

Douleur dans les reins! Et si c'était le syndrome Sacro-iliaque.

Par le Dr Aroussen Laflamme, chiropraticien D.C.

418-878-9442

Chiro_sport@hotmail.com

La saison de courses a été rude et en sont nés de nouveaux maux. Depuis quelques semaines, voir quelques mois vous souffrez de brûlure au bas du dos. Une sensation qui vous prive de toute position confortable sur le vélo, qui draine votre «force du mental» jusqu'à vous faire maudire chaque racine, chaque trou qui s'acharnent à faire vibrer votre vélo. Pour ajouter à l'injure, lorsque vous tentez de vous lever sur les pédales et de pousser, voilà que la douleur ramollit vos jambes et vous prive de toute explosivité. Vivement que la saison s'achève! À moins que vous ne tentiez le cyclocross...

L'origine des maux de dos, comme vous le savez maintenant, est très diversifiée. Le syndrome que nous aborderons aujourd'hui touche l'articulation sacro-iliaque (SI). Souvent confondu avec la douleur sciatique, le syndrome SI est plutôt de nature mécanique versus neurologique. Selon le plan habituel nous réviserons l'anatomie, la biomécanique, les symptômes et les traitements de cette problématique. En bonus, je vous offrirai quelques onces de prévention!

Que sont les articulations sacro-iliaques ?

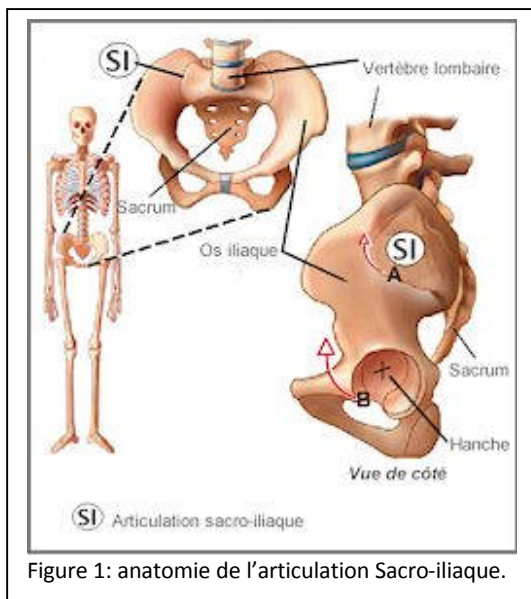


Figure 1: anatomie de l'articulation Sacro-iliaque.

Elles font partie de la ceinture pelvienne qui est elle-même considérée comme étant la jonction entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs. C'est donc un endroit qui subit des forces très importantes, par le poids du corps, mais aussi par les impacts au sol. La ceinture pelvienne est formée par les os iliaques et le sacrum qui s'articulent l'un avec l'autre. Cette articulation est de type synovial, c'est-à-dire qu'elle possède une capsule articulaire contenant du liquide. Par conséquent, elle est susceptible aux mêmes phénomènes inflammatoires qui affectent les autres articulations du corps.¹ La cohésion de cette articulation est assurée par un ensemble de ligaments très forts, renforcés par de puissants groupes musculaire.

Plusieurs muscles influencent l'articulation SI. Les principaux sont : les ischio-jambiers (face postérieure de la cuisse), le psoas (face antérieure de la hanche), la bandelette ilio-tibiale (face latérale de la cuisse), le piriforme (fesse) et le droit fémoral (face antérieure de la cuisse). Comme nous le verrons lors de l'examen, il est important d'identifier tout spasme ou faiblesse au niveau de ces muscles afin que le traitement soit ciblé et efficace.

L'articulation SI est très particulière du fait de sa localisation profonde, de son mouvement limité et de l'irrégularité de ses surfaces articulaires. Au moins huit mouvements différents ont été décrits pour cette articulation. Les deux articulations SI sont interdépendantes l'une de l'autre : le mouvement d'un côté entraînant un mouvement opposé de l'autre côté.² Ce phénomène est intéressant d'un point de vue clinique car il explique comment la fixation ou la restriction de mouvement d'un côté peut entraîner de la douleur du côté opposé.

