

PONCTION ET INFILTRATION SACRO-ILIAQUE

1. QUELLE PARTIE DU CORPS?

Quelle est l'utilité de cette partie du corps ?

L'articulation de la sacro-iliaque ne présente que des petits mouvements ou plutôt petits **glissements** (quelques millimètres) entre le sacrum et le bassin.

Elle supporte le poids du corps et transmet toutes les forces du haut du corps au niveau du bassin vers les 2 membres inférieurs. Elle est surtout sollicitée à la marche, en cisaillement. Elle peut être soumise à de très fortes contraintes, en particulier lors d'activités sportives, de sauts, de chutes. Mais elle est surtout la cible élective d'un rhumatisme inflammatoire fréquent, les **spondylarthrites**.

De quoi est-elle constituée ?

L'articulation sacro-iliaque est **complexe**, en forme de double « S » triangulaire, avec les 2 faces externes du sacrum articulées de chaque côté avec un hémi-bassin.

Deux parties distinctes sont à différencier : la région postérieure et inférieure est recouverte d'un **revêtement fibro-cartilagineux**, qui permet au sacrum et au bassin de glisser l'un par rapport à l'autre ; la région supérieure et antérieure est composée de forts **ligaments** de maintien.

Une enveloppe fibreuse (**capsule**) entoure et circonscrit une partie de la cavité articulaire. Elle est tapissée à l'intérieur par une membrane (**synoviale**). Elle est constituée de nombreuses cellules qui permettent à l'articulation de se défendre contre tout type d'agression et de la nettoyer des éventuels débris et corps étrangers. Ce peut être des bactéries qui peuvent coloniser et infecter l'articulation du genou à partir d'une plaie ou par voie sanguine par exemple. Ce peut être des cristaux sous la forme d'aiguilles microscopiques, ou un rhumatisme inflammatoire chronique. A chaque fois, c'est le rôle de cette membrane synoviale que de protéger l'articulation en neutralisant l'agresseur, sous peine de dégâts articulaires irréversibles.

La synoviale fabrique un liquide (le **liquide synovial**) qui nourrit le cartilage et facilite le glissement (**lubrifiant**). Seul un fin film de liquide est présent dans l'articulation.

Autour de la capsule sont tendus des **ligaments**, sortes de solides rubans élastiques dont le rôle est de stabiliser les deux parties de l'articulation. Ils sont très résistants.

Des muscles puissants font bouger l'articulation et participent à son maintien. Les attaches qui les relient aux os sont des **tendons**. Leur insertion au niveau de l'os s'appelle une **enthèse**. Des contraintes excessives à leurs niveaux, ou des phénomènes inflammatoires comme pour la synoviale (infections, microcristaux, rhumatismes inflammatoires chroniques) peuvent être responsables de lésions de ces tendons ou enthèses (tendinites ou enthésites).

