



Mal de dos quotidien en pharmacie

But de l'apprentissage

- Vous connaissez les caractéristiques anatomiques et fonctionnelles du dos.
- Vous êtes capables de vous enquêter des processus physiopathologiques les plus courants et de leurs causes de manière ciblée et orientée vers le patient, dans le cadre d'une anamnèse.
- Vous êtes en mesure d'évaluer quelles procédures diagnostiques sont utiles.
- Vous utilisez des méthodes telles que l'algorithme de triage et les Red Flags pour établir un diagnostic à partir des informations propres au patient, afin d'initier un traitement ou d'identifier la nécessité d'une consultation médicale.
- Vous connaissez les traitements médicamenteux et non médicamenteux, ainsi que les mesures préventives.

Résumé

Le mal de dos est généralement causé par des sollicitations néfastes ou des maladies, ainsi que par des processus destructeurs qui lésent les os, les articulations, le tissu conjonctif, les muscles ou les nerfs. Le caractère de la douleur est déterminé par la cause et peut se présenter comme une douleur au repos ou une douleur liée au mouvement, constante ou intermittente. La douleur peut être perçue comme locale ou irradiante. Une intervention préventive précoce par le biais d'un entretien informatif ainsi qu'un traitement médicamenteux aigu du trouble en question peuvent améliorer le pronostic. Un traitement par un AINS (éventuellement associé à un inhibiteur de la pompe à protons) est recommandé en l'absence de contre-indications. Ce n'est que si les symptômes ne s'améliorent pas au bout de quelques semaines, si des facteurs de risque sont présents ou si la détérioration de l'état neurologique est prononcée qu'un diagnostic plus approfondi est nécessaire, et parfois une consultation immédiate dans un service d'urgence.

Introduction

Le mal de dos est l'une des causes les plus courantes de recours au système de santé et constitue une affection fréquemment rencontrée en pharmacie. En outre, ces troubles constituent la deuxième cause la plus fréquente d'incapacité de travail des assurés exerçant une activité professionnelle [1]. Dans les cas chroniques, ces problèmes font partie des motifs les plus fréquents de retraite anticipée ainsi que de nouveaux accès aux prestations pour incapacité de gain et aux rentes d'invalidité [1, 2]. Les coûts annuels liés au mal de dos en Allemagne sont estimés à 49 milliards d'euros [3]. En Suisse, la charge financière s'est élevée à plus de 1,5 milliard de francs en 2014 [4b]. Des résultats des recherches parlent même de 3,7 milliards de francs par an [5b]. Le seul fait de soulever et de porter des charges lourdes au travail, qui s'accompagne de fréquentes douleurs dorsales, entraîne des frais de maladie de 370 millions de francs suisses par an [4b]. La prévalence au cours de la vie est estimée de 80 à 90 % [2, 3, 6b, 7]. Diverses études montrent qu'environ un cinquième à deux tiers de la population souffre de douleurs dorsales au moins une fois par an [1, 2, 3]. Env. un cinquième des personnes interrogées font état de douleurs chroniques (quasi quotidiennes durant trois mois ou plus) [6b, 8b]. Des troubles subjectifs peuvent se manifester de différentes manières [6b]. Le mal de dos est généralement causé par des sollicitations néfastes ou des maladies, ainsi que par des processus destructeurs qui lésent les os, les articulations, le tissu conjonctif, les muscles ou les nerfs, provoquant des douleurs [1]. Le mal de dos ne se manifeste souvent que dans certaines situations ou lors de certains mouvements. Chez environ un tiers des patients affectés, la douleur irradie vers les jambes. Près de la moitié des personnes concernées décrivent l'ampleur de la douleur comme modérément forte [1].

Les groupes plus âgés (> 70 ans) sont globalement moins touchés par le mal de dos, mais ils souffrent plus souvent d'attaques douloureuses que la population jeune [1]. Les femmes sont légèrement plus souvent touchées par les douleurs dorsales aiguës et chroniques que les hommes [1, 2]. Traiter rapidement cette problématique de santé peut par conséquent éviter un retrait prématuré du monde du travail. En raison des troubles souvent peu spécifiques et de la gêne modérée dans la vie quotidienne, une visite à la pharmacie est souvent préférée à une consultation médicale. Il est important d'exclure les complications neurologiques à un stade précoce en identifiant les signaux d'alerte, appelés Red Flags. S'ils apparaissent, une consultation médicale et, dans de rares cas, un traitement interventionnel immédiat sont nécessaires. Les personnes touchées qui ne présentent pas de Red Flags doivent entreprendre un traitement conservateur médicamenteux, appuyé par des approches thérapeutiques alternatives. Dans ces cas, environ 50 % des personnes touchées ont un bon pronostic, avec une disparition complète des symptômes après 2 à 3 semaines [9].

Les termes médicaux utilisés dans cet article et qui ne sont pas expliqués dans le texte, figurent dans un glossaire annexé.

Epidémiologie

On estime que 14 % de la durée de vie vécue avec un handicap (*years lived with disability*, YLD) dans les pays germanophones est liée à des lombalgies [1]. Dans une analyse à l'échelle suisse, des douleurs ou des tensions dorsales ont été identifiées chez 88 % des personnes interrogées au cours des 12 derniers mois. La moitié des personnes interrogées souffraient de douleurs dorsales plus d'une fois par mois, voire

chaque semaine [6b]. Les lombalgies sont env. deux fois plus fréquentes que les dorsalgies [1]. Dans une enquête nationale de 2017, un peu plus de 40 % des personnes interrogées avaient souffert de lombalgies au cours des 4 dernières semaines [6b].

Les personnes qui ont déjà souffert de maux de dos dans le passé ont un risque quatre fois plus élevé de souffrir à nouveau de douleurs dorsales [6b]. Les groupes d'âge plus élevés signalent moins de douleurs dorsales que les populations plus jeunes, mais se plaignent plus souvent que les personnes plus jeunes de douleurs subjectivement sévères ou très sévères [1, 6b]. Les femmes sont plus fréquemment touchées par des problèmes de dos aigus et chroniques que les hommes [1].

Anatomie

La colonne vertébrale humaine doit servir de structure stable pour supporter la charge du corps, tout en restant flexible. Pour remplir cette fonction, elle comprend un composant rigide et une dynamique. L'appareil osseux, composé des corps vertébraux, constitue le composant rigide, tandis que les disques intervertébraux élastiques et les tissus musculaires et ligamentaires représentent le composant dynamique. Dans sa forme naturelle, la colonne vertébrale forme un double S avec une lordose cervicale comprenant 7 vertèbres, une cyphose thoracique comprenant 12 vertèbres, une lordose lombaire comprenant 5 vertèbres, puis le sacrum et le coccyx qui forment la cyphose sacrée [3, 10]. Elle est graphiquement représentée dans l'illustration 1.

