



La douleur musculo-squelettique

Pr M. El Ensary

Université Al-Azhar – Le Caire – Egypte

Les opinions exprimées dans cette formation sont celles des membres du Club, elles ne reflètent pas nécessairement celles de sanofi-aventis.
Avant de prescrire un produit, reportez-vous toujours à l'information de prescription disponible dans votre pays.



pain club douleur

Questions brain storming

1. **Que pensez-vous de la douleur musculo-squelettique ?**
2. **Ce type de douleur est-il fréquent dans votre pays ?**
3. **Est-il facile ou difficile de diagnostiquer une telle douleur ?**
4. **Quels sont les différents types de douleur musculo-squelettique ?**
5. **Quels médicaments pouvez-vous utiliser pour traiter cette douleur ?**
6. **Avez-vous d'autres méthodes à proposer ?**
7. **Quel est le type de douleur musculo-squelettique le plus réfractaire ?**
8. **Souhaitez-vous répondre maintenant ou plus tard ?**

2

scenari oventis

1. Le but de ces questions est d'éveiller l'intérêt et l'attention des stagiaires.
2. Il n'est pas obligatoire de demander aux stagiaires de répondre à ces questions.
3. Vous pouvez toutefois comparer leurs réponses au début et à la fin de la conférence.
4. Ces questions peuvent être ajoutées à celles proposées à la fin.



pain club douleur

Objectifs

1. Savoir ce que l'on entend par douleur musculo-squelettique
2. Connaître ces différents types de douleur
3. Connaître le diagnostic différentiel des pathologies responsables de la douleur musculo-squelettique
4. Connaître les différentes modalités de traitement d'une telle douleur
5. Connaître les médicaments utilisés pour le traitement des différentes pathologies responsables de la douleur musculo-squelettique
6. Savoir quand traiter et quand adresser à un spécialiste

3

www.painclubdouleur.fr

A la fin du module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Diagnostiquer, classer et traiter la douleur musculo-squelettique.
2. Etant donné que ce syndrome est composé de différents éléments physiques, neurologiques et psychologiques, il convient d'avoir à l'esprit une approche globale et intégrée.
3. Les stagiaires doivent connaître la prévalence des différents types de douleur musculo-squelettique car leur incidence est considérable mais ils sont souvent négligés ou mal diagnostiqués.



pain club douleur

Sommaire

1. Cas clinique
2. Introduction à la douleur musculo-squelettique
3. La lombalgie
4. La polyarthrite rhumatoïde
5. La fibromyalgie
6. Conclusion

4

sansoni oventis

1. Il est important de donner aux stagiaires une idée globale des objectifs de ce thème.
2. La lombalgie, la douleur arthrosique et la fibromyalgie sont de la plus haute importance dans ce thème.
3. Le formateur doit insister sur ces thèmes car on les rencontre fréquemment dans la pratique clinique.

1. Cas clinique

- **Symptômes**
 - Femme (45 ans) avec des points douloureux dans les muscles de l'épaule et du cou
 - Fatigue, insomnie et raideur
 - Côlon irritable et paresthésie
- **Signes**
 - Points douloureux spécifiques et gonflements au niveau des jonctions tendineuses
 - Dépression psychologique chronique

- Wolfe F: Fibromyalgia: the clinical syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 15:1, 1989.
- Simons DG: Myofascial pain syndromes due to trigger points. In Goodgold J: *Rehabilitation Medicine*. St. Louis, Mosby, 1987

1. Commencer par un cas clinique permet de simuler ce que les stagiaires vont voir dans la pratique clinique.
2. Ces symptômes et/ou signes sont fréquents dans le syndrome de douleur musculo-squelettique.
3. Le formateur doit poser la question : *quel est le diagnostic possible ?*
4. Cette question est très importante pour attirer l'attention des stagiaires sur la diapositive suivante.



pain club douleur

Quel est le diagnostic possible ?

- Douleur myofasciale, fibromyalgie
- Polymyalgie rhumatismale
- Myopathies endocriniennes (thyroïdienne & surrénalienne)
- Arthrose des facettes articulaires
- Autres causes de dépression psychologique

Quels sont les examens demandés ?

Wolfe F: Fibromyalgia: the clinical syndrome. Rheum Dis Clin North Am 15:1, 1989

Simons DG: Myofacial pain syndromes due to trigger points. In Goodgold J: Rehabilitation Medicine. St. Louis, Mosby, 1987

6

sanofi-aventis

1. Jusqu'à la fin, le formateur doit poser la question : *connaissez-vous d'autres pathologies non mentionnées ?*
2. Cette question donnera au formateur une idée rapide de la somme de connaissances des stagiaires.
3. Une autre question à la fin permet de faire passer en douceur les stagiaires à la diapositive suivante.