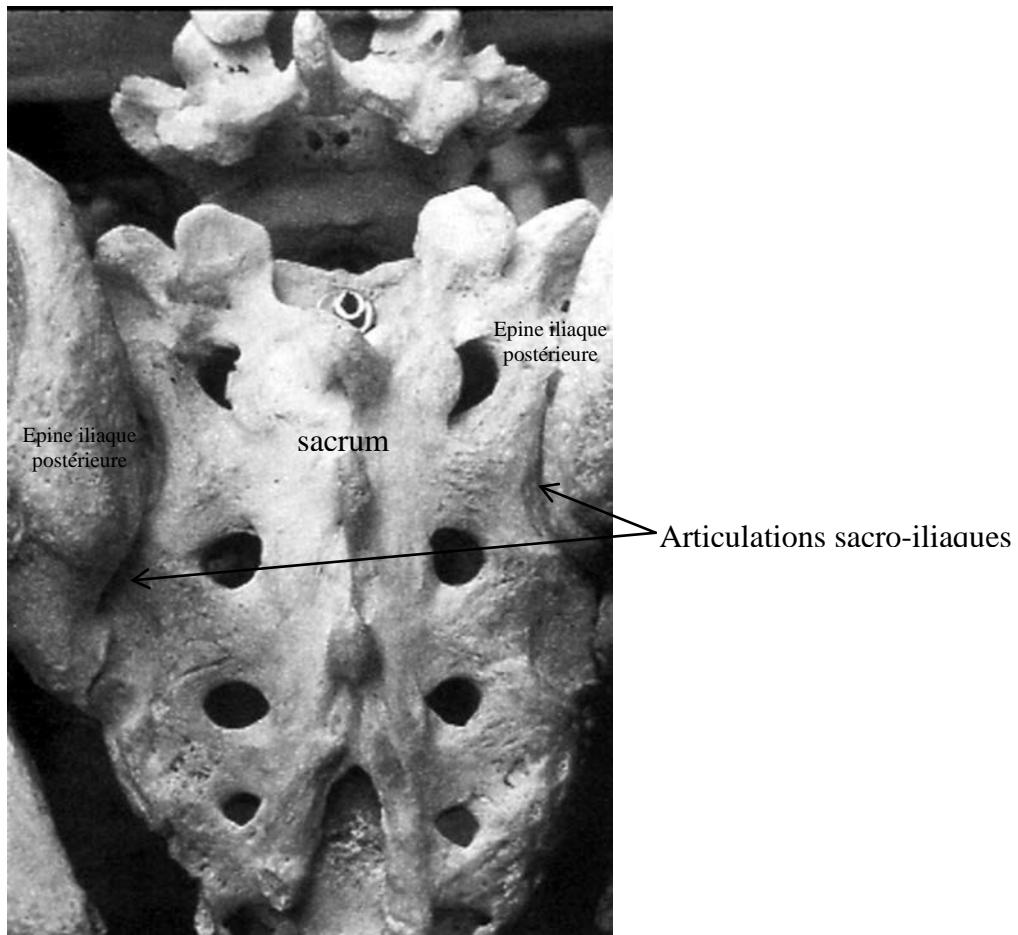
UNE ARTICULATION UNIT 2 EXTREMITES OSSEUSES MOBILES,

PROTEGEES MECANIQUEMENT PAR UNE CAPSULE

ET CONTRE LES AGRESSIONS EXTERIEURES PAR UNE MEMBRANE SYNOVIALE

**TOUTE AGRESSION EXTERIEURE ENTRAINE UNE REACTION INFLAMMATOIRE
ORCHESTREE PAR LA MEMBRANE SYNOVIALE,
QUI PEUT SECRETER UN LIQUIDE SYNOVIAL**

ILLUSTRATION ANATOMIQUE DE LA SACRO-ILIAQUE



2. POURQUOI FAUT-IL TRAITER ?

Quel est le problème?

Une agression s'est produite au niveau de votre articulation. La membrane synoviale a déclenché un processus **inflammatoire** pour s'en débarrasser, que l'on appelle **sacro-iliite**. Elle est devenue très riche en cellules de l'inflammation, épaisse, avec de l'oedème. La membrane synoviale peut sécréter également à l'intérieur de votre articulation un « **liquide synovial** », ou épanchement de synovie, ou hydarthrose. Il est plus ou moins visqueux, contenant de l'albumine, jaunâtre, et d'une richesse en cellules variable selon le degré d'inflammation. On peut y rechercher des microcristaux ou des germes par exemple.

Les origines de cette inflammation articulaire sont multiples et variées. On peut les résumer en plusieurs groupes de maladies :

- L'arthrose de sacro-iliaque est très rare. C'est une usure du cartilage, qui empêche les 2 surfaces articulaires de glisser normalement l'une par rapport à l'autre. Ses origines sont traumatiques. Elle est souvent d'évolution lente, et détruit très progressivement le cartilage.
- Un microbe peut se développer dans l'articulation. Il peut s'y introduire par continuité (plaie) ou y être introduit lors d'une intervention ou ponction dans l'articulation, mais aussi parfois à partir d'une infection à distance par voie sanguine. L'inflammation est souvent brutale et aiguë. On parle d'**arthrite septique** ou infectieuse. Elle peut détruire rapidement l'articulation en quelques semaines.