L'illustration 2 donne une représentation schématique des corps vertébraux. L'anatomie spécifique des corps vertébraux de la colonne cervicale ne sera pas abordée plus avant ici. Leur apparence et leur fonction diffèrent par rapport aux corps vertébraux des régions thoracique et lombaire. Les corps vertébraux, osseux, sont entourés d'un solide appareil ligamentaire et sont soutenus et mus par la musculature dorsale autochtone, qui est notamment fixée aux apophyses épineuses et transverse des corps vertébraux. La moelle épinière passe par le foramen vertébral, en étant soutenue et protégée par cette structure. Les racines des fibres nerveuses sortent de la moelle épinière via le foramen intervertébral pour atteindre la périphérie [10].

Etiologie du mal de dos

Le chapitre suivant présente un résumé des causes les plus courantes des douleurs dorsales et de leurs présentations cliniques typiques.

Causes innées

Une scoliose est une déviation latérale de la colonne vertébrale par rapport à l'axe longitudinal avec une rotation des corps vertébraux. La scoliose vraie (structurelle) décrit une déformation du dos, tandis que la scoliose fonctionnelle est une déformation du dos visant à compenser une autre limita-

tion physique, telle qu'une différence de longueur des jambes.

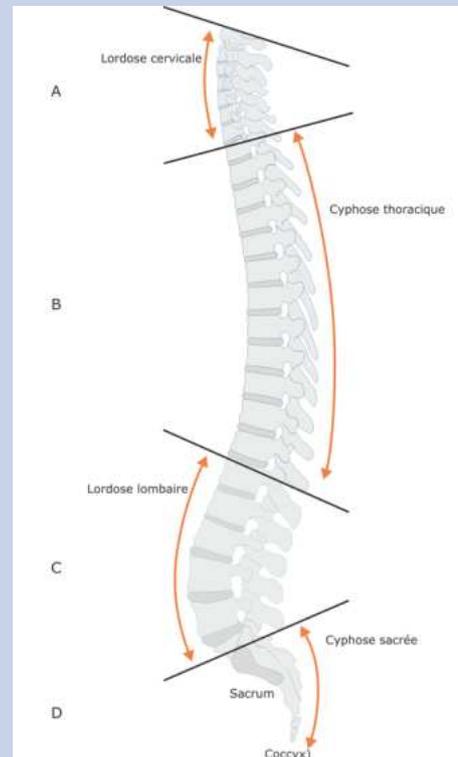


Illustration 1 : Représentation anatomique de la colonne vertébrale avec subdivision en sections.

A – colonne cervicale (CC) ; B – colonne thoracique (CT) ; C – colonne lombaire (CL) ; D – colonne sacrée (CS)

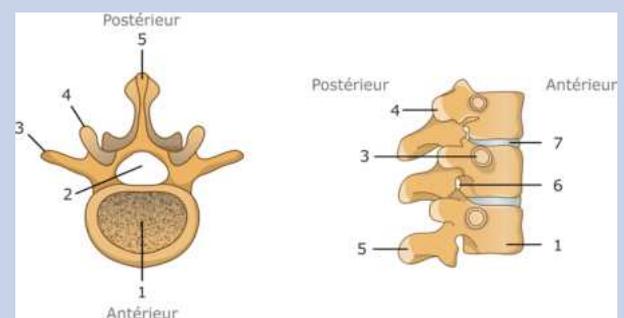


Illustration 2 : Représentation schématique des corps vertébraux.

1 – corps vertébral ; 2 – foramen vertébral ; 3 – apophyse transverse ; 4 – apophyse articulaire ; 5 – apophyse épineuse ; 6 – foramen intervertébral ; 7 – disque intervertébral

Ces postures incorrectes peuvent entraîner un durcissement des muscles après une station debout ou assise prolongée et donc des douleurs dorsales non spécifiques [11]. Si la fermeture osseuse de la partie postérieure d'un ou plusieurs vertèbres n'est pas complète dès la naissance, on parle de « spina bifida occulta ». Elle est souvent découverte fortuitement lors d'un diagnostic radiographique lié à des douleurs dorsales récurrentes et non spécifiques [3]. Un tableau clinique rare est le syndrome de la moelle attachée, qui peut être associé au syndrome de la queue de cheval (encadré 1). Cette

affection se rencontre surtout chez les jeunes qui présentent des douleurs périnéales/périanales ou des problèmes de sensitifs après des traumatismes mineurs. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) graphique montre généralement un *Conus medullaris* (extrémité caudale de la moelle épinière) en position basse de manière congénitale, avec un fil terminal (*Filum terminale*) conjonctif court et épais [3].

Une autre cause, le plus souvent congénitale, de douleurs dorsales est la spondylolyse. Il s'agit d'un défaut osseux, généralement une lacune dans de l'isthme interarticulaire des articulations facettaires, qui entraîne des fractures de fatigue des structures osseuses environnantes. Les conséquences sont des douleurs persistantes, indépendantes du mouvement, principalement lombaires. A un stade avancé, les défauts accumulés peuvent déstabiliser une vertèbre et entraîner son glissement, appelé spondylolisthésis. La spondylolyse est d'abord traitée de manière conservatrice par une immobilisation ciblée, un renforcement musculaire et une thérapie physique. Si, malgré ces mesures, une détérioration ou même des déficits neurologiques apparaissent, un traitement chirurgical doit être envisagé [3].

Causes dégénératives

L'évolution dégénérative de la colonne vertébrale liée à l'âge est appelée *Spondylose*, celle des articulations facettaires *Spondylarthrose*. Une interaction entre les défauts du tissu conjonctif et de l'os, ainsi que des processus de remodelage tels que les spondylophytes (masses osseuses au bord des corps vertébraux), conduisent à une ossification croissante et donc à une rigidification de la colonne vertébrale [10]. Ces signes d'usure entraînent une restriction des mouvements, des douleurs dorsales dépendantes des mouvements et touchent principalement la colonne cervicale et lombosacrée [3]. Si la colonne vertébrale se remodèle de plus en plus et que le canal rachidien rétrécit, on parle de sténose du canal rachidien. La sténose du canal rachidien se produit généralement dans la colonne cervicale ou lombaire. Environ un quart des sténoses du canal rachidien sont congénitales. Les sténoses du canal rachidien sont visibles à la radiographie, mais n'entraînent souvent aucun trouble. Seules les sténoses modérées à sévères conduisent au tableau clinique de la *Claudication spinale* : une douleur dorsale croissante dans la partie affectée lors de la station debout et de la marche, avec généralement une douleur irradiant dans les fesses et les jambes. Ces troubles s'atténuent généralement lorsque le patient est assis ou en position penchée [3]. Un rétrécissement des racines nerveuses sortant de la moelle épinière s'appelle une radiculopathie. Leur étiologie peut être une sténose osseuse des foraminaux intervertébraux (*Foramina intervertebralia*), un prolapsus discal latéral (hernie discale latérale), une hypertrophie des facettes articulaires ou d'autres déformations osseuses et entraîne généralement des troubles lomboradiculaires dans le dermatome (zone cutanée alimentée de manière autonome par une fibre sensible, une racine nerveuse spinale) du nerf affecté [3].

