

- **Chapitre 10 Item 92 – Rachialgie**

- **Lombalgies**

- A. Définitions

- II. Étiologies

- III. Lombalgies non spécifiques aiguës (aussi appelées lumbagos)

- IV. Lombalgies non spécifiques chroniques

- **Dorsalgies**

- I. Définition

- II. Étiologies

- III. Démarche diagnostique

- IV. Examens complémentaires

- V. Traitement

- **Cervicalgies**

- I. Définition

- II. Cervicalgies aiguës

- III. Cervicalgies chroniques

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer une rachialgie.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Item transversal : rhumatologie.

Connaissances requises :

- anatomie du rachis (voir Netter F. *Atlas d'anatomie humaine*. 5^e éd. Elsevier Masson ; 2011) ;
- item 118– les principales techniques de rééducation et de réadaptation (*cf.* chapitre 15).

Connaissances de base : non.

Les rachialgies sont très fréquentes dans la population générale. Elles sont classées selon l'étage anatomique douloureux du rachis : cervicalgies, dorsalgies et lombalgies.

Sont traitées ici uniquement les rachialgies sans atteinte neurologique, en particulier sans radiculaire associées.

Les rachialgies sont classées de la manière suivante, selon leur durée d'évolution :

- aiguë : < 6 semaines ;
- subaiguë : 6 semaines à 3 mois ;
- chronique : > 3 mois.

- **Lombalgies**

- **I Définitions**

Définitions d'après la Haute Autorité de santé (HAS) et la classification issue des recommandations européennes COST B13 :

lombalgies : « douleurs de la région lombaire, pouvant s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse, et ne dépassant pas le genou » ;

récidive de lombalgies : nouvel épisode de lombalgies après une période minimum de 6 mois sans douleur.

II Étiologies

A Lombalgies symptomatiques

En faveur d'une fracture : notion de traumatisme, prise de corticoïdes, âge supérieur à 70 ans, ostéoporose, antécédent de tassement vertébral.

En faveur d'une néoplasie : âge supérieur à 50 ans ou inférieur à 20 ans, perte de poids inexpliquée, antécédent tumoral ou échec du traitement symptomatique.

En faveur d'une infection : fièvre, douleur à recrudescence nocturne, contexte d'immunosuppression, infection urinaire récente, sonde urinaire à demeure, prise de drogue intraveineuse, prise prolongée de corticoïdes.

En faveur d'une inflammation : début progressif avant 40 ans, raideur matinale majeure, atteinte des articulations périphériques, uvéite, psoriasis, signes d'appel cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie.

B Lombalgies non spécifiques : pathologies disco-vertébrales

Toujours éliminer une lombalgie symptomatique avant de conclure à une lombalgie non spécifique (commune).

Les red flags, ou drapeaux rouges, évocateurs d'une lombalgie symptomatique (recommandations européennes), sont les suivants :

âge < 20 ans ou > 55 ans ;

antécédent de traumatisme violent récent ;

douleur d'horaire non mécanique, progressive ;

douleur thoracique ;

antécédent de tumeur maligne ;

prise de corticoïdes au long cours ;

toxicomanie intraveineuse, immunosuppression, virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;

perte de poids inexplicée ;

fièvre ;

signes neurologiques étendus (par exemple, syndrome de la queue de cheval) ;

déformation structurale (scoliose, cyphose) ;

douleurs constantes.

III Lombalgies non spécifiques aiguës (aussi appelées lumbagos)

A Bilan clinique

1 Interrogatoire

Douleur d'apparition brutale, d'horaire mécanique, en barre, au maximum pouvant empêcher le redressement (malade plié en deux), impulsive à la toux.

Si un facteur déclenchant est souvent recherché à l'interrogatoire, il n'est pas systématiquement retrouvé.

Recherche d'antécédents de lumbago.

Pratique d'une activité physique régulière antérieure.

Poids, taille, indice de masse corporelle (IMC).

Contexte socio-professionnel (profession, type de profession – physique/sédentaire –, statut marital, mode de vie...).

2 Examen physique

Déviations antalgiques du rachis.

Contracture paravertébrale.

Douleur à la palpation des épines.

Raideur du rachis souvent localisée à un secteur (indice de Schober limité, fig. 10.1).