- Des **maladies inflammatoires chroniques** peuvent provoquer une inflammation de la membrane synoviale. Leur origine est inconnue. Souvent, d'autres articulations sont également touchées. On parle alors de « spondylarthrite » ou de spondylarthropathie. Elle peut détruire puis ankyloser les articulations en quelques années.

- Une inflammation importante et brutale peut être déclenchée par des microcristaux, petites aiguilles libérées dans l'articulation, comme dans la chondrocalcinose. On parle **d'arthrite microcristalline**.

L'inflammation articulaire, lorsqu'elle est très aiguë ou lorsqu'elle est chronique, peut être responsable de destructions cartilagineuses **irréversibles** : il n'y a pas de régénération du cartilage, et nous n'avons pas à ce jour de traitement pouvant aller dans ce sens.

L'ARTHROSE EST UNE USURE ANORMALE DU CARTILAGE, ET L'ARTHRITE UNE INFLAMMATION ARTICULAIRE D'ORIGINE DIVERSE (INFECTION, MICROCRISTAUX, RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE)

LES SEQUELLES D'UNE INFLAMMATION ARTICULAIRE PEUVENT LESER LE CARTILAGE DE MANIERE IRREVERSIBLE

Quelles en sont les conséquences ?

Votre articulation sacro-iliaque vous fait mal dans la fesse, et vous êtes gêné dans vos activités quotidiennes, à la marche.

Les douleurs peuvent se situer surtout dans la fesse, pouvant irradier dans tout le membre inférieur, en arrière, comme une sorte de sciatique.

On distingue :

- les douleurs dites **mécaniques**, que vous ressentez surtout à la marche, en appui, aux changements de position, calmées en partie ou complètement par le repos. C'est surtout le fait de l'arthrose.

- les douleurs dites **inflammatoires**, que vous ressentez même au repos, et surtout la nuit, pouvant même vous réveiller. C'est la conséquence de l'arthrite, que l'on appelle à ce niveau sacro-iliite.

La marche peut être limitée, avec boiterie, et certaines de vos activités compromises.

Quand la marche devient anormale, cela peut perturber les autres articulations qui ne peuvent plus travailler correctement (la hanche, le genou, la colonne vertébrale, etc.).

L'ATTEINTE DOULOUREUSE PEUT ETRE MECANIQUE A LA MARCHE (ARTHROSE) OU INFLAMMATOIRE ET NOCTURNE (ARTHRITE)

Quels examens faut-il passer ?

Une ponction du liquide synovial peut permettre un **examen du liquide articulaire** au laboratoire d'analyse médicale. On peut ainsi déterminer si le liquide articulaire sécrété est plus en rapport avec une arthrose ou une arthrite, s'il y a des microcristaux par l'analyse au microscope, et essayer de faire pousser des germes responsables de l'arthrite.

Beaucoup plus rarement, une biopsie de la membrane synoviale à l'aiguille et sous anesthésie locale peut donner des arguments complémentaires quant à l'origine d'une arthrite.

La **radiographie** est une technique qui utilise les **rayons X** pour visualiser les os à l'intérieur du corps. Elle permet souvent d'identifier le problème, mais le cartilage lui-même n'est pas apparent. Toutefois, l'existence d'un rapprochement entre les 2 surfaces articulaires (« **pincement** ») montre la diminution de l'épaisseur du cartilage altéré entre ces deux os (**chondrolyse**). La radiographie montre également les autres signes de l'arthrose : « becs de perroquets » ou **ostéophytes** (petites constructions osseuses effilées autour de l'articulation), condensation de l'os situé sous le cartilage.