Causes neurologiques-dégénératives

Le disque intervertébral est constitué d'un anneau externe fibreux, l'*anulus fibrosus*, et d'un noyau interne gélatineux et mou, le *nucleus pulposus*. La discopathie lombaire est une cause fréquente de lombalgie ou de lombosciatique, chronique ou récurrente. Avec l'âge, le disque intervertébral s'amincit, perd de sa teneur en eau et devient donc plus rigide. L'*anulus fibrosus* peut se fissurer et s'effilocheur en raison des contraintes récurrentes. L'*anulus fibrosus* interne et le *nucleus pulposus* ne sont normalement pas innervés de manière sensible. Avec l'usure, accompagnée d'une inflammation et donc de la production de cytokines, un développement de nocicepteurs peut se produire. Cette innervation neuronale est probablement la cause des douleurs discales chroniques.

Si le noyau gélatineux se déplace de plus en plus vers le point faible de l'*anulus fibrosus*, cela entraîne une protrusion discale, c'est-à-dire un bombement du disque. On peut aussi parler de hernie discale incomplète. Si le noyau gélatineux émerge complètement de l'anneau fibreux, on parle alors de hernie discale (illustration 3) [10]. La hernie discale se produit généralement au niveau des vertèbres lombaires (L) L4/5 ou L5/S1 (vertèbres sacrés). Les symptômes d'une hernie discale peuvent être très variés. Si une racine nerveuse est comprimée, on observe une douleur radiculaire ainsi que des déficits sensorimoteurs dans le dermatome du nerf. Une atteinte nerveuse bilatérale peut être la conséquence d'une irritation des racines nerveuses par des médiateurs inflammatoires dans le canal rachidien, ou provenir d'une compression des racines nerveuses bilatérales, par exemple par une hernie discale médiane prononcée. Un tel prolapsus médian peut présenter un syndrome de la queue de cheval complet (syndrome *Cauda equina*) (encadré 1) [3].

Outre la hernie discale, une fracture du corps vertébral lombo-sacré, une hémorragie dans le canal rachidien (p. ex. après une ponction lombaire chez des patients souffrant de troubles de la coagulation), des tumeurs compressives et d'autres lésions occupant l'espace peuvent également être des facteurs causals du syndrome de la queue de cheval. Il est alors impératif d'entreprendre une décompression chirurgicale immédiate de la zone affectée et/ou une irradiation précoce et palliative des masses compressives ou des métastases [3].

Encadré 1 : Le syndrome de la queue de cheval (syndrome *Cauda equina*)

Le syndrome de la queue de cheval est une lésion de plusieurs racines nerveuses lombosacrées, qui se prolongent caudalement dans le canal rachidien à partir de la moelle épinière se terminant au niveau de L1/L2. Sur le plan clinique, cette affection se manifeste par une lombalgie, une parapésie (paralysie bilatérale des membres inférieurs), une perte des réflexes musculaires dans les jambes, une anesthésie du siège et une perte des fonctions vésicale, rectale et sexuelle.

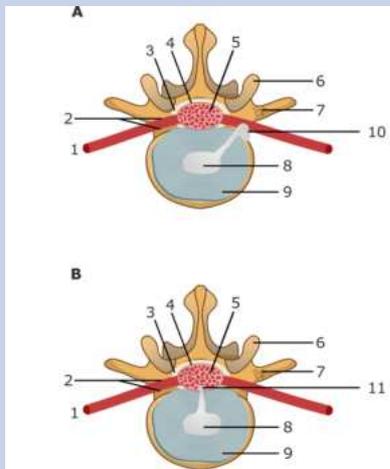


Illustration 3 : Hernie discale avec radiculopathie unilatérale (A) et avec un possible syndrome de la queue de cheval (B).

1 – nerf spinal ; 2 – foramen intervertébral ; 3 – tissu adipeux épidual ; 4 – membrane de la moelle épinière ; 5 – queue de cheval ; 6 – apophyse articulaire ; 7 – spondylophyte ; 8 – *nucleus pulposus* ; 9 – *anulus fibrosus* ; 10 – prolapsus médio-latéral ; 11 – prolapsus médian

Cause infectieuse

Une infection des structures de la colonne vertébrale survient après une contamination dans le cadre d'une atteinte de la peau protectrice (opérations/traumatismes/infection de la peau ainsi que des structures plus profondes) ou par propagation hématogène de germes. Une propagation à la région rachidienne est généralement causée par une infection des voies urogénitales, des poumons ou du cœur. Les infections de cathéters, le matériel étranger contaminé (p. ex. prothèses, stimulateurs cardiaques) ou l'utilisation d'aiguilles non stériles (notamment la consommation de drogues par voie intraveineuse) peuvent également être à l'origine d'une propagation hématogène. Plus souvent que dans les composants musculaires ou ligamentaires de la colonne vertébrale, les agents pathogènes sont entraînés dans les os fortement perfusés et leur moelle osseuse, et y provoquent une infection. Cette ostéomyélite vertébrale (inflammation et destruction de l'os) se manifeste cliniquement par de la fièvre, des douleurs dorsales au repos et des douleurs par tapotement ou pression sur les segments vertébraux affectés. Si les germes se propagent dans le canal rachidien jusqu'aux membranes de la moelle épinière, un abcès (épidural) peut s'y développer, qui se manifeste également par de la fièvre, des douleurs dorsales et des signes de compression de la moelle épinière, avec éventuellement des douleurs radiculaires et des déficits sensoriels ou moteurs. Ce problème nécessite une antibiothérapie et parfois un assainissement chirurgical du foyer infectieux [3, 12].

Cause inflammatoire

La *spondylarthrite ankylosante* (ancien nom : maladie de Bechterew) est une maladie inflammatoire de la colonne vertébrale classée parmi les maladies auto-immunes, car on suppose qu'elle est causée par une perturbation du système

de défense de l'organisme. Une prédisposition génétique est suspectée, l'antigène HLA-B27 étant présent chez 95 % des personnes atteintes. Env. 1 % de la population souffre de cette maladie. Les premiers symptômes apparaissent généralement entre 15 et 25 ans. Le tableau clinique complet se retrouve classiquement chez les hommes jeunes. Toutefois, grâce à de nouvelles possibilités de diagnostic, on peut observer une convergence du rapport entre les sexes dans les premiers stades. Les troubles sont déclenchés par une inflammation chronique et aseptique de la colonne vertébrale, suivie d'une ossification et d'un raidissement. Dans les premiers stades, les articulations du bas du dos et l'articulation sacro-iliaque sont prioritairement touchées. La douleur survient généralement la nuit et s'accompagne d'une raideur matinale. Au cours de la maladie, l'inflammation chronique se déplace dans les parties supérieures du dos, jusqu'au cou. Cela conduit à l'ossification et à la rigidification de la colonne vertébrale par ce que l'on appelle des syndesmophytes (formations osseuses partant des bords des corps vertébraux, qui encadrent les disques intervertébraux et rigidifient ainsi la colonne), qui présentent l'image d'une colonne bambou. En outre, les grandes articulations (épaules, coudes, hanches, genoux), les insertions tendineuses et, chez 40 % des patients, même l'iris peut être enflammés et provoquer des symptômes. La spondylarthrite ankylosante peut guérir spontanément à n'importe quel stade de la maladie, mais elle est généralement progressive et incurable. Une approche thérapeutique multimodale comprenant des exercices, des mesures physiques, médicales et ophtalmologiques est par conséquent indiquée. Les troubles répondent bien aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, les biomédicaments n'étant utilisés que dans les formes graves de la maladie. Les biomédicaments sont des protéines produites par biotechnologie, dirigées contre les messagers qui favorisent l'inflammation, ou directement contre les cellules immunitaires [13]. Les produits génériques de biomédicaments déjà autorisés et produits par la biotechnologie sont appelés biosimilaires [14]. Le traitement par la cortisone, en revanche, est dans la plupart des cas inefficace [3, 15b].