Signes négatifs : examen neurologique normal (pas de signes de souffrance nerveuse ni de déficit neurologique), absence de fièvre.

Fig. 10.1

Indice de Schober.

On place un repère 10 cm au-dessus de l'épineuse de L5, lorsque le sujet est debout, puis on note l'augmentation et la diminution de la distance entre ces deux repères lors de la flexion et de l'extension du tronc ; la norme varie en fonction de la taille et du sexe.

A. Repères. B. Flexion antérieure.

La position permettant un examen optimal du rachis lombaire est la position mettant le patient en décubitus ventral en travers de la table : cette position détend les fléchisseurs de hanche et corrige la lordose lombaire.

Il est important de rechercher les facteurs de risque de passage à la chronicité des lombalgies (facteurs psycho-sociaux), ce sont les yellow flags, ou drapeaux jaunes, suivants :

fausses croyances (FABQ, BBQ : annexes 10.1 et 10.2) ;

insatisfaction au travail (facteur de risque essentiel), bénéfices secondaires ;

troubles psychologiques (dépression, anxiété...) ;

sévérité de l'incapacité fonctionnelle (questionnaire de Québec : annexe 10.3) ;

comportement inadapté (réduction importante de l'activité physique).

B Examens complémentaires

Aucun examen d'imagerie n'est pratiqué devant une lombalgie de moins de 7 semaines d'évolution, sauf lorsque certains éléments amènent à rechercher une lombalgie symptomatique ou lorsque les modalités du traitement choisi (manipulation vertébrale) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique (recommandations HAS, 2000).

L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai (HAS 2000, accord professionnel).

En cas de nécessité de réaliser des examens morphologiques, des radiographies sont effectuées en première intention : rachis lombaire face et profil, bassin de face.

En cas de recherche d'une lombalgie symptomatique, numération formule sanguine, protéine C-réactive et vitesse de sédimentation seront demandées, en complément des examens d'imagerie.

C Traitement des lombalgies aiguës non spécifiques (recommandations européennes COST B13)

La plupart des épisodes de lumbagos évoluent naturellement vers la guérison en quelques jours.

Objectif du traitement

Calmer la douleur, restaurer la mobilité et la fonction, et éviter le passage à la chronicité et les arrêts de travail prolongés.

Délivrer une information adaptée et rassurer le patient (éducation thérapeutique).

Proscrire l'alitement systématique ! Conseiller aux patients de rester actifs et de poursuivre leurs activités quotidiennes normalement, ainsi que leur activité professionnelle, si l'intensité de la douleur le permet.

Une ceinture de maintien lombaire peut être prescrite, en particulier pour la reprise des activités physiques et professionnelles ou pour les efforts physiques sollicitant le rachis lombaire.

Traitement essentiellement médicamenteux : antalgique de palier 1 ou 2, en fonction de l'intensité des douleurs ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en prenant en compte le rapport bénéfice/risque. Préférer une prise à intervalles réguliers (plutôt qu'à la demande). Il n'y a pas de place pour la corticothérapie (orale ou infiltration).

Discuter l'ajout de myorelaxants, sur une courte durée, en cas d'échec des antalgiques, pour contrôler la douleur.

Pas de prescription initiale de masso-kinésithérapie : absence de réelle efficacité prouvée dans la lombalgie aiguë.

Une prise en charge en kinésithérapie de ville peut être envisagée en l'absence d'amélioration après 4 semaines de traitement médicamenteux ou en cas d'antécédents d'épisodes analogues.

Les programmes multidisciplinaires de reconditionnement à l'effort en milieu professionnel peuvent être une option thérapeutique pour les actifs en arrêt de travail depuis au moins 4 à 8 semaines.

Les manipulations vertébrales peuvent être utilisées. Cependant, ces techniques sont formellement contre-indiquées en présence de signes de souffrance nerveuse (elles nécessitent des radiographies au préalable).

Les ceintures de maintien lombaire et corsets lombaires n'entraînent pas d'amyotrophie des muscles du tronc. En effet, en orthostatisme, les muscles érecteurs du rachis sont soumis en permanence à la force de la gravité et sont donc stimulés en continu. Le port d'orthèse peut par contre entraîner un trouble de la proprioception, facilement rééducatif.