Le mouvement au niveau SI est possible grâce à une autre articulation, la symphyse pubienne. Bien que limité, les quelques millimètres de mouvement à ce niveau assurent le mouvement normal de l'articulation SI. Lors de la grossesse, le mouvement de la symphyse pubienne s'accroît en raison de l'assouplissement des ligaments. Ici encore, ce phénomène a une très grande importance clinique car il explique de nombreux maux de dos chez la femme parturiente.

Que se passe-t-il à vélo ?

Les stress à l'articulation SI lors de la pratique du vélo sont multiples. Que ce soit par la posture, le pédalage ou les chutes, les occasions de se blesser sont fréquentes. Regardons tout ça de plus près.

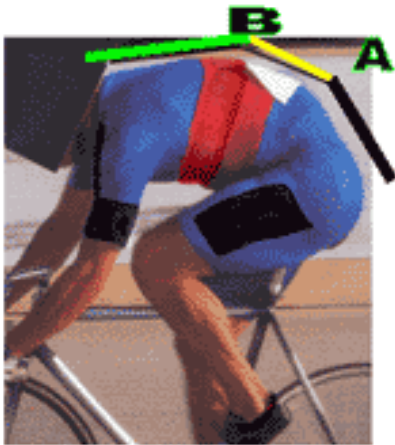


Figure 2 : posture arrondie avec zone d'inflexion et d'accentuation par manque de flexibilité des muscles postérieurs de la cuisse et du bas de dos.

La posture à vélo est un des générateurs de tension le plus important, ne serait-ce que par sa nature statique et prolongée. En particulier, l'adoption d'une mauvaise posture avec un arrondissement du bas de dos sans bascule antérieure du bassin entraîne un étirement prolongé des structures postérieures. Tel que nous le voyons sur la figure 2, la posture arrondie annule la lordose lombaire et cause une ouverture postérieure des disques vertébraux. Limitons-nous cependant à l'articulation SI et à ses ligaments qui subissent une importante traction par les muscles ischio-jambiers et en direction opposée par les ligaments sacro-lombaire. L'étirement soutenu de ces structures augmente le risque de blessures en raison de la perte de stabilisation.

Qu'en est-il lorsque le cycliste se lève debout en danseuse? Il y a évidemment une décuplaison des forces impliquées puisqu'à la force musculaire on ajoute celle du poids du

corps. Heureusement, cette position rétablit la lordose lombaire. Toutefois, elle occasionne des flexions latérales et des forces rotatoires importantes au niveau lombaire. La position debout implique une rotation interne du fémur par rapport à l'articulation de la hanche. Ce mouvement est contrôlé par la contraction du muscle piriforme. L'hypertrophie, la fatigue ou les dommages à ce muscle expliquent son implication fréquente dans les douleurs sacro-iliaques.

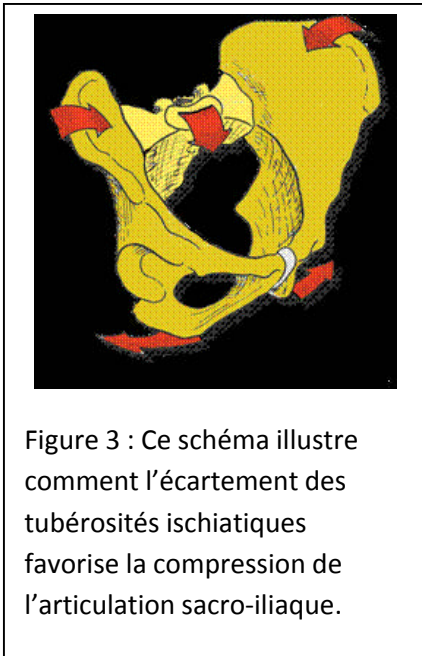


Figure 3 : Ce schéma illustre comment l'écartement des tubérosités ischiatiques favorise la compression de l'articulation sacro-iliaque.

Les inégalités du membre inférieur peuvent expliquer la genèse de syndrome SI lors de la pratique du cyclisme. Une jambe courte force une compensation qui peut prendre place au niveau de la cheville (pointé le pied) mais aussi de la hanche et du bassin (basculer le bassin).