Cause traumatique

Un traumatisme mineur dans le cadre d'une application directe de force (soulever un objet lourd) ou d'un mouvement brusque (freinage brutal dans une voiture) peut entraîner un durcissement musculaire lié à une surcharge (myogélose) ou des lésions limitantes des parties musculaires ou ligamentaires de la colonne vertébrale. Des douleurs dorsales locales et de fortes douleurs à la pression sont ensuite présentes dans la zone affectée, parfois avec une irradiation diffuse. Ces troubles sont généralement fortement dépendants du mouvement, de sorte que les patients présentent une posture de soulagement typique et, dans certains cas, sont immobiles à cause de la douleur. Les fractures des parties osseuses ne se produisent qu'avec une énergie plus élevée (chute depuis une hauteur, grave accident de voiture). Si une personne blessée présente des déficits neurologiques, il faut procéder à une

immobilisation immédiate de la colonne vertébrale, suivie d'un diagnostic. Des fractures vertébrales instables nécessitent obligatoirement un traitement chirurgical [3].

Si une ostéoporose est déjà présente, une fracture vertébrale, généralement une fracture par tassement, peut déjà survenir en cas de traumatisme mineur ou même spontanément. Deux tiers des fractures par compression sont asymptomatiques. Il n'est pas rare que les personnes concernées ne remarquent qu'une réduction progressive de leur taille. Les fractures de compression ne sont alors découvertes que de manière fortuite. Dans d'autres cas, la sollicitation excessive des muscles et des ligaments au niveau du site fracturé peut entraîner des douleurs intenses. Si un nerf est pincé par l'affaissement des corps vertébraux, des douleurs radiculaires ou d'autres troubles neurologiques peuvent également survenir. L'immobilisation, la ménopause, les maladies rénales, diverses maladies tumorales, l'ostéomalacie et la prise prolongée de glucocorticoïdes peuvent être des facteurs de risque d'ostéoporose ou l'accélérer. Chez un cinquième des patients affectés par une fracture ostéoporotique, une nouvelle fracture survient dans l'année qui suit [3].

Causes oncologiques

Une masse tumorale à proximité immédiate de la colonne vertébrale peut provoquer une gêne due à un déplacement ou à une croissance infiltrante [16]. Il en résulte un durcissement musculaire local, accompagné de douleurs et d'une mauvaise posture. L'infiltration des nerfs rachidiens sortants ou la compression de certaines parties de la moelle épinière peuvent entraîner des douleurs radiculaires ainsi que d'autres déficits neurologiques. La douleur est constante, de caractère sourd et n'est pas influencée par une immobilisation. Une exacerbation de la douleur se manifeste souvent la nuit. Un tableau clinique comparable apparaît dans le cadre de métastases osseuses au niveau des vertèbres [3, 17]. Il s'agit le plus souvent de carcinomes métastasés de la prostate, du sein, de la thyroïde, du poumon, du système gastro-intestinal ou des cellules rénales, qui déplacent, infiltrent et détruisent les structures osseuses sous forme de nodules de tissu solide [14, 17]. Cela conduit à une instabilité croissante des structures osseuses et à des fractures à faible charge déjà, voire spontanément [3, 17]. Un envahissement des membranes de la moelle épinière par des métastases est appelé *Meningeosis carcinomatosa* [18].

Autres causes

Dans certains cas, aucune corrélation pathologique avec le mal de dos n'est identifiée malgré des recherches intensives. La cause en est généralement une mauvaise posture chronique ou un déséquilibre des tissus de soutien, avec une surcharge qui en découle. Dans de tels cas, il convient d'entreprendre un entraînement régulier des ligaments et des muscles qui soutiennent le dos, en plus d'un traitement médicamenteux aigu. Il n'y a parfois pas de cause explicable, le mal de dos est alors appelé douleur dorsale idiopathique. Ces patients présentent souvent une très forte souffrance et

aucune amélioration de leurs symptômes n'est obtenue malgré plusieurs opérations. Chez les patients psychiatriques, le mal de dos chronique est souvent observé comme symptôme concomitant. En outre, le mal de dos peut également être une douleur transférée de maladies organiques. Ainsi, une pancréatite aiguë ou une dissection de l'aorte peuvent par exemple parfois être perçues comme des douleurs dorsales. Les troubles des organes abdominaux sont le plus souvent perçus principalement au niveau de l'abdomen, avec une irradiation dans le dos [3].

Diagnostic

Présentation clinique

Les douleurs dorsales peuvent se manifester de différentes manières. Elles peuvent augmenter au repos, en mouvement et parfois la nuit, et être intermittentes ou constantes. Généralement, une toux, un éternuement ou une contraction des muscles abdominaux provoquent une aggravation de la douleur. Dans le langage courant, le terme imprécis de lumbago est souvent utilisé dans le contexte d'une douleur dorsale d'apparition soudaine, généralement lombaire, avec ou sans irradiation dans les jambes. On observe une douleur à la pression paravertébrale due à un fort durcissement musculaire dans la zone affectée, avec un caractère de douleur sourde ou lancinante. Les personnes concernées adoptent en conséquence souvent une posture typique de soulagement. Dans le chapitre ci-dessus sur les causes des douleurs dorsales, il a été montré que l'étiologie détermine le caractère de la douleur. Les douleurs dorsales locales, p. ex. se produisent généralement en cas de durcissement musculaire résultant d'une surcharge ou de lésions arthritiques. Une douleur sourde irradiant dans le dos est généralement causée par des troubles des organes abdominaux. La douleur radiculaire montre une atteinte des nerfs rachidiens et irradie dans les dermatomes affectés. Alors que les lésions de la partie supérieure du rachis lombaire irradient dans la région lombaire, la région de l'aîne ou l'avant de la cuisse, une lésion de la partie inférieure du rachis entraîne une irradiation de la douleur dans l'arrière de la cuisse, le mollet ou les pieds. En plus de la douleur, l'atteinte nerveuse peut se manifester par une défaillance sensorielle ou motrice. Une irradiation douloureuse qui ne correspond pas à un dermatome est appelée irradiation douloureuse pseudoradiculaire et est causée par un problème musculaire, ligamentaire ou osseux [3]. Une douleur circonscrite peut être le signe de processus locaux tels qu'un claquage musculaire, une sollicitation excessive d'autres structures porteuses, une fracture, un processus inflammatoire ou la présence de métastases [11].