S'il le juge nécessaire, votre médecin peut vous proposer d'autres examens pour mieux apprécier la qualité du cartilage et de l'os, ainsi que l'état des autres éléments de votre articulation (synoviale, ligaments, muscles...). Ainsi, **l'échographie** permet de voir l'épaississement de la synoviale inflammatoire et l'épanchement liquide, les tendons, un kyste. **L'IRM** permet en plus de voir le cartilage lui-même. Une injection de produit peut être réalisée (Gadolium), en intraveineux. Parfois un **scanner** peut être utile. Parfois l'injection de produit à base d'iode dans l'articulation peut permettre de guider une infiltration par exemple : il s'agit d'une **arthrographie**. Signaler vos éventuelles allergies.

Des **examens sanguins** peuvent être utiles. On peut ainsi rechercher entre autres des signes d'inflammation, un acide urique élevé, des sérologies (recherche d'anticorps dirigés contre des germes ayant pu être les agresseurs de l'articulation), des marqueurs des rhumatismes inflammatoires chroniques.

**LA PONCTION ARTICULAIRE PERMET D'ANALYSER LE LIQUIDE SYNOVIAL
LA RADIO MONTRE L'AMINCISSEMENT DU CARTILAGE ET LES SIGNES D'ARTHROSE**

**L'ECHOGRAPHIE ET L'IRM MONTRENT L'EPANCHEMENT DE SYNOVIE ET
L'INFLAMMATION DE LA SYNOVIALE**

Place du traitement par infiltration

Les traitements médicaux...

Des médicaments permettent de lutter contre la douleur (**antalgiques**) et contre l'inflammation (**anti-inflammatoires**). Parmi les anti-inflammatoires, il faut distinguer les **AINS** (anti-inflammatoires non stéroïdiens), d'usage courant, et les dérivés de la **cortisone** réservés pour les maladies inflammatoires chroniques rebelles.

Des traitements de fond de la maladie inflammatoire chronique, d'action sur le long terme, peuvent s'y associer.

La rééducation peut avoir une action antalgique.

La place de l'infiltration se situe en complément de ces différents traitements, si un certain degré **d'inflammation articulaire** se prolonge malgré tout. Il s'agit d'injecter dans l'articulation un produit cortisonique d'action immédiate et retardée. Son action est rapide (24-48 heures) et permet de diminuer voire de faire disparaître la douleur et l'inflammation. L'action du corticoïde se prolonge sur 3 à 6 semaines, mais l'efficacité sur l'articulation inflammatoire peut se prolonger pendant plusieurs mois, voire être définitive.

... et leurs limites

L'infiltration n'a pas pour but de guérir votre articulation malade. Elle contrôle partiellement ou totalement l'inflammation pour **passer un cap**. Mais si la maladie n'est pas stabilisée ou guérie par ailleurs, l'inflammation articulaire peut repartir.

On peut renouveler une infiltration s'il y a une rechute.

Les traitements chirurgicaux...

Lorsque l'articulation est détruite, l'arthrodèse bloque une articulation pour qu'elle ne soit plus douloureuse. Elle est très rarement proposée au niveau de la sacro-iliaque.

... et leurs limites

Après échec du traitement médical et par infiltration, d'autres solutions médicales peuvent être discutées, la chirurgie restant très exceptionnelle à ce niveau.

**LE TRAITEMENT PAR INFILTRATION PREND SA PLACE
APRES ECHEC DU TRAITEMENT ANTI-INFLAMMATOIRE**

ILLUSTRATION ARTHROSE et ARTHRITE DE LA SACRO-ILIAQUE



Arthrose sacro-iliaque



Arthrite sacro-iliaque (sacro-iliite)

3. LE GESTE QUI VOUS EST PROPOSE

Introduction

La ponction articulaire consiste à faire pénétrer une aiguille à l'intérieur de votre articulation. Deux actions sont alors possibles, parfois combinées.

La première est une **aspiration** du liquide articulaire pour analyse de laboratoire. On peut ainsi préciser le diagnostic de la maladie responsable de cette inflammation articulaire.