Diagnostic du cas clinique

1. Algométrie
2. Electromyogramme et stimulation électrique
3. Thermographie
4. Calorimétrie
5. Examens biologiques, NFS, VS, fonction thyroïdienne, fonction du cortex surrénalien, biopsie artérielle et examen du fond d'œil
6. Radiographie simple, TDM, IRM

Simons DG: Myofascial pain ,syndromes due to trigger points. In Goodgold J: Rehabilitation Medicine. St. Louis, Mosby, 1987

7

spinali oventis

1. Les stagiaires doivent avoir la possibilité de proposer les examens nécessaires pour parvenir à un diagnostic possible.
2. Avant de passer à la diapositive suivante, le formateur peut résumer les résultats positifs et négatifs de chaque examen et dire si l'un ou plusieurs de ces examens sont spécifiques pour l'un des éléments de la liste présentée à la diapositive suivante.



Cas clinique (suite)

- Douleur myofasciale
 - Antécédent de traumatisme musculaire ou osseux
 - Points douloureux, spasme musculaire, insomnie, dépression
 - Pas d'examen biologique négatif spécifique ; études d'imagerie
- Fibromyalgie
 - Cause inconnue ou antécédent, F/H = 10/1
 - Points gâchette gonflés et douloureux
 - Fonction thyroïdienne et fonction du cortex surrénalien
 - Electromyogramme toujours normal

1. Chaque maladie doit être discutée en détail.

Cas clinique (suite)

- Polymyalgie rhumatismale
 - Age > 60 ans, F/H = 2/1
 - Antécédent d'infection respiratoire à adénovirus ± fièvre
 - Biopsie au niveau de l'artère temporale inflammatoire, artérite à cellules géantes
 - VS élevée, thrombocytose, examen du fond d'œil
 - Facteur rhumatoïde négatif, protéine C réactive
- Arthrose des facettes articulaires
 - Antécédent de lombalgie ou de traumatisme dorsal, radiographie, TDM, IRM

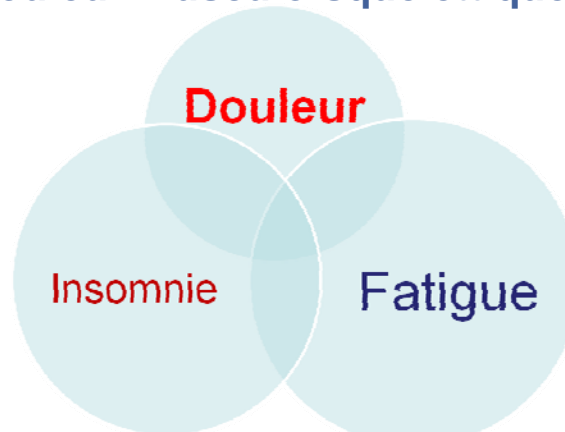
Chaque maladie doit être discutée en détail.

Ainsi, le diagnostic pour notre cas clinique est : une fibromyalgie



pain club douleur

2. Introduction : quels sont les principaux symptômes de la douleur musculo-squelettique ?



Sola AE, Bonica JJ: Myofacial pain syndromes. In Bonica JJ, Editor: The management of pain, ed 2. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990.

10

sanofi-aventis

1. Cette diapositive résume les principales manifestations de la douleur musculo-squelettique en trois grands symptômes.
2. Les stagiaires doivent savoir que ces symptômes sont très importants et qu'ils doivent attirer l'attention du médecin sur la présence possible d'une douleur musculo-squelettique.

Traiter les symptômes ou la cause ?

Pour traiter la cause, vous devez connaître

- La physiopathologie de la douleur musculaire
- La physiopathologie de la douleur squelettique
- Les récepteurs et les transmetteurs de la douleur musculo-squelettique

1. Il est important d'attirer l'attention des stagiaires sur la nécessité de mieux connaître la science fondamentale pour définir des stratégies thérapeutiques plus efficaces.
2. Les stagiaires doivent connaître la physiopathologie de la douleur musculaire et de la douleur osseuse afin d'être capables de choisir des stratégies physiques et/ou pharmacologiques appropriées à la pathologie concernée.



pain club douleur

Physiopathologie de la douleur musculaire et de la douleur tendineuse

- Traumatisme direct
 - Choc ou perforation
 - Atteinte musculaire
 - Atteinte des fibres nerveuses intrafasciculaires
 - Hématome et œdème
 - Atteinte musculaire et nerveuse plus importante
 - Forte résistance à la tension
 - Rupture (muscle ou tendon)

Kumazawa T, Mizumura K: thin fiber receptors responding to mechanical, chemical and thermal stimulation in the skeletal muscle of the dog, J Physiol, 273:279. 1977.

