

# Stabilisation sacro-iliaque percutanée

## LA MALADIE DONT VOUS SOUFFREZ : DE QUOI S'AGIT -IL ?

Les articulations sacro-iliaques connectent le sacrum (à la base de la colonne vertébrale) avec les os du bassin (os iliaques). Ces articulations sont très peu mobiles mais subissent de fortes contraintes à la marche, en position assise, et dans tous les actes de la vie courante.

Les douleurs en lien avec une instabilité sacro-iliaque sont de diagnostic difficile, même si cette pathologie est relativement fréquente.

En effet, la douleur ressemble beaucoup à une douleur d'origine discale. Les patients ont mal dans le "bas du dos", et ont des "sciaticques" à répétition.

Il est extrêmement fréquent en consultation spécialisée de recevoir des patients adressés pour une pathologie discale alors qu'il s'agit en réalité d'une douleur sacro iliaque.



Il n'est pas rare également qu'une chirurgie lombaire accélère la manifestation d'une instabilité sacro-iliaque, génératrice par elle-même de douleurs invalidantes.

La pathologie **mécanique** de l'articulation sacro-iliaque est globalement assez peu connue, même si elle bénéficie actuellement d'un nouveau regain d'intérêt du fait des possibilités de traitement chirurgical.

Il faut bien différencier **l'instabilité mécanique de la S.I.** et **l'atteinte inflammatoire des sacro-iliaques**. En effet cette atteinte inflammatoire ne doit pas être prise en charge de manière locale. Elle nécessite un bilan complet à la recherche d'une **maladie inflammatoire rhumatologique, comme la spondylarthritis et les spondylarthropathies**, et doit bénéficier d'un traitement et d'un suivi rhumatologique spécialisé.

## ORIGINE ET EVOLUTION NATURELLE DES INSTABILITE SACRO-ILIAQUE

L'origine des douleurs vient d'une instabilité qui s'est développée dans cette articulation. Elle est normalement très peu mobile, à peine quelques degrés, et a un rôle de support du poids du corps.

L'instabilité sacro iliaque est plus fréquente chez les femmes. On peut l'expliquer par une laxité ligamentaire un peu plus importante, et également par des phénomènes de déformation du bassin au moment des accouchements.

Toutefois, cette théorie n'explique pas tout, car on retrouve également ce problème chez les hommes, et chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfants.

De nombreux individus ont des douleurs sacro-iliaques **très transitoires, qui peuvent disparaître en quelques jours ou quelques mois, spontanément, ou à l'aire d'une prise en charge rééducative ou ostéopathique.**

Toutefois certaines douleurs deviennent chroniques, pouvant durer plusieurs mois, voire plusieurs années et s'installer définitivement.

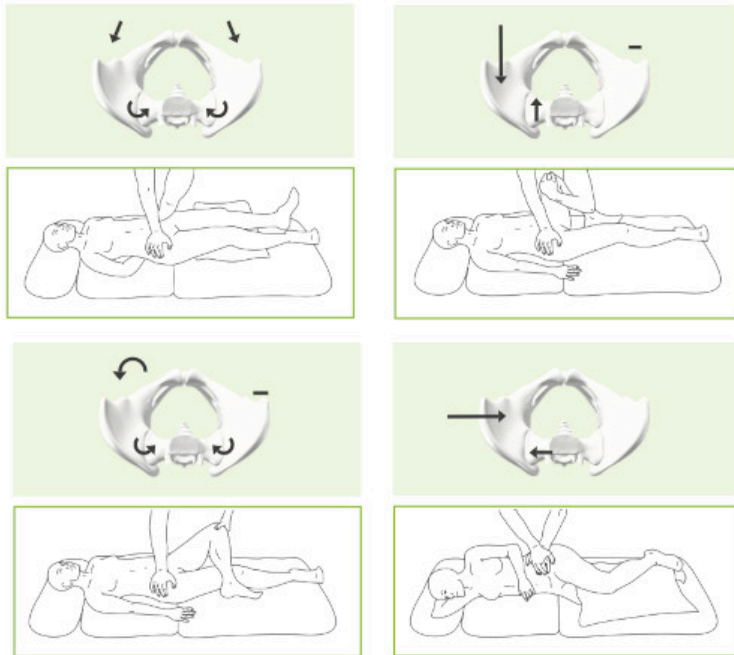
## LES EXAMENS A FAIRE ?

### **Comment arriver au diagnostic**

Le diagnostic se fait en plusieurs étapes :

Tout d'abord **l'interrogatoire permet de retrouver des éléments clés** : des douleurs en position assise ou en position statique, dans les escaliers, en voiture, nocturnes... On retrouve également un **trajet de la douleur qui ne correspond pas exactement à un territoire** précis de sciatique ou de cruralgie.

Ensuite, on réalise des tests cliniques en consultation, qui ont pour objectif de manipuler le bassin, et de retrouver la douleur habituelle du patient.



Un examen neurologique est évidemment réalisé, à la recherche d'un autre diagnostic plus classique de sciatique.