Ce raisonnement ne s'applique pas à l'immobilisation du rachis cervical, car ce dernier possède des amplitudes articulaires plus grandes et plus variées, ainsi que des groupes musculaires plus nombreux et qui ne sont pas tous soumis à la pesanteur lors de la position d'orthostatisme.

IV Lomalgies non spécifiques chroniques

La lombalgie chronique est une pathologie courante. Avec une incidence comprise entre 60 et 90 % et une prévalence estimée entre un quart et un tiers de la population générale, elle constitue le trouble musculosquelettique le plus fréquent devant les scapulalgies (20,9 %) et les cervicalgies (20,6 %). On considère actuellement que moins de 10 % des lombalgies aiguës évoluent vers la chronicité, mais ce faible pourcentage représente la majorité du coût de cette pathologie.

A Examen clinique

1 Interrogatoire

Date de début des douleurs, facteur déclenchant, antécédents de lumbagos, pratique d'une activité physique, mode de vie (escaliers), poids, taille, IMC.

Évaluation de la douleur : siège et irradiation, horaire, impulsivité à la toux, facteurs aggravants/atténuants, échelle visuelle analogique (EVA), traitements antalgiques déjà tentés et leur efficacité, port d'une ceinture lombaire.

Cinésiophobie (peur du mouvement).

Retentissement socio-professionnel : arrêt de travail initial, accident du travail, temps d'arrêt de travail cumulé sur les deux dernières années, satisfaction professionnelle (EVA/100), description du contexte professionnel.

2 Examen physique

Examen du rachis lombaire

Recherche d'un trouble de la statique rachidienne dans les plans frontal (déviations rachidiennes d'un côté), sagittal (évaluation des courbures) et axial (recherche d'une gibbosité) (fig. 10.2).

Fig. 10.2

Évaluation de la statique rachidienne.

A. Plans frontal (A), sagittal (B) et axial (C) : recherche de l'apparition d'une gibbosité (= bosse) lors de la flexion antérieure du tronc signant une rotation vertébrale axiale que l'on retrouve dans les scolioses. Absence de gibbosité en C.

Recherche d'une inégalité de longueur des membres inférieurs.

Examen de la mobilité rachidienne (fig. 10.3 et 10.4).

Fig. 10.3

Évaluation de la mobilité en inclinaison.

Fig. 10.4

Évaluation de la mobilité en rotation.

Palpation des épineuses axiales et en regard des articulaires postérieures.

Recherche d'une douleur à la charnière thoraco-lombaire (T12-L1).

Recherche de contractures paravertébrales et d'un syndrome cellulo-téno-myalgique.

Examen neurologique

Absence de signes neurologiques.

Absence de signe de Lasègue radiculaire (douleur radiculaire dans un ou les deux membres inférieurs, déclenchée par la flexion passive de la hanche, genou en extension, patient en décubitus dorsal), mais il peut exister un signe de Lasègue lombaire (qui dans la même position déclenche une douleur lombaire uniquement) (fig. 10.5).

Fig. 10.5

Recherche d'un signe de Lasègue (radiculaire ou lombaire).

B Examens complémentaires

Radiographies du rachis lombaire (face et profil) et bassin (face) systématique.

Scanner ou IRM en fonction du contexte clinique, en privilégiant l'IRM autant que possible (examen non irradiant).

Il n'y a pas lieu de réaliser des examens supplémentaires dans l'année qui suit la réalisation des premiers, sauf évolution des symptômes ou pour s'assurer de l'absence de contre-indications d'une thérapie nouvelle, comme des manipulations vertébrales (recommandation HAS, 2000).

Classification IRM de Modic des discopathies érosives (modifications de signal des plateaux vertébraux associées à la dégénérescence discale) :

type 1 – hyposignal T1 et hypersignal T2, correspondant à un œdème (Modic 1) (fig. 10.6) ;

type 2 – hypersignal T1 et T2, correspondant à une involution graisseuse (Modic 2) ;

type 3 – hyposignal T1 et T2, correspondant à une ostéosclérose (Modic 3).

Fig. 10.6

Modifications de signal IRM des plateaux vertébraux L5 et S1 de type Modic I.