Examen clinique

Le début de tout examen clinique est l'inspection de la partie du corps concernée. Y a-t-il une cyphose (courbure vers l'arrière) ou une lordose (courbure vers l'avant) prononcée, une mauvaise posture, une asymétrie, un raccourcissement de la colonne vertébrale ou des plis cutanés apparents ? Dans

la plupart des cas de douleurs dorsales, une posture de soulagement est un constat clinique non spécifique. L'asymétrie du dos peut être une indication de surcharge chronique. Des plis cutanés asymétriques d'un côté sont généralement associés à une scoliose (courbure d'un côté), tandis que des plis cutanés des deux côtés peuvent indiquer un raccourcissement de la colonne vertébrale dû à une fracture de compression causée par l'ostéoporose [11].

A la palpation, on peut trouver une myogélose ainsi qu'une douleur à la pression paravertébrale en réponse à une sollicitation excessive ou à une douleur locale. Une douleur battante diffuse sur une vertèbre peut être le signe d'une fracture ou de métastases diffuses [11].

Lors de l'examen fonctionnel et de la mobilité, le rachis cervical est examiné séparément du reste de la colonne vertébrale. Cet article porte sur l'examen du bas du dos. La mobilité de la colonne thoracique et lombaire est examinée à l'aide des tests d'Ott et de Schober. Le patient fléchit le tronc en position debout et, si son état est normal, doit être capable de toucher le sol avec les doigts. Dans ce mouvement, une extension de 0 à 2 cm de la colonne thoracique est observée à l'état normal lors du test d'Ott. Le test de Schober donne un résultat normal avec une extension de la colonne lombaire de 4 cm en flexion (illustration 4). Ce mouvement peut être typiquement limité par la douleur ou dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante [11, 19]. L'articulation sacro-iliaque est examinée en position couchée à l'aide du test de Mennell. Il génère des mouvements de cisaillement dans l'articulation, douloureux dans les processus inflammatoires. Ces douleurs peuvent aussi apparaître dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante [11, 19].

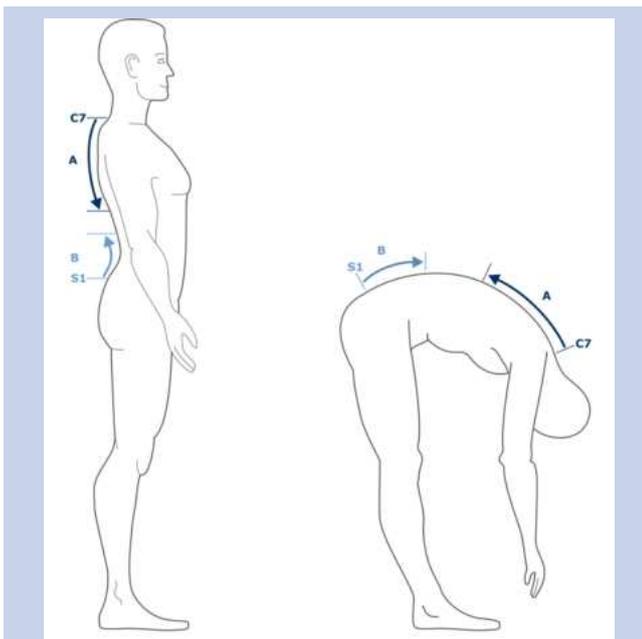


Illustration 4 : Mesure selon Ott (A) et mesure selon Schober (B) [20].
S1 – vertèbre sacré 1 ; C7 – vertèbre lombaire 7 (cervicale)

Un examen neurologique complémentaire est réalisé, notamment en cas de douleurs ou de déficits radiculaires. Le système sensoriel est examiné en relation avec le dermatome et peut ainsi fournir des indications sur une racine nerveuse touchée [11]. La fonction motrice et les réflexes musculaires peuvent également fournir des informations sur l'étendue de l'irritation ou de la lésion nerveuse [3, 11].

Ainsi, le test de Lasègue (voir lien), un étirement passif douloureux de la jambe (au niveau de l'articulation de la hanche) pliée en position couchée avec le genou en extension, donne des indications sur une lésion lombaire des racines nerveuses L4, L5 et S1, ainsi que dans la région du nerf sciatique. Le signe de Lasègue inversé (douleur à l'étirement lors de la flexion de l'articulation du genou en position couchée, avec la hanche en extension) donne une indication de l'atteinte des racines nerveuses L3, L4, du plexus lombo-sacré (plexus nerveux dans la région lombaire/sacrale) et du nerf fémoral (nerf de la cuisse) [3].

Lien : Test de Lasègue

Syndrome de la queue de cheval

Le syndrome de la queue de cheval (encadré 1) est une urgence neurologique dans laquelle tous les types de fibres (sensorielles, motrices, autonomes) des racines nerveuses lombo-sacrées peuvent être affectées. Cela se manifeste par des déficits sensoriels et/ou moteurs des membres inférieurs, le plus souvent bilatéraux, des déficits sensoriels périméaux et/ou périanaux et des dysfonctionnements vésicaux, rectaux et sexuels. Le toucher rectal permet de détecter une perte de tonus du sphincter anal (et l'incontinence fécale correspondante) ainsi que des déficits sensoriels. Le patient peut alors présenter une énurésie involontaire (incontinence urinaire). Le signe de Babinski (voir lien), un réflexe automatique du pied lors d'un frottement du bord externe de la plante du pied, du talon vers les orteils, est généralement négatif car les nerfs périphériques sont également touchés [11, 21b].

Lien : Babinski-Zeichen

Laboratoire

Dans le cas d'un mal de dos aigu sans signaux d'alerte, des dosages de routine en laboratoire ne sont pas nécessaires. Ce n'est que dans le contexte d'un mal de dos chronique, d'indications d'un événement infectieux (fièvre) ou de l'apparition de Red Flags (encadré 2) qu'un examen sanguin détaillé est indiqué. Chez les patients ayant des antécédents de maladie tumorale, une élévation du calcium sérique peut indiquer la présence de métastases osseuses [3, 22].

Electromyographie et électroneurographie

L'électromyographie (EMG) et l'électroneurographie (ENG) peuvent être utilisées pour déterminer s'il existe une véritable faiblesse musculaire due à une lésion nerveuse, une réduction de la force liée à la problématique douloureuse ou si le patient n'est pas assez coopératif. En ENG, l'intégrité du nerf

moteur est mise en évidence par la vitesse de conduction nerveuse. L'EMG montre l'activité musculaire. Une réduction de l'activité peut être l'expression d'une atteinte des nerfs qui alimentent le muscle, du muscle lui-même ou d'une déficience du système central de contrôle [3, 23].

Imagerie

Sans la présence de facteurs de risque, l'imagerie diagnostique n'est pas indiquée pour les douleurs dorsales aiguës et non spécifiques. Bien que ces examens fournissent beaucoup d'informations supplémentaires, ils ne modifient que très rarement la procédure thérapeutique. Les radiographies conventionnelles permettent de diagnostiquer l'usure et les fractures. Cependant, la tomographie numérique (CT) s'est avérée supérieure à la radiographie conventionnelle pour le diagnostic des fractures et est généralement réalisée pour les traumatismes modérés et graves. L'IRM est le meilleur moyen d'évaluer les structures des tissus mous et donc les rétrécissements du canal rachidien. Le myélo-scanner (radiographie en coupe avec produit de contraste) fournit une évaluation du canal rachidien presque aussi bonne que l'IRM, en particulier chez les patients claustrophobes. Chez les adultes sains et asymptomatiques, une hernie discale lombaire est découverte dans env. un tiers des cas par tomographie ou par IRM [3, 7].