12

sensari oventis

1. Il est important de faire savoir aux stagiaires qu'ils ne doivent pas négliger les antécédents de traumatismes aussi bien mineurs que majeurs.
2. Un antécédent de traumatisme majeur sera volontiers mentionné par les patients qui essaieront d'en faire la cause de leur plainte.
3. Un antécédent de traumatisme mineur est plus important car il n'est généralement pas mentionné.
4. Les stagiaires doivent interroger les patients sur le type de travail qu'ils exercent (hommes et femmes).
5. Les traumatismes mineurs (activités sportives, ménage, jardinage, chute de bicyclette) ne sont généralement pas remarqués ou mentionnés.
6. Ces traumatismes sont généralement anciens (plusieurs semaines, mois ou années).

Récepteurs musculaires

- Fibres nerveuses polymodales libres partiellement recouvertes de cellules de Schwann
 - Impulsion centrale par des fibres de type III et IV
- Chimio-nociceptifs
 - Métabolisme anaérobie
 - (bradykinine, 5HT et potassium)
- Mécano-nociceptifs
 - Etirement, pression, rupture, thermique
 - Coagulopathie, syndrome du compartiment

Kumazawa T, Mizumura K: thin fiber receptors responding to mechanical, chemical and thermal stimulation in the skeletal muscle of the dog, J physiol (london) 273:279. 1977.

13

sensari oventis

1. Le formateur doit donner quelques détails pour que les stagiaires connaissent les différents types de récepteurs et de transmetteurs responsables de la douleur musculaire.
2. Ces détails doivent leur permettre de savoir pourquoi la douleur est présente dans ces pathologies.
3. Entre temps, le formateur doit mentionner à quel stade les modalités thérapeutiques (physiques, pharmacologiques ou psychologiques) pourraient corriger ou modifier l'évolution de ces pathologies.
4. Les chimio-nocicepteurs seront déclenchés par l'ischémie tissulaire, le métabolisme anaérobie et les lésions tissulaires de paroi cellulaire. Le processus périphérique d'inflammation commencera par l'accumulation de médiateurs de douleur périphériques et la sensibilisation des terminaisons nerveuses polymodales par des prostaglandines aux substances irritantes comme la Bradykinine, 5HT et le potassium.
5. Les nocicepteurs mécaniques sont sensibles aux lésions mécaniques comme l'étirement, la pression, la rupture, aux traumatismes thermiques et intramusculaires, et à l'hémorragie. L'accumulation de sang dans les compartiments fermés des muscles déclencherait la douleur intense et le spasme. Cela induit un état de cercle vicieux de douleur -'ischémie - spasme - douleur.
6. L'impulsion douloureuse sera transmise centralement via des fibres nerveuses de petit diamètre (des Fibres C et des fibres A δ).



pain club douleur

Physiopathologie de la douleur squelettique

- **Os affecté par un traumatisme ou un stress**

- Modifications de la pression interne ou externe
- Déformation physique, inflammation
- Atteinte du périoste

- **Douleur osseuse induite par**

- Microfractures, arthrose
- Congestion, infarctus → (drépanocytes)
- Tumeurs, infections → élévation du périoste
- Traumatisme → rupture mécanique

Wyke B: Articular neurology-a review. Physiotherapy 58:94, 1972

14

sansari oventis

1. L'os est un tissu capable de répondre aux changements de pression internes et externes, à l'altération physique, à l'inflammation et aux blessures périostiques en transmettant l'influx douloureux centralement.
2. De plus, la douleur osseuse peut être produite par de micro fractures et finir en l'arthrose
3. L'élévation et la distorsion du Périostose seraient présentes dans les cas d'infections ou de tumeurs avec congestion vasculaire et l'infarctus.