A. Hyposignal T1. B. Hypersignal T2.

C Traitements des lombalgies non spécifiques chroniques

« Il existe peu de recommandations pour la prise en charge des lombalgies chroniques, par rapport à la lombalgie aiguë. La lombalgie chronique n'est pas une entité clinique et diagnostique, mais plutôt un symptôme chez des patients présentant différents stades d'incapacité et de chronicité. Dans l'ensemble, les preuves scientifiques sont limitées sur beaucoup d'aspects de l'évaluation diagnostique et des thérapeutiques concernant les patients lombalgiques chroniques. » (Recommandations européennes CostB13.)

Objectif du traitement

Permettre au patient de contrôler et de gérer sa douleur, d'améliorer sa fonction et de favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible en collaboration avec le médecin du travail (HAS, décembre 2000).

1 En première intention

Éducation thérapeutique

Rassurer le patient, expliquer la pathologie, fournir une information structurée et validée

Prise en charge de la douleur

Traitement médicamenteux : antalgique de palier 1, puis de palier 2 si nécessaire ; exceptionnellement de palier 3.

Les AINS peuvent être proposés ; ils doivent cependant être prescrits en cure courte en prenant bien en compte le rapport bénéfice/risque.

Les myorelaxants ne sont pas recommandés.

Les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine n'ont pas ou peu d'effet en dehors d'un contexte de dépression.

Les corticostéroïdes par voie générale ne sont pas recommandés.

Les infiltrations épidurales de corticoïdes ne sont pas recommandées en première intention.

La neurostimulation électrique transcutanée (transcutaneous electrical nerve stimulation ou TENS) est efficace sur la douleur surtout en présence d'une radiculalgie associée.

Maintien des activités physiques

Le repos au lit n'est pas recommandé.

Poursuivre le niveau d'activité maximal compatible avec la douleur.

Promouvoir l'activité physique régulière, éventuellement avec une ceinture lombaire souple de maintien (cf. chapitre 21).

Séances de kinésithérapie

Limiter les techniques passives dont la physiothérapie antalgique et privilégier le travail actif.

Renforcement musculaire : muscles abdominaux, spinaux, quadriceps (fig. 10.7).

Étirement des plans sous-pelviens : muscles psoas, ischio-jambiers, quadriceps.

La balnéothérapie peut être associée, elle a un effet antalgique à court terme.

Apprentissage d'auto-exercices à poursuivre à domicile.

Reconditionnement aérobie.

Travail de la proprioception.

Fig. 10.7

Renforcement musculaire des muscles du tronc.

Accompagnement psychologique (si besoin)

Relaxation, sophrologie, thérapies comportementales encourageant l'activité physique.

Reprise des activités professionnelles et sociales

Objectif de reprise du travail si le patient est en arrêt de travail.

Contact précoce avec la médecine du travail.

Durées indicatives des arrêts de travail pour les lombalgies aiguës, subaiguës et chroniques, recommandées par l'assurance maladie après avis de la HAS (tableau 10.1).

Tableau 10.1

Arrêts de travail pour les lombalgies aiguës, subaiguës et chroniques

Type d'emploi		Durée de référence*
Sédentaire		1 jour
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg	3 jours
	Charge répétée < 5 kg	
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg	14 jours
	Charge répétée < 10 kg	

Travail physique lourd	Charge > 25 kg	35 jours
------------------------	----------------	----------

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail ; elle est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

Autres

Traitements n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité concernant les lombalgies chroniques non spécifiques : tractions vertébrales, école du dos.

2 En seconde intention

Prise en charge multidisciplinaire

Elle est effectuée par les médecins, masso-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux, médecins du travail, chargés d'insertion socio-professionnelle, diététiciens, enseignants en activité physique adaptée (APA).

Bilan pré-rééducation (avant programme de restauration fonctionnelle du rachis, cf. infra)

Recherche de rétractions (raideur tendino-musculaire) des plans sous-pelviens : mesure de la distance talon–fesse sur un patient en décubitus ventral (rétraction des muscles quadriceps) ; mesure des angles poplités (rétraction des muscles ischio-jambiers). La mesure de ces rétractions permet par la suite de suivre le gain de souplesse de ces muscles au cours de la rééducation (fig. 10.8 et 10.9).