Triage

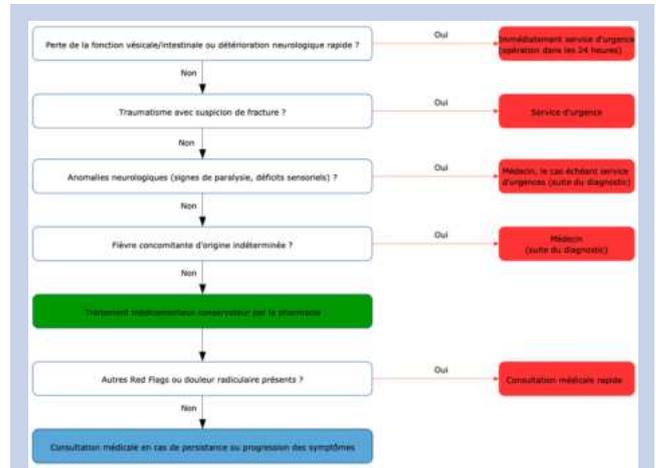
Une consultation médicale doit être recommandée à tout patient souffrant d'un mal de dos chronique (c'est-à-dire ressenti presque quotidiennement depuis plus de 3 mois) ou en présence de Red Flags (encadré 2). Une prise en charge immédiate dans un service d'urgence doit intervenir en cas de: douleurs dorsales associées à une perte de la fonction vésicale/intestinale, de traumatisme antérieur avec suspicion de fracture, de nouvelle anomalie neurologique (paralysie, perte de sensation), ou en raison d'une fièvre associée inexplicable [2, 3]. A l'aide de l'algorithme de triage présenté ci-dessous, il est possible de décider si une prise en charge médicale ou dans un service d'urgence doit intervenir immédiatement ou si une prise en charge ambulatoire peut être préalablement entreprise par la pharmacie.

Encadré 2 : Red Flags en cas de douleurs dorsales

- Douleur au repos ou la nuit
- Maladie tumorale dans les antécédents médicaux
- Infection chronique
- Consommation de drogues i.v.
- Moins de 20 ou plus de 70 ans
- Ostéoporose
- Médicaments systémiques à base de glucocorticoïdes
- Douleur battante sur la colonne vertébrale
- Fièvre d'origine indéterminée
- Apparition d'une incontinence, d'un dysfonctionnement de la vessie ou de l'intestin
- Traumatisme

Algorithmes de triage

Traitement du mal de dos en pharmacie



Vous trouverez l'algorithme de triage en version grand format en annexe.

Traitement sans Red Flags

Le traitement des douleurs dorsales se base sur la prévention des événements futurs et sur une thérapie aiguë, médicamenteuse et non médicamenteuse. L'objectif du traitement médicamenteux est de compenser la douleur afin que la personne concernée n'adopte pas une posture protectrice, mais puisse détendre le dos et bouger normalement. L'immobilisation ne doit être pratiquée que pour une durée aussi courte que possible, car elle n'entraîne généralement pas d'amélioration des troubles [3].

Lombalgie aiguë et chronique (sans radiculopathie)

Prévention

Des programmes d'exercices visant à renforcer les muscles du dos et du bassin peuvent prévenir les rechutes, voire empêcher les événements de se produire. Le plus important est la régularité des mouvements (surtout dans la routine sédentaire du bureau). Ainsi, un succès notable peut être obtenu individuellement, p. ex. *Motor control exercise*, de renforcement en salle de sport, d'étirements réguliers/ d'assouplissements sur le lieu de travail (flexions, étirements), d'un entraînement physique (jogging) ou d'exercices corps-esprit (p. ex. yoga) [3, 9, 24, 25]. *Motor control exercise* est un exercice de mouvement guidé par un thérapeute pour mieux utiliser les muscles dans des mouvements complexes [26]. On s'attend à une guérison complète du problème avec des méthodes thérapeutiques conservatrices chez 85 % des adultes souffrant de lombalgie aiguë. Ce bon pronostic devrait être soumis à tous les patients [2].

Traitement médicamenteux

Le groupe des AINS (p. ex. diclofénac, ibuprofène, acide ménémanique, naproxène) montre une amélioration significative des lombalgies aiguës et devrait être recommandé

comme médicament de première intention, en l'absence de contre-indications (p. ex. insuffisance rénale). Il n'y a pas de différence d'efficacité entre les différents types d'AINS. Tout médicament doit être administré à la dose efficace la plus faible et pour une durée aussi courte que nécessaire. Si les symptômes conduisent à un traitement prolongé, un inhibiteur de la pompe à protons (p. ex. pantoprazole, ésomeprazole, oméprazole) peut également être nécessaire pour réduire les effets secondaires gastro-intestinaux [3, 7, 9, 24]. En outre, un médicament analgésique concomitant avec du paracétamol, p. ex. Dafalgan (nom commercial) et du métramizole, p. ex. Novalgin (nom commercial) peut être administré. En cas de contre-indication à un AINS, l'association de la codéine et du paracétamol peut être utilisée. Une escalade du traitement analgésique avec des opiacés tels que le tramadol ou la préparation combinée oxycodone/naloxone (nom commercial Targin) en cas de persistance des symptômes ne doit être entreprise qu'avec prudence. Les effets secondaires typiques des opioïdes sont les nausées, la constipation et les démangeaisons. Si nécessaire, un traitement laxatif et/ou antiémétique peut être mis en place [3, 7].

Les myorelaxants, les antidépresseurs tricycliques ou les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent entraîner une amélioration des symptômes dans certains cas (notamment en cas de lombalgies chroniques). L'effet antidouleur des antidépresseurs et des ISRS est attribué à une modulation au niveau du cerveau des neurotransmetteurs qui déclenchent le stimulus de la douleur (chronique), en modifiant la conduction au niveau synaptique. De plus, ils peuvent améliorer les troubles dépressifs accompagnant les états douloureux chroniques. En raison de l'effet secondaire sédatif des myorelaxants, il est recommandé de les prendre le soir avant le coucher. Toutefois, les données relatives aux myorelaxants ainsi qu'aux ISRS et aux antidépresseurs ne sont pas suffisantes pour formuler une recommandation claire concernant les douleurs dorsales [9, 27, 28].

Des produits topiques telles que des pommades, des crèmes ou des gels (p. ex. avec du diclofénac ou de l'ibuprofène) ou des patches de diclofénac (nom commercial Flector EP Tissugel) peuvent être utilisés en complément [3]. Les patches de lidocaïne n'ont pas montré d'amélioration significative des symptômes [9].