Mécanisme de la douleur osseuse

- **La gaine du périoste est richement vascularisée**
 - Riche en :
 - Terminaisons nerveuses libres → douleur
 - Terminaisons nerveuses encapsulées → pression
- **Les nerfs du périoste sont sensibles aux :**
 - **Neuropeptides**
 - Liés à la douleur
 - Vasoactifs

Wyke B: Articular neurology-a review. *Physiotherapy* 58:94, 1972

1. La gaine périostique dure adhérent à la partie externe du cortex est fortement vasculaire et abondamment fournie en terminaisons nerveuses libres et encapsulées.
2. Les terminaisons nerveuses libres transmettraient l'influx nerveux douloureux.
3. Les terminaisons nerveuses encapsulées seraient sensibles à la pression.
4. Les nerfs périostiques sont sensibles aux neuropeptides induisant la douleur.



pain club douleur

Traitement de la douleur musculo-squelettique

- Cryothérapie
 - Diminution de la température au niveau des points gâchette
- Chaleur
 - Augmentation du flux sanguin
 - Extension du collagène
 - Résolution de l'inflammation

Lehman JF, deLateur RJ: therapeutic heat and cold, ed 3. Baltimore, Williams & Wilkins, 1982.

16

scansari oventis

1. Les méthodes physiques doivent être mentionnées pour la douleur musculo-squelettique.
2. Il existe des lignes générales de traitement de la douleur musculo-squelettique.
3. Les avantages du traitement par le froid et par la chaleur peuvent être développés par le formateur.



pain club douleur

Traitement de la douleur musculo-squelettique

- Techniques de stimulation
 - TENS, onde H et vibration
 - Stimulation des fibres β
- Ionophorèse
 - Application d'un anesthésique local sans aiguille
- Physiothérapie
 - Programme multimodal visant à conserver une posture appropriée et à permettre un entraînement musculaire progressif

Lorenz KY: A neuromodulation technique for pain control. In Aronoff GM, editor: Evaluation and treatment of chronic pain. Baltimore, urban & schwarzenburg, 1985.

17

sensori oventis

1. Il faut mentionner d'autres techniques.
2. Essayer la stimulation nerveuse électrique transcutanée.
3. Puis application d'un anesthésique local sans aiguille. L'anesthésique local aidera à stopper la douleur et le spasme au niveau du point gâchette. On peut ajouter des corticoïdes pour contrôler l'inflammation. La dose sûre de l'anesthésique local utilisé doit être prise en compte et mentionnée par catégorie d'âge.
4. Très important d'insister sur le programme multimodal d'entraînement musculaire car, dans certains cas, une seule modalité n'est pas suffisante.
5. Les traitements physiques, pharmacologiques, psychologiques et de groupe sont très importants.
6. Les stagiaires doivent en savoir le plus possible sur ce programme car il pourrait être appliqué dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement. Il n'est pas nécessaire pour cela de disposer de beaucoup de technologies ou dispositifs coûteux.

Traitements pharmacologiques

1. Raideur musculaire

- Myorelaxants
 - Baclofène
 - Thiocolchicoside
- Injection locale au niveau des points douloureux
 - Anesthésiques locaux + méthylprednisolone

Faites attention aux effets indésirables et contre-indications de ces médicaments

18

sanofi-aventis

1. Baclofène 10 mg comprimé : peut être associé à une sédation diurne. Certains patients arrêteront de ce fait le traitement. Augmentation progressive de la dose en commençant par un comprimé au coucher pendant 3-6 jours pour atteindre 3 comprimés / jour.
2. Le thiocolchicoside (Muscoril, Coltramyl) peut être associé à des troubles gastriques avec les mêmes indications que dans le point (1) ci-dessus.
3. L'anesthésique local doit de préférence être utilisé par un anesthésiste travaillant dans une clinique de la douleur avec toutes les mesures de sécurité vis-à-vis des réactions d'hypersensibilité ou de toxicité associées aux anesthésiques locaux, qui peuvent être fatales. Toutes les mesures de réanimation doivent être à portée de main.



pain club douleur

Traitements pharmacologiques

2. Douleur

- AINS
 - Ibuprofène
 - Kétoprofène
- Paracétamol
- Antidépresseurs
 - Amitriptyline

Faites attention aux effets indésirables et contre-indications de ces médicaments

19

sonofi aventis

1. Le formateur doit mentionner le mécanisme d'inflammation et le site d'action des AINS.
2. Les effets indésirables (problèmes gastriques, rénaux, hépatiques et troubles de la coagulation) doivent être mentionnés en plus des interactions avec les médicaments hypoglycémifiants oraux.
3. Les différences entre les anti-COX1 et les anti-COX2 doivent également être prises en compte.
4. L'utilisation d'amitriptyline dans la douleur chronique pour traiter la dépression et élever le seuil de douleur doit être expliquée.
5. Les effets indésirables de l'amitriptyline tels que tachycardie, sédation, rétention urinaire, prise de poids ou glaucome doivent être discutés de manière détaillée.