Fig. 10.8

Mesure de l'angle poplité (évaluant la raideur des muscles ischio-jambiers) : positionner la hanche à 90° de flexion passive en position de décubitus, et amener progressivement le genou en extension passive.

Fig. 10.9

Mesure de la distance talon–fesse (évaluant la raideur des muscles quadriceps).

Mesure des amplitudes du rachis lombaire (rotations, inclinaisons, flexion, extension), avec notamment mesure de l'indice de Schober qui recherche une raideur du rachis lombaire, ainsi que la mesure de la distance doigts–sol.

Recherche d'un syndrome de déconditionnement à l'effort (décrit par T. Mayer en 1985) : perte de la mobilité rachidienne, diminution des capacités musculaires (diminution de l'endurance des fléchisseurs et extenseurs du rachis) et cardiovasculaires à l'effort, réduction des capacités fonctionnelles (questionnaire de Québec), cinésiophobie.

Évaluation de la composante anxieuse et dépressive (score HAD ou hospital anxiety and depression scale) et du retentissement sur les activités de la vie quotidienne (questionnaire de Québec).

Évaluation des croyances. Les patients présentant des lombalgies chroniques ont souvent des croyances erronées concernant leur pathologie, ainsi que le lien entre leurs symptômes et l'activité physique (personnelle et professionnelle) : fear avoidance beliefs questionnaire ou FABQ (croyances concernant le travail et l'activité physique) et back beliefs questionnaire (BBQ).

Évaluation de la qualité de vie (autoquestionnaire de Dallas).

Programme de restauration fonctionnelle du rachis en centre de médecine physique et réadaptation

Groupe de patients lombalgiques, en hospitalisation.

Séances de rééducation collectives et quotidiennes (matin et après-midi) : kinésithérapie, ergothérapie, balnéothérapie.

Reconditionnement à l'effort en séance d'activité physique adaptée ou APA (fig. 10.10).

Fig. 10.10

Reconditionnement à l'effort.

Séances d'éducation thérapeutique, souvent réalisées en groupe, animées par différents intervenants (médecin, équipe infirmière, ergothérapeute, kinésithérapeute, enseignants en activité physique adaptée, psychologue...), avec différentes thématiques (les traitements antalgiques, l'activité physique et la lombalgie chronique, la reprise du sport...). Selon la HAS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

Accompagnement psychologique.

Réinsertion socio-professionnelle (fig. 10.11).

Fig. 10.11

Ré-entraînement à l'activité professionnelle.

Le pronostic fonctionnel de la lombalgie chronique est sombre puisque l'on considère qu'après 6 mois d'arrêt d'activité professionnelle pour lombalgies, la probabilité de reprise du travail est d'environ 50 %, qu'après 1 an elle est de 25 %, et qu'après 2 ans elle est à peu près nulle.

Dorsalgies

I Définition

Dorsalgies : douleurs ressenties en regard du rachis thoracique (T1 à T12).

Une origine viscérale ou symptomatique est plus souvent retrouvée pour les dorsalgies que pour les lombalgies ou cervicalgies.

II Étiologies

L'origine des dorsalgies peut être rachidienne, viscérale ou symptomatique.

Les dorsalgies symptomatiques ont les mêmes étiologies que les lombalgies symptomatiques.

Tous les organes intrathoraciques et de l'étage sus-mésentérique peuvent être responsables de dorsalgies.

Parmi les dorsalgies rachidiennes bénignes, on peut évoquer :

l'arthropathie costo-vertébrale ;

la dorsalgie statique (par exemple, sur scoliose) ;

la dorsalgie d'origine cervicale ;

le dérangement intervertébral mineur (exemple : syndrome de la charnière thoraco-lombaire ou à l'insertion basse du muscle splenius).

Dans les cas sans étiologie précise, on parle de « dorsalgies fonctionnelles » (diagnostic d'élimination). Ces dorsalgies touchent plus fréquemment les femmes jeunes, associant des facteurs psychologiques avec une profession sollicitant le rachis thoracique.

À noter que les hernies discales thoraciques sont rares.