Les patients souffrant de douleurs dorsales dues à des fractures, à des lésions liées à l'ostéoporose ou à des lésions osseuses d'origine tumorale (dans le cas de métastases osseuses) bénéficient d'une substitution en vitamine D et en calcium ainsi que d'une augmentation de l'activité physique pour prévenir la perte osseuse. Elle peut même favoriser la formation osseuse et ainsi prévenir de nouvelles fractures. Dans les cas graves, on utilise également des médicaments à base de bisphosphonates, qui inhibent la fonction des ostéoclastes par un mécanisme d'action complexe et empêchent ainsi la résorption osseuse. En outre, l'anticorps monoclonal dénosumab est alors également utilisé. Cet anticorps se lie à la protéine transmembranaire RANKL (*Receptor Activator of NF- κ B Ligand*) et empêche ainsi l'activation du récepteur

RANK (*Receptor Activator of NF- κ B*), nécessaire à la maturation et au fonctionnement des ostéoclastes. Cela réduit ainsi la résorption osseuse. Des préparations hormonales sont également utilisées dans le cadre de l'ostéoporose post-ménopausique [3].

Traitement non-pharmacologique

Il n'a pas été clairement démontré qu'une thérapie complémentaire non médicamenteuse accélère le processus de guérison en cas de lombalgie aiguë. Cependant, certains patients répondent très bien à la chiropraxie, à la physiothérapie, à la kinésithérapie, aux massages, à l'acupuncture, à la stimulation électrique transcutanée des nerfs (TENS), aux traitements par ultrasons, à la diathermie ou au traitement controversé par champ magnétique [29]. Une telle thérapie complémentaire devrait être recommandée au patient dans un délai de 1 à 2 semaines si les symptômes ne s'améliorent pas sous traitement médicamenteux [3, 9, 24, 25, 30].

Les interventions chirurgicales pour les lombalgies chroniques sans problèmes radiculaires ne montrent pas de supériorité globale par rapport à un traitement purement conservateur et ne doivent donc être pratiquées qu'avec beaucoup de prudence. D'autres approches thérapeutiques sont l'électrothérapie et la thérapie par radiofréquence, dans lesquelles les nocicepteurs des disques intervertébraux affectés sont détruits au moyen de cathéters spéciaux. Les données disponibles pour ces approches ne sont pas suffisantes pour permettre une recommandation claire [3].

Lomboradiculalgie aiguë ou chronique

Les patients souffrant de lomboradiculalgie aiguë ou chronique sont souvent gravement atteints, mais deux tiers des patients présentent une régression complète des troubles dans les 6 mois [3]. En cas de lomboschialgie, la moitié des patients ne présentent plus de symptômes après un mois de traitement conservateur [9]. C'est pourquoi dans ces cas, il faut également rechercher un traitement conservateur avec les mêmes approches médicamenteuses que pour la lombalgie pure. En plus des médicaments décrits ci-dessus, les antidépresseurs tricycliques et les anticonvulsivants peuvent également améliorer les symptômes en cas de douleur neuropathique. Ces médicaments ne doivent être administrés que par un médecin spécialiste et au cas par cas. Une injection épidurale de glucocorticoïdes peut également entraîner une amélioration temporaire des symptômes, mais n'a aucun effet sur la nécessité d'un traitement chirurgical [3, 24]. Une intervention chirurgicale ne doit être pratiquée qu'en cas de nécessité absolue, car bien qu'elle permette de soulager plus rapidement la douleur, le résultat à long terme est équivalent à celui d'un traitement conservateur, qui présente moins de risques de complications ou d'effets secondaires [3]. En cas de lésion de la racine nerveuse avec une restriction progressive, neurologique, en particulier motrice, ou un syndrome de la queue de cheval, l'indication opératoire est claire [2]. L'hémilaminectomie partielle (ablation partielle de la paroi postérieure du corps vertébral) peut être utilisée pour corriger

des rétrécissements et les radiculopathies qui leurs sont associées, ou des sténoses du canal rachidien. Si un prolapsus discal est à l'origine du problème, il est également retiré. Dans les situations où la colonne vertébrale est instable (p. ex. après un traumatisme), on procède à une fusion des vertèbres lombaires concernées [3].

Conclusion

Le mal de dos est un trouble physique répandu et fréquemment rencontré en pharmacie. Une intervention précoce et préventive est alors possible, via une discussion informative et un traitement médicamenteux précoce de la problématique aiguë. Dans ce tableau clinique, le pronostic est globalement favorable. La prudence est de mise chez les patients présentant les facteurs de risque décrits précédemment. Dans ces cas, une intervention médicale rapide ou, le cas échéant, une hospitalisation d'urgence doivent intervenir.

Littérature

Vous trouverez la bibliographie complète sous www.online-academy.ch

Contrôle de connaissances online

Le contrôle de connaissances de cet article ainsi que d'autres formations continues sont disponibles sur www.online-academy.ch

Auteur



Dipl. méd. John Ethan Rampa

Médecin, Zurich (Suisse)

En route pour le succès de votre formation continue

1. sur internet visitez www.online-academy.ch
2. enregistrez-vous gratuitement afin d'obtenir votre accès d'essai
3. consultez vos progrès d'apprentissage à l'aide du contrôle de connaissances online

Aimeriez-vous encore plus de formation continue accréditée de points FPH ? Choisissez votre abonnement payant parmi une multitude d'offres attrayantes sur internet !

Comité consultatif

Prof. Dr Theo Dingermann, Francfort (D)

Prof. Dr Gerrit Borchard, Genève (CH)

Dr Karin Nemec, Vienne (A)

Prof. Dr Manfred Schubert-Zsilavec, Francfort (D)

Editeur

pnn pharma nation network ag

Kirchgasse 42, 8001 Zurich

T : 044 225 15 00, F : 044 225 15 06

E : online-academy@pnn.ch, www.online-academy.ch

Annexe : Glossaire des termes fréquemment utilisés

Anesthésie en selle

Diminution de la sensibilité allant jusqu'à l'engourdissement, dans la zone des organes génitaux, la région de l'anus et l'intérieur de la cuisse.

Articulation facettaire

Les arcs vertébraux sont reliés entre eux par deux apophyses articulaires, en haut et en bas.

Caudal

Description directionnelle ou positionnelle sur le tronc : orienté vers le coccyx

Chiropratique

Correction par manipulation des malpositions des articulations vertébrales

Cervical

Concernant le cou/appartenant au cou

Coccyx

Os formant l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale

Colonne bambou

Formulation descriptive d'une image radiographique usuelle de la colonne vertébrale d'un patient présentant des processus de remodelage osseux chroniques, généralement dans le contexte d'une maladie inflammatoire chronique. Les structures osseuses, radio-opaques, encadrent le disque intervertébral moins radio-opaque et rigidifient ainsi l'ensemble de la colonne vertébrale. L'image radiographique montre le motif typique d'un bâton rigide en bambou.

Cyphose sacrée

La partie la plus basse de la colonne vertébrale, qui comprend le sacrum et le coccyx, est physiologiquement courbée de façon convexe en direction dorsale.

Cyphose thoracique

La colonne thoracique est physiologiquement incurvée de façon convexe vers le côté dorsal.

