 8e journées de pathologie vertébrale 2004 in : <http://www.telemedicinaitalia.com/richmedia/Salmochi/web/default.htm>
- 34 Osterbauer PJ, De Boer KF, Widmaier R, et al. Treatment and biomechanical assessment of patients with chronic sacroiliac joint syndrome. *J Manipulative Physiol Ther* 1993;16:82-90.
- 35 Ernst E, Canter PH. A systematic review of spinal manipulation. *JR Soc Med.* 2006 Apr;99(4):192-6
- 36 Eiichi Tsuda, MD, Yoshihisa Okamura, et coll. Direct Evidence of the Anterior Cruciate Ligament-Hamstring Reflex Arc in Humans. *The American Journal of Sports Medicine* 29:83-87 (2001)
- 37 Murakami E, Tanaka Y, Aizawa T, Ishizuka M, Kokubun S. Effect of periarticular and intraarticular lidocaine injections for sacroiliac joint pain: prospective comparative study. *J Orthop Sci.* 2007 May;12(3):274-80.
- 38 Dubaa J, Peninou G. Les levées de tension appliquées au rachis lombaire et au bassin. In *Ceinture pelvienne sacro-iliaques et thérapies manuelles*. Sauramus médical; 2007. 135-143

Nos contacts courriels évoluent :

info.medical@bauerfeind.fr

commande@bauerfeind.fr



N'oubliez pas de nous rejoindre sur notre page Facebook.

Strictement destinée aux professionnels de santé. Si vous avez reçu ce message par erreur, veuillez en informer l'expéditeur par retour de courriel et supprimer ce message. Toute utilisation ou diffusion non autorisée de ces informations est strictement interdite.

www.bauerfeind.fr

Le mouvement c'est la vie !

France

Bauerfeind France S.A.R.L.
B.P. 50258
F-95957 Roissy CDG Cedex
Phone +33 (0) 1 48 63 28 96
Fax +33 (0) 1 48 63 29 63
E-mail info@bauerfeind.fr

Tous les produits présentés dans ce document sont des dispositifs médicaux de classe 1, selon la directive européenne 93/42/CEE