La seconde action possible est une **injection intra-articulaire**. C'est la plus souvent un produit cortisonique ou **corticoïde**, et c'est ce que l'on appelle communément une infiltration. Ces corticoïdes sont des dérivés de la cortisone naturelle, utilisés pour leur très puissante action anti-inflammatoire.

Mais ce peut être aussi entre autres un produit anesthésique, un produit de contraste à base d'iode pour une arthrographie.

LE GESTE TECHNIQUE COMPREND UNE PONCTION ET/OU UNE INFILTRATION D'UN DERIVE CORTISONIQUE D'ACTION RETARDEE

Avant le geste

Assurez-vous que vous n'avez **aucune infection** en cours ou potentielle. Ainsi, tout épisode infectieux avec fièvre devra faire retarder le geste. La peau autour de l'articulation doit être bien propre, sans plaie ni éruption, type psoriasis ou acné par exemple. Toute infection locale ou régionale contre-indiquera le geste.

Ayez bien signalé **toute allergie** antérieure, ou un terrain allergique.

Signaler vos traitements, notamment **anti-coagulant**, corticoïde, immunodépresseur. Signalez un éventuel **diabète**, une **hépatite virale**, être porteur du virus **HIV**, une **maladie hémorragique** comme l'hémophilie. Assurez-vous que vous n'aurez pas besoin de quelqu'un pour vous **accompagner** à votre retour. Lisez bien ce document, et n'hésitez pas à poser des **questions** complémentaires à votre médecin. Vous pourrez avoir à signer un document pour conforter la confiance en l'information qui vous est donnée par votre médecin.

JE PREPARE BIEN LA REALISATION DE CE GESTE AVEC MA CHECK-LIST

Le geste

La ponction et l'infiltration se pratiquent dans un cabinet médical sur une table de consultation, allongé sur le dos.

Une technique de **guidage** s'avère nécessaire pour la précision du geste. Il peut s'agir d'une échographie (sans rayons X, comme pour la femme enceinte), d'une radioscopie (images obtenues sur une table de radio grâce aux rayons X, avec possibilité d'injection de produit iodé pour vérifier le bon emplacement de l'aiguille), voire d'un scanner (rayons X) ou d'une IRM (rayonnement magnétique). L'évaluation de la quantité de rayonnement X délivrée pourra vous être précisée.

Votre médecin respectera les règles d'**asepsie** : lavage de main, gants propres, matériel stérile à usage unique, désinfection soigneuse de votre peau en regard du point d'injection.

Une **anesthésie locale** peut être proposée, mais elle n'est pas toujours utile si le point de ponction est peu douloureux : la piqûre d'anesthésie le serait tout autant.

Le point de ponction se situe dans la fesse.

Le trajet de l'aiguille peut être trouvé du premier coup, mais peut nécessiter également quelques essais avant de se retrouver à **l'intérieur de l'articulation**. La ponction peut être plus ou moins douloureuse si l'aiguille touche un petit nerf ou le cartilage, ou lors de l'aspiration du liquide. Signalez-le à votre médecin, qui y remédiera, éventuellement avec une anesthésie locale.

Le liquide articulaire peut être aspiré pour analyse ou pour évacuation. Il est jaune pâle, plus ou moins trouble en cas d'inflammation importante, parfois un peu hémorragique, ce qui n'a pas de gravité en soi. L'éventuelle injection du produit (cortisonique pour une infiltration) peut être réalisée d'emblée ou après la ponction.

L'aiguille est ensuite retirée. Une compression de quelques secondes, voire d'1 ou 2 minutes, peut être nécessaire s'il y a reflux. Un simple pansement suffit.

La technique ne dure au plus que quelques minutes.

LE GESTE TECHNIQUE EST SIMPLE ET RAPIDE, SOUS ANESTHESIE LOCALE OU NON, SOUS GUIDAGE PAR ECHOGRAPHIE OU RADIOSCOPIE

Après le geste

Il est souvent préférable d'être raccompagné, surtout si vous devez conduire ou si une anesthésie locale a été réalisée.