III Démarche diagnostique

Caractéristiques de la douleur : siège, type, horaire, irradiation en ceinture, ancienneté, facteurs déclenchants, facteurs d'aggravation et d'atténuation, sensibilité aux médicaments (en particulier aux AINS).

Examen clinique général : cardiaque, pulmonaire, digestif, urologique.

Recherche d'un syndrome rachidien.

Recherche d'un trouble de la statique rachidienne.

Évaluation du contexte psychologique.

IV Examens complémentaires

Systématique en l'absence d'orientation étiologique.

Au minimum : radiographies du rachis thoracique.

En fonction de l'examen clinique : IRM et/ou scanner.

V Traitement

Le traitement des dorsalgies extrarachidiennes et des dorsalgies symptomatiques relèvent du traitement de la pathologie en question.

Le traitement des « dorsalgies fonctionnelles » comprend, en plus d'une prise en charge antalgique, une prise en charge psychologique, ainsi qu'une éventuelle adaptation ergonomique du poste de travail. Malgré la bénignité de ces dorsalgies, l'évolution peut être longue.

Cervicalgies

I Définition

Cervicalgies : douleur de la région postérieure du rachis cervical.

Deux tiers de la population sont concernés une fois dans leur vie par des cervicalgies.

À noter qu'il peut exister des cervicalgies d'origine projetée (douleur thoracique, dorsalgies).

II Cervicalgies aiguës

A Étiologies

Post-traumatiques.

Symptomatiques (inflammatoire, infectieuse, tumorale).

Non spécifiques (communes) : posturales, cervicarthrose, torticolis.

B Diagnostic de cervicalgies aiguës non spécifiques

Torticolis ou cervicalgies :

douleur d'apparition brutale, apparaissant souvent le matin au réveil, puis d'horaire mécanique ;

à l'examen physique : raideur du rachis souvent unilatérale entraînant une rotation de la tête, contracture paravertébrale, douleur à la palpation des épineuses ;

signes négatifs : examen neurologique normal (pas de signes de souffrance nerveuse ni de déficit neurologique), absence de fièvre.

Cervicalgies posturales : elles touchent principalement l'adulte jeune, et sont liées le plus souvent à une mauvaise posture.

C Examens complémentaires

En cas de cervicalgies aiguës non spécifiques, sans antécédent de traumatisme du rachis cervical, aucun examen complémentaire n'est nécessaire d'emblée.

En l'absence d'évolution favorable, des radiographies du rachis cervical (face, profil, trois quarts gauche et droit) pourront être demandées.

D Traitement des cervicalgies aiguës non spécifiques

Rassurer le patient.

Prise en charge antalgique médicamenteuse et par agents physiques (thermothérapie).

Éviter l'immobilisation par collier cervical, qui augmente la raideur. Si l'immobilisation est nécessaire (intensité douloureuse importante), elle doit être de durée brève (2–3 jours).

Toute manipulation vertébrale cervicale doit être précédée de radiographies du rachis cervical et doit être réalisée par un médecin formé et ayant une pratique régulière.

Des séances de rééducation (kinésithérapie ou ostéopathie) peuvent être prescrites, pour prévenir les récurrences, comprenant (recommandations de la Société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique ou SOFMMOO, 2003) :

physiothérapie antalgique ;

rééducation douce et progressive par contractions isométriques (techniques myotensives) ;
apprentissage d'exercices d'auto-étirement.

III Cervicalgies chroniques

A Étiologies

Symptomatiques (fracture ; origine inflammatoire, infectieuse, tumorale).

Non spécifiques : cervicarthrose.

B Diagnostic de cervicarthrose

La cervicarthrose peut se révéler par quatre tableaux différents :

syndrome cervical chronique ;

myélopathie cervicarthrosique ;

névralgie cervicobrachiale ;

insuffisance vertébrobasillaire.

Le syndrome cervical chronique comprend :

une douleur diffuse ou localisée ;

une irradiation possible de la douleur en interscapulaire ou occipital ;

une raideur et limitation des amplitudes articulaires avec limitation fonctionnelle ;

une douleur à la palpation des processus épineux et des articulations zygapophysaires (articulaires postérieures) ;

la présence d'un syndrome cellulo-téno-myalgique ;

une contracture paravertébrale ;

un examen neurologique normal.