Diathermie

Egalement appelée thérapie à haute fréquence. Il s'agit d'une approche physiothérapeutique qui utilise des champs ou des courants électromagnétiques à haute fréquence pour produire de la chaleur en surface et en profondeur du corps afin d'améliorer la circulation, dans le but de soulager la douleur, de réduire les raideurs et d'augmenter le métabolisme

Dorsalgie

Douleur dans le haut du dos (colonne thoracique)

Douleurs dorsales chroniques

Troubles quasi-quotidiens du dos durant au moins 3 mois

Douleurs dorsales non spécifique

Douleurs qu'il n'est pas possible d'attribuer précisément à un tableau clinique ou à des résultats objectivables.

Foramen intervertébral

Ouvertures latérales jumelées du canal vertébral

Foramen vertébral

Espace vide, trou vertébral, délimité par l'arc vertébral et la partie dorsale du corps vertébral

Hernie discale/prolapsus discal

Déplacement soudain ou à progression lente de parties du disque intervertébral

Isthme interarticulaire

Section osseuse située entre les processus articulaires supérieur et inférieur d'un arc vertébral.

Lombalgie

Douleur dans le bas du dos (région lombaire)

Lombo-radicaire

Terme descriptif pour la « zone du bas du dos ainsi que le long d'un dermatome d'une racine nerveuse spinale »

Lombo-sacré

Concernant la colonne lombaire et le sacrum

Lordose cervicale

La colonne cervicale est physiologiquement incurvée de façon convexe vers le côté ventral.

Lordose lombaire

La colonne lombaire est physiologiquement incurvée de façon convexe vers le côté ventral.

Lumbago

Dans le langage courant, le terme imprécis de lumbago est souvent utilisé dans le contexte d'une douleur dorsale d'apparition soudaine, généralement lombaire, avec ou sans irradiation dans les jambes. Il apparaît souvent comme résultat d'un faux mouvement, d'une mauvaise posture ou après avoir porté une charge lourde.

Muscles dorsaux autochtones

Cette partie des muscles du dos repose directement sur la colonne vertébrale et est responsable de sa stabilité et de sa mobilité.

Paravertébral

Situé à côté de la colonne vertébrale

Périanal

Autour de l'anus

Périnéal

Appartenant au périnée

Postérieur

Situé vers l'arrière

Sacrum

Os issu de la fusion des cinq vertèbres sacrées

Sciatique/lombosciatique

Les termes sont souvent utilisés dans le langage courant pour décrire une douleur non spécifique du dos (inférieur) avec une irradiation dans les jambes. Ces termes ne devraient être utilisés que pour les états douloureux avec irradiation radicaire dans la zone innervée par le nerf sciatique.

TENS

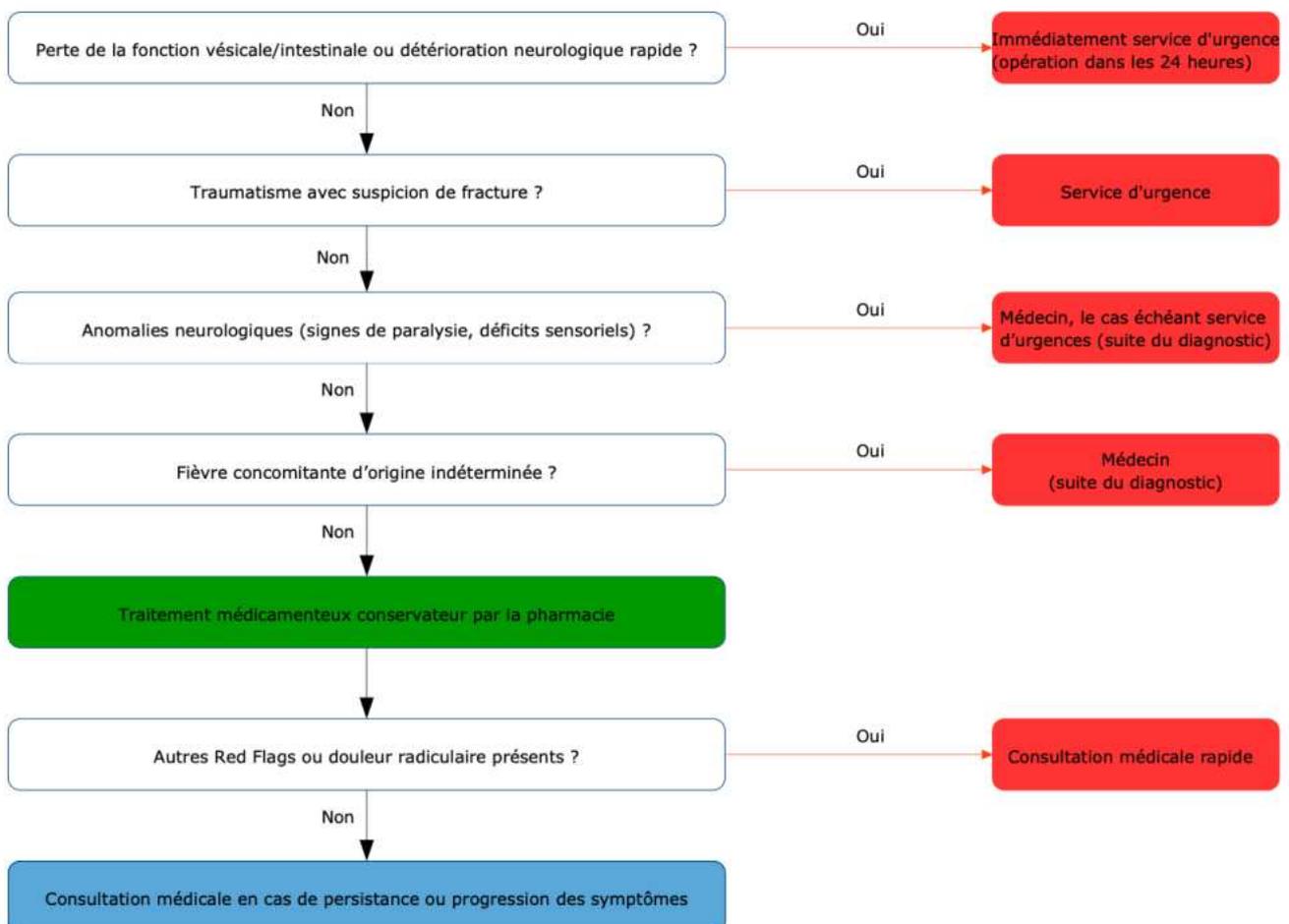
Stimulation électrique transcutanée (= via la peau) des nerfs pour soulager la douleur à l'aide d'un courant électrique de faible intensité

Traitement par champ magnétique

Procédure naturopathique visant à inhiber l'inflammation et à soulager la douleur à l'aide d'un champ magnétique

Annexe : Algorithmes de triage

Algorithmes de triage Traitement du mal de dos en pharmacie



Cet algorithme de triage a été établi avec le plus grand soin, toutefois, pnn ag ne peut assumer de garantie concernant l'exactitude des données fournies.