Vous pouvez retirer le pansement après quelques heures en l'absence d'écoulement.

L'articulation peut être mobilisée d'emblée. Il faut **respecter des consignes d'une utilisation mesurée** pendant environ 3 semaines.

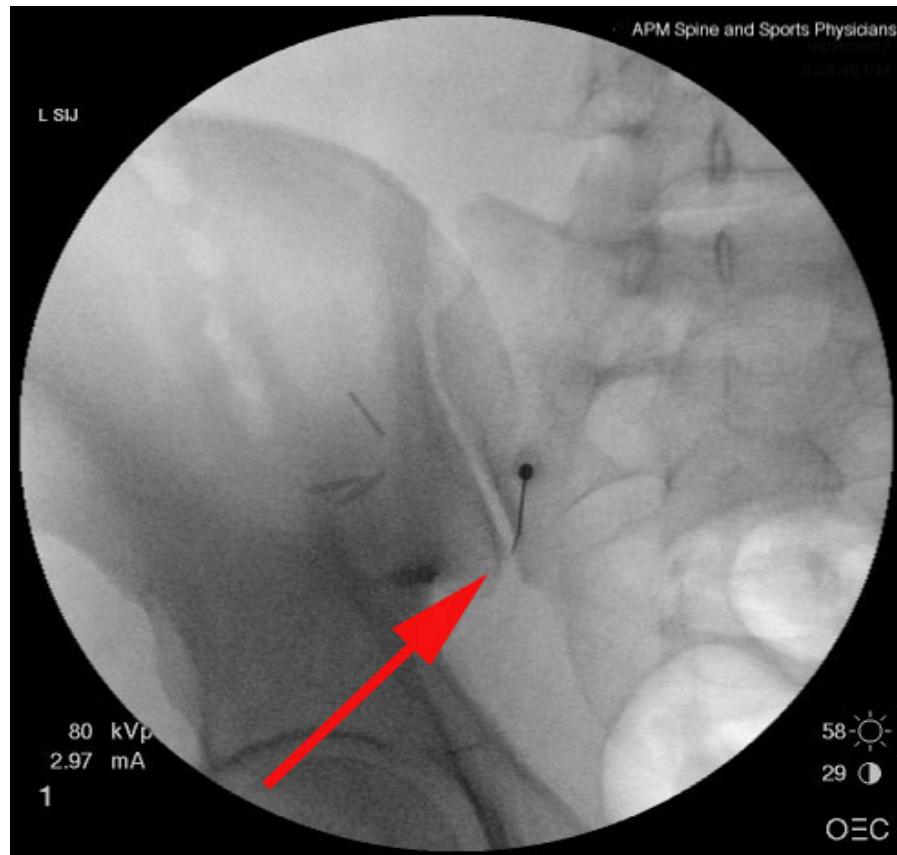
Signalez à votre médecin tout épisode d'**éruption** sur la peau, de grattage, de fièvre.

Des **douleurs** dans les 24-48 premières heures sont le plus souvent bénignes, et ne nécessitent que la prise temporaire d'anti-douleur ou d'anti-inflammatoire. Toutefois, si les douleurs persistent ou s'aggravent, si l'articulation gonfle et devient rouge, prévenez votre médecin.

La **reprise des activités** professionnelles ou sportives ou de la rééducation doit être envisagée au cas par cas avec votre médecin, en fonction du résultat de l'infiltration, de l'état de votre articulation et de la maladie en cause. Demandez un arrêt de travail ou un certificat d'arrêt des activités sportives si nécessaire.

Renseignez-vous pour savoir si une visite de contrôle est nécessaire.

ILLUSTRATION : INFILTRATION DE LA SACRO-ILIAQUE SOUS RADIOSCOPIE



4. LES RESULTATS ATTENDUS

Douleur et inflammation

Une infiltration cortisonique va être **efficace sur l'inflammation articulaire** 8 ou 9 fois sur 10. Cela signifie que l'épanchement diminue ou se tarit, que la douleur diminue ou disparaît, et que la fonction s'améliore. L'amélioration est souvent spectaculaire.