C Examens complémentaires dans les cervicalgies chroniques non spécifiques

Des radiographies du rachis cervical (face, profil, trois quarts gauche et droit) sont effectuées, afin d'éliminer les causes de cervicalgies symptomatiques et de rechercher des lésions radiologiques de cervicarthrose.

La réalisation de radiographies du rachis dorsal peut être utile, à la recherche de douleurs projetées (cervicalgies dont l'origine serait une lésion du rachis dorsal).

D Traitement des cervicalgies chroniques non spécifiques

Informations du patient sur sa pathologie, le traitement...

Prise en charge médicamenteuse antalgique : palier 1, éventuellement palier 2.

Séances de masso-kinésithérapie en ville : physiothérapie antalgique, contractions isométriques et étirements, récupération de la mobilité active, travail proprioceptif.

Le travail actif est recommandé dans le traitement des cervicalgies chroniques et aiguës.

Éducation thérapeutique et apprentissage d'auto-exercices d'étirements musculaires.

Proscrire l'immobilisation de longue durée du rachis cervical.

Une immobilisation prolongée par collier cervical est source de raideur, douleur et limitation d'amplitude.

Points clés

Les diagnostics de rachialgies d'origine dégénératives sont des diagnostics d'élimination.

Les dérangements intervertébraux mineurs sont fréquents, bénins, et peuvent être retrouvés à tous les étages rachidiens.

Lombalgies :

toujours rechercher les red flags et les yellow flags ;

approche multifactorielle ;

importance de l'éducation thérapeutique ;

proscrire l'alitement systématique ;

ne pas oublier la réinsertion socio-professionnelle.

Dorsalgies :

une origine viscérale ou symptomatique est plus souvent retrouvée que pour les lombalgies ou cervicalgies ;

examens complémentaires systématiques.

Cervicalgies : limiter à 2 ou 3 jours l'immobilisation par collier cervical si celle-ci est vraiment nécessaire.

Annexe

Annexe 10.1 – Évaluation individuelle face à la douleur : fear avoidance belief questionnaire (FABQ)⁵

Pourquoi ces questions ?

Voici des notions que d'autres patients que vous nous ont exprimées au sujet de leur douleur. Pour chaque affirmation, veuillez entourer le chiffre de 0 à 6 pour indiquer combien les activités physiques telles que se pencher, soulever, marcher, conduire, influent ou pourraient influencer sur votre mal de dos.

Comment remplir ce questionnaire ?

Le chiffre que vous entourerez entre 0 et 6, exprimera votre degré de désaccord ou d'accord avec la proposition.

	Désaccord total	Incertain	Accord total
1. L'activité physique aggrave ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
2. L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
3. Je ne devrais pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
4. Je ne peux pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6

⁵ Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993 ; 52(2) : 157-68.
Chaory K, Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau MM, Fermanian J, Revel M, Poiraudéau S. Validation of the French version of the fear avoidance belief questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004 ; 29(8) : 908-13.

Les affirmations suivantes concernent la manière dont votre travail habituel influe ou pourrait influencer sur votre mal de dos.

	Désaccord total	Incertain	Accord total
5. La douleur a été provoquée par mon travail ou par un accident de travail	0	1 2 3 4 5	6
6. Mon travail a aggravé ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
7. Mon travail est trop dur pour moi	0	1 2 3 4 5	6
8. Mon travail augmente ou pourrait augmenter mes douleurs	0	1 2 3 4 5	6
9. Mon travail pourrait abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
10. Je ne devrais pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
11. Je ne pense pas que je pourrai reprendre mon travail habituel avant 3 mois	0	1 2 3 4 5	6

Total des items :

échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, score qui s'étend de 0 à 42) ;

échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, score qui s'étend de 0 à 24).

Annexe 10.2 – back beliefs questionnaire (BBQ)⁶

Consigne

Nous essayons de comprendre ce que les gens pensent des problèmes de dos. Merci de nous donner votre avis concernant le mal de dos, même si vous n'en avez jamais souffert.

Répondez à TOUTES les questions en indiquant votre degré d'accord avec les propositions suivantes en entourant le nombre approprié sur l'échelle allant de 1 pas du tout d'accord à 5 complètement d'accord.