Malheureusement, l'imagerie (radio, scanner, IRM) n'est pas réellement un élément clé dans le diagnostic. Les images vont permettre d'éliminer une pathologie inflammatoire, comme évoqué plus haut, nécessitant une prise en charge spécialisée par un rhumatologue.

En dehors de ce cas particulier, certains patients ont des images d'arthrose sacro-iliaque, sans véritable douleur, alors que d'autres patients sont douloureux, alors qu'on ne retrouve pas d'arthrose sur les examens d'imagerie.

Cela s'explique par le fait que c'est **l'instabilité** qui est douloureuse, et que cette instabilité ne se voit pas sur les images.

La certitude du diagnostic se fait par **une infiltration test de l'articulation Sacro-iliaque**. Si l'injection d'un anesthésique local et d'un corticoïde soulage la douleur (même de manière temporaire), **cela confirme la responsabilité de l'articulation** dans la genèse des douleurs.

## QUELLES SONT LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES ?

La base du traitement reste un traitement médical. En effet, de nombreuses douleurs sacro-iliaque peuvent disparaître après quelques temps, sans nécessiter d'intervention chirurgicale. Le traitement médical comporte :

- des antalgiques et des anti-inflammatoires
- de la rééducation fonctionnelle chez un kinésithérapeute, basé sur des massages, des étirements / assouplissements, et du renforcement musculaire.
- des séances d'ostéopathie ou de chiropraxie.
- Les infiltrations qui peuvent permettre un soulagement durable( même si elles ont également un rôle de test diagnostique, comme évoqué plus haut)

**La chirurgie** ne doit s'envisager qu'en cas de douleurs **chroniques, évoluant depuis au moins 6 mois, résistant à un traitement médical complet, incluant au minimum une infiltration**. En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une artrodèse sacro-iliaque percutanée. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

### L'INTERVENTION

Elle consiste à stabiliser l'articulation sacro-iliaque, en utilisant une technique mini-invasive.

L'intervention se déroule au bloc opératoire, sous anesthésie générale. Le patient opéré est en général couché sur le ventre, après avoir repéré le niveau à opérer par contrôle radiographique, ou radioscopique. L'incision cutanée est faite sur le côté de la fesse.

Sous contrôle radiographique, on va tout d'abord positionner des broches à la position désirée pour les implants.

Ensuite, on va préparer le trajets des implants, avant de les impacter en bonne position. En fonction de l'expérience du chirurgien et des indications, l'utilisation d'un système de navigation optique pendant l'intervention est possible. Le principe consiste à mettre en place un système de repérage optique, réaliser des radiographies en 3D avant l'intervention, puis d'utiliser le système de guidage optique pour guider les instruments au sein de l'image 3D. L'objectif de cette technique est d'améliorer la précision du positionnement des broches.

La durée de l'intervention varie en fonction des techniques utilisées et des particularités anatomiques. Elle est d'environ une heure.

Habituellement, la transfusion n'est pas nécessaire.



### LES SUITES POSTOPÉRATOIRES

#### Douleurs

Habituellement, les douleurs postopératoires restent modérées et des antalgiques seront administrés pour vous soulager.

Vous êtes en général autorisé à vous lever le jour même de votre intervention. La marche doit se faire initialement sous couvert de deux cannes béquilles, à retirer petit à petit en fonction des douleurs sur quelques semaines.

#### Traitement complémentaire

Le risque de phlébite est exceptionnel en raison d'un lever précoce. Des anticoagulants sont prescrits pendant quelques semaines postopératoires.

Les fils ou agrafes cutanées sont enlevés entre aux alentours de 15 jours postopératoires.

## LES COMPLICATIONS

### Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul, sans conséquence particulière.

### Plus rarement

Les risques concernant les **vaisseaux sanguins** sont exceptionnels car les vaisseaux importants ne sont pas situés dans la région opérée.

Les **lésions des nerfs**, sont exceptionnels, il peut en résulter des pertes de sensibilité ou des troubles paralytiques.

**L'infection du site opératoire, dite infection nosocomiale** . En règle générale l'identification du germe en cause et la prescription d'antibiotiques adaptés, accompagnées d'un nettoyage chirurgical, permettent la guérison complète.

L'alitement et les risques individuels (diabète, varices, ..) peuvent majorer le **risque de phlébite** des membres inférieurs (caillot dans les veines). Cette phlébite est susceptible d'entraîner une embolie pulmonaire, risque majeur de cette affection, habituellement correctement limité par la prescription des anticoagulants.

**Le délai de mise en route des traitements de l'ensemble de ces complications, reste un élément très important dans les chances de réussite, il vous appartiendra d'informer votre chirurgien le plus rapidement possible, en cas de présence de la moindre anomalie ou doute.**

## LES RESULTATS ATTENDUS

Les résultats de cette chirurgie sont habituellement bons. Dans la grande majorité des cas les douleurs préopératoires sont immédiatement atténués. Toutefois le résultat final n'est atteint qu'après plusieurs mois.

Le geste chirurgical peut ne pas donner un résultat parfait, surtout si les douleurs étaient très importantes et évoluaient depuis longtemps.

## QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?