Le type de selle utilisé et la hauteur de celle-ci sont également des facteurs à évaluer en présence de syndrome SI. Ils doivent être bien adaptés au cycliste afin de minimiser les tensions et favoriser un pédalage souple, efficace et puissant à la fois. De plus, une selle trop étroite n'offre pas un support adéquat aux articulations SI, support offert par le biais d'un appui sur les tubérosités ischiatiques. À la limite, une selle de ce type peut même provoquer une compression de l'articulation SI en forçant les tubérosités ischiatiques vers l'extérieure (voir figure 3)

Pourquoi ai-je plus mal en montée?

Ce phénomène fréquemment observé chez les cyclistes de montagne trouve son explication dans l'étude biomécanique du mouvement cycliste. En position assise, lors de la montée, le cycliste tire sur le guidon afin de conserver la traction et maintenir la stabilité du tronc. Ceci amène le recrutement des muscles postérieurs lombaires d'où une augmentation de la compression discale. De plus, les extenseurs de la hanche entrent en action et forcent l'adoption de la posture lombaire arrondie. Tel que décrit précédemment, l'hypolordose qui en résulte accentue la pression discale et étire les ligaments postérieurs. Tous ces phénomènes concourent à produire de la douleur et des symptômes de lombo-sciatalgie ou de sacro-iliaque.

Tableau 1 : Source du syndrome Sacro-iliaque

- *Vice de posture (hypolordose)*
-
- *Abus de la position en danseuse*
-
- *Faux-mouvements avec rotation du tronc*
-
- *Micro-traumatismes répétés*
-
- *Selle trop haute et/ou trop étroite*
-
- *Débalancement musculaire*
-
- *Inégalité des membres inférieurs*
-
- *Manque de flexibilité de la chaîne postérieure*
-
- *Sur-utilisation des membres supérieurs*

Comment savoir si j'ai un syndrome sacro-iliaque?

Le syndrome SI est responsable de 20% des douleurs lombaires et référées.³ Ce n'est donc pas une pathologie rare mais elle mène souvent à des diagnostics erronés. Voyons un cas d'espèce pour en savoir plus sur la présentation clinique.

Un patient de 29 ans se présente à la clinique avec des douleurs aiguës à la région des basses lombaires et du haut de la fesse. Les douleurs irradient vers la cuisse et l'aîne droite et depuis deux jours jusqu'au mollet.³ L'épisode de douleur a débuté au travail il y a une semaine suite à un mouvement de torsion alors que le patient soulevait une charge. Le patient confirme que tout le poids de son corps reposait sur sa jambe droite seulement. Il dit travailler beaucoup en tant que livreur de lait. De plus, il fait du vélo 5 à 7 fois par semaine, et ressent la douleur lorsqu'il se lève sur les pédales. La douleur est plus importante le matin et diminue progressivement avec le mouvement. Les marches prolongées et le fait de se lever de la position assise³ aggravent la douleur tandis que la position couchée sur le dos avec les jambes et les hanches fléchies à 90 degrés apaisent les symptômes.

Vous vous reconnaissez? Consultez dès maintenant et voici ce que votre professionnel découvrira à l'examen clinique.

À l'examen on notera l'absence de symptôme neurologique (engourdissement, perte de force, modification des réflexes ostéotendineux), ce qui le différencie des troubles lombosciatalgiques. Le clinicien notera également l'absence de symptômes dits systémiques tel que fièvre, toux, fatigue etc. qui pourraient accompagner une atteinte rhumatismale.

Il est important de préciser qu'il est facile de confondre un problème lombaire bas avec une dysfonction sacro-iliaque. La différence se fera grâce à l'examen orthopédique effectué par un professionnel compétent comme le chiropraticien ou le médecin sportif.

Que faire avec mon problème?

La prise en charge de cette condition vise d'abord à soulager la douleur par des traitements conservateurs tels que les ajustements et les mobilisations de la région sacro-iliaque pour une période de 2 à 4 semaines.⁵ Bien que les ajustements du SI ne semblent pas provoquer de mouvements, il a été suggéré qu'ils puissent réduire la douleur.⁴ L'application de glace sur la région SI tout en marchant pendant 10 minutes, une fois l'heure pour un minimum de 3 fois par jour aidera à contrôler l'inflammation. Durant cette phase de traitement, l'arrêt temporaire du vélo est conseillé.