Toutefois, le résultat est variable d'une personne à l'autre, et fonction de plusieurs facteurs :

- Le degré de l'inflammation articulaire peut être tel que l'infiltration cortisonique ne suffise pas. Des techniques complémentaires seront proposées (synoviorthèse, synovectomie, changement de traitement de fond...).
- Le responsable de l'inflammation articulaire est toujours actif. Le traitement de la maladie générale doit être revu.
- L'articulation est déjà bien abîmée, et le cartilage en partie détruit. L'inflammation a beau être circonscrite, des douleurs persistent du fait de la lésion définitive du cartilage.
- Le résultat a été satisfaisant, mais quelques semaines ou mois plus tard, les douleurs et la gêne recommencent. On peut recommencer une infiltration, et rechercher les causes de la récidive.

Fonction

L'amélioration de la fonction dépend de l'état de l'articulation. Si les **destructions articulaires** sont importantes, une gêne peut persister malgré la disparition de l'inflammation articulaire.

Autres traitements

Vous pourrez avoir besoin de traitement anti-douleur ou anti-inflammatoire, en fonction de des douleurs résiduelles. Ne prenez ces traitements que si vous en avez besoin.

Par contre il faut continuer les traitements de fond habituels en suivant les consignes de votre médecin.

La rééducation peut être reprise en fonction des besoins dès que l'état de l'articulation le permet.

**TRES BONS RESULTATS SUR L'INFLAMMATION ARTICULAIRE
ET AINSI SUR MA DOULEUR, MEME SI ELLE NE REPARA PAS
MON CARTILAGE NI NE SOIGNE LA CAUSE DE CETTE INFLAMMATION**

5. LES RISQUES

Le médecin qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

L'infection est le risque le plus sérieux, mais il ne survient qu'une fois sur 40 000 malgré les précautions d'asepsie. Le germe peut provenir soit de l'environnement de votre médecin, soit de votre peau, soit amené par votre circulation sanguine d'un autre organe infecté.

Des facteurs favorisants sont à prendre en compte : traitement général par corticoïde, une biothérapie de rhumatisme inflammatoire chronique, un traitement immunosupresseur, être porteur du HIV, un diabète.

Une allergie est possible, à l'anesthésique, aux excipients du produit cortisonique, voire à l'iode injecté pour mieux visualiser votre cavité articulaire sous radioscopie. Elle reste rare.

Un malaise vagal est bénin et de courte durée. Il peut même précéder le geste. Il associe pâleur, malaise voire perte de connaissance, pouls ralenti, sueurs.

Le syndrome de Tachon survient dans les quelques minutes qui suivent l'injection. Une sensation de malaise intense avec douleurs lombaires (et parfois thoraciques) régresse en quelques minutes, de caractère bénin. Il est d'origine peu claire, peut-être lié à l'injection intra-vasculaire du produit cortisonique retard.

La ponction peut entraîner un **hématome sous-cutané**, voire du sang dans l'articulation (**hémarthrose**). Ce peut être dû à la ponction d'un petit vaisseau, sans gravité. C'est également favorisé par une maladie hémorragique connue, comme l'hémophilie, ou un traitement anti-coagulant, voire anti-agrégant plaquettaire.

Une petite partie du corticoïde injecté passe dans la circulation générale. Un **diabète** ou une **hypertension** peuvent être décompensés pendant quelques jours. De même, une **rougeur du visage** avec sensation de gonflement peut survenir transitoirement pendant quelques jours. Ce n'est pas à confondre avec une allergie.

En fait, avec les précautions usuelles, un geste infiltratif bien indiqué a un excellent rapport bénéfices / risques, ces derniers restant très rares et le plus souvent bénins.

**LES RISQUES SONT RARES (INFECTION : 1 / 40 000)
ET LE PLUS SOUVENT TRANSITOIRES ET BENINS**