1. Il n'existe pas vraiment de traitement pour le mal de dos	1 2 3 4 5
2. Le mal de dos peut vous empêcher à la longue de travailler	1 2 3 4 5
3. Le mal de dos signifie des épisodes de douleur pour le restant de la vie	1 2 3 4 5
4. Les médecins ne peuvent rien faire contre le mal de dos	1 2 3 4 5
5. L'exercice physique est recommandé pour le mal de dos	1 2 3 4 5
6. Le mal de dos rend tout plus difficile dans la vie	1 2 3 4 5
7. La chirurgie est le moyen le plus efficace pour soigner le mal de dos	1 2 3 4 5
8. Le mal de dos peut vouloir dire que vous finirez dans une chaise roulante	1 2 3 4 5

⁶ Symonds TL, Burton AK, Tillotson KM, Main CJ. Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble ? *Occup Med* (Lond)1996 ; 46(1) : 25-32.

Dupeyron A, Lanhers C, Bastide S, Alonso S, Toulotte M, Jourdan C, Coudeyre E. The Back Belief Questionnaire is efficient to assess false beliefs and related fear in low back pain populations : a transcultural adaptation and validation study. *PLoS One* 2017 ; 12(12) : e0186753.

9. Les médecines parallèles sont la réponse au mal de dos	1 2 3 4 5
10. Le mal de dos est synonyme d'arrêt de travail de longue durée	1 2 3 4 5
11. Les médicaments sont le seul moyen de soulager le mal de dos	1 2 3 4 5
12. Le dos reste toujours fragile après un premier épisode douloureux	1 2 3 4 5
13. Il faut impérativement se reposer quand on a mal au dos	1 2 3 4 5
14. Le mal de dos s'aggrave progressivement en vieillissant	1 2 3 4 5

Le score prend en compte les items 1, 2, 3, 6, 8, 10, 12, 13, 14. Il s'obtient en inversant la valeur obtenue puis en faisant la somme des 9 items.

Annexe 10.3 – Questionnaire de Québec (Quebec back pain disability scale)

Pourquoi ces questions ?

Ce questionnaire porte sur la façon dont votre douleur au niveau du dos affecte votre vie de tous les jours. Les patients souffrant de maux de dos trouvent difficile d'entreprendre certaines activités quotidiennes. Nous aimerions savoir si vous éprouvez de la difficulté à accomplir les tâches énumérées ci-dessous en raison de votre douleur au dos.

Comment remplir ce questionnaire ?

Veillez entourer la case (de l'échelle de 0 à 5) qui correspond le mieux à chacune des activités (sans exception).

Éprouvez-vous de la difficulté aujourd'hui à accomplir les activités suivantes en raison de vos douleurs ?

	Aucune difficulté (0)	Très peu difficile (1)	Un peu difficile (2)	Difficile (3)	Très difficile (4)	Incapable (5)
--	-----------------------	------------------------	----------------------	---------------	--------------------	---------------

1. Sortir du lit						
2. Dormir toute la nuit						
3. Vous retourner dans le lit						
4. Vous promener en voiture						
5. Rester debout durant 20 à 30 minutes						
6. Rester assis sur une chaise durant plusieurs heures						
7. Monter un seul étage à pied						
8. Faire le tour d'un pâté de maisons (marcher 300–400 m)						
9. Marcher plusieurs kilomètres						
10. Atteindre des objets						

sur des tablettes assez élevées						
11. Lancer une balle						
12. Courir à peu près 100 m						
13. Sortir des aliments du réfrigérateur						
14. Faire votre lit						
15. Mettre vos chaussettes						
16. Vous pencher pour laver la baignoire						
17. Déplacer une chaise						
18. Tirer ou pousser des portes lourdes						
19. Transporter deux sacs d'épicerie						
20. Soulever et transporter						

une grosse valise						
-------------------	--	--	--	--	--	--

- **Pour en savoir plus**

ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Paris : ANAES ; février 2000.

ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Paris : ANAES ; décembre 2000.

ANAES. Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du coup du lapin ou whiplash. Paris : ANAES ; mai 2003.

Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, et al. COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006 ; 15(Suppl 2) : S169–91.