Simultanément, des thérapies musculaires et des étirements après contraction isométrique (PNF) des ischio-jambiers, des muscles fessiers et du piriforme sont généralement prescrits. Par la suite, des exercices de renforcement des moyens fessiers (en abduction de la hanche) et du grand fessier (en extension de la hanche) sont envisagés.

Afin de prévenir la récurrence du problème, offrez-vous d'abord le luxe d'un positionnement professionnel. Optez pour quelqu'un qui prend le temps d'évaluer votre souplesse, votre technique de pédalage et votre posture sur le vélo.

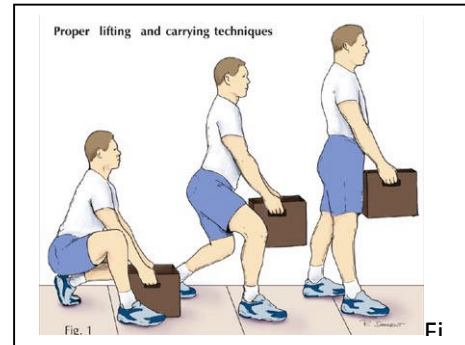
Ensuite, il est conseillé de maintenir une bonne flexibilité de la chaîne postérieure par des étirements réguliers. Ceci peut aussi signifier de reprendre progressivement sa posture sur le vélo après la saison hivernale, en abaissant la potence progressivement aux 2 semaines. Aussi, sur votre vélo de route, assurez-vous de passer 5 minutes par sorties dans la partie basse du cintre.

Tableau 2 : Muscles de la chaîne postérieure à étirer.

- *Érecteurs lombaires*
- *Ischio-jambiers*
- *Fessiers*
- *Piriforme*

La correction de toute inégalité de longueur au niveau des jambes est primordiale⁶. Pour le cycliste, cela nécessite l'emploi d'orthèses particulières étendant leur correction jusqu'à l'avant-pied ou l'utilisation de rehausse cale (disponible dans votre boutique spécialisée). Comme nous l'avons vu, il peut également être nécessaire de revoir la technique de pédalage, particulièrement en montée. Selon vos antécédents, il peut être nécessaire d'éviter la position en danseuse ou au contraire de la privilégier. Discutez-en avec votre professionnel de la santé.

Puisque bien souvent le syndrome SI est déclenché par une technique de soulèvement de charge inadéquate, il est bon de revoir la bonne façon de s'y prendre. L'important est d'avoir le poids devant soi, près du corps, en utilisant la force des jambes pour le soulever. Surtout n'allez pas faire un mouvement de torsion du tronc, mais tournez votre corps d'un bloc.



Pour le cycliste, la grande majorité des troubles de l'appareil locomoteur sont le résultat de sur-utilisation. Le syndrome SI n'y échappe pas. C'est pourquoi nous mettons autant d'emphasis sur le positionnement et la technique. Prenez soin de votre dos, il vous le rendra bien.

RÉFÉRENCES :

- 1- Bernard TN, Cassady J The Sacroiliac Joint Syndrome; Pathophysiology, Diagnosis, and Management. In: Frymoyer JW (ed.) *The Adult Spine: Principle and Practice*. Raven Press Ltd., New York 1991: Tel que cité dans (2).
- 2- Cibulka MT Understanding sacroiliac joint movement as a guide to the management of a patient with unilateral low back pain. *Manual Therapy* 2002;7(4):215-21.
- 3- Schwarzer AC, Aprill CN, Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain. *Spine* 1995;20(1):31-7.
- 4- Yong-Hing K. Sacro-iliac joint pain: etiology and conservative treatment. *Chir Organi Mov.* 1994;79(1):35-45.
- 5- Forst SL, Wheeler MT, Fortin JD, Vilensky JA. The sacroiliac joint: anatomy, physiology and clinical significance. *Pain Physician.* 2006;9(1):61-7.
- 6- O'Connor FG, Wilder RP. *Textbook of running medicine*. McGraw Hill. 2001. 696 p.