Traitement pharmacologique

Polymyalgie rhumatismale

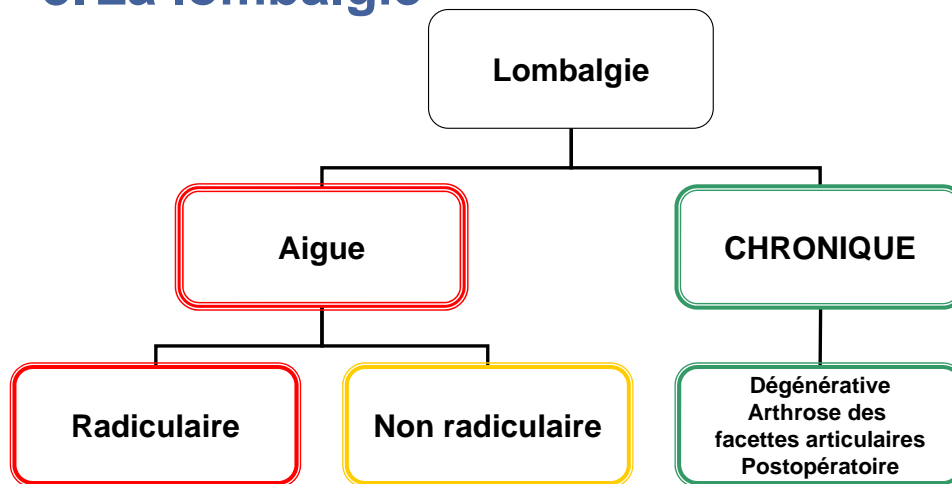
- AINS
- Myorelaxants
- Dexaméthasone comprimé
 - 2 x 3 x 7 – 2 x 2 x 7 – 1 x 1 x 7

Faites attention aux effets indésirables et contre-indications de ces médicaments

Pour la polymyalgie rhumatismale :

- L'utilisation de corticoïdes à fortes doses avec la technique du sevrage progressif est expliquée aux stagiaires.
- Effets associés : hypertension artérielle, rétention hydrosodée, diabète, ulcère gastrique, baisse de l'immunité et ostéoporose.

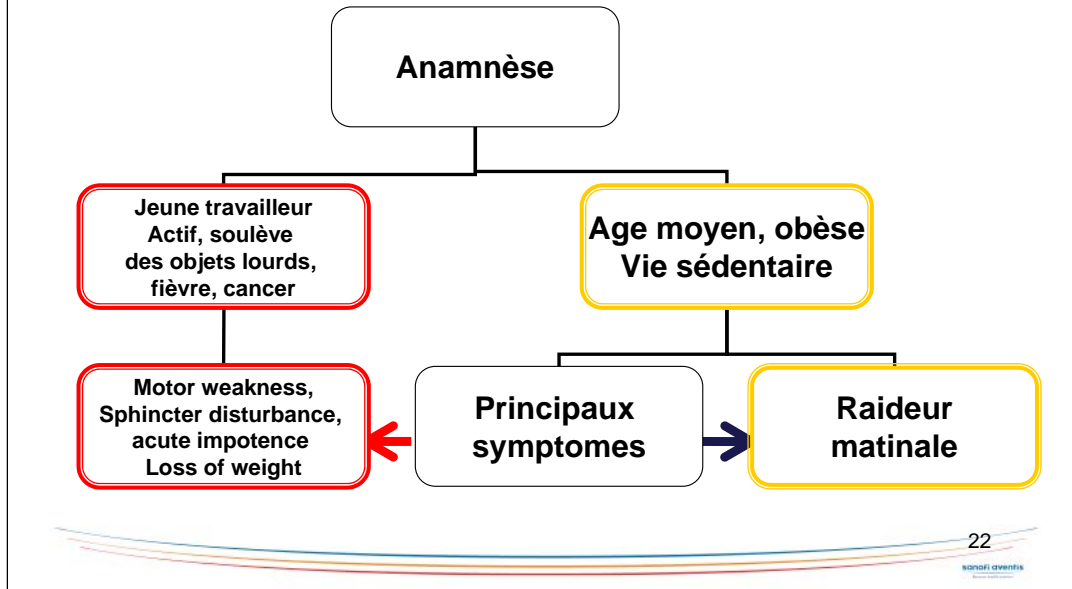
3. La lombalgie



Loesser JD, Bigos SJ, Fordyce WE et al: Low back pain. In Bonica JJ, editor: The management of pain, ed2. Philadelphia, Lea & Febiger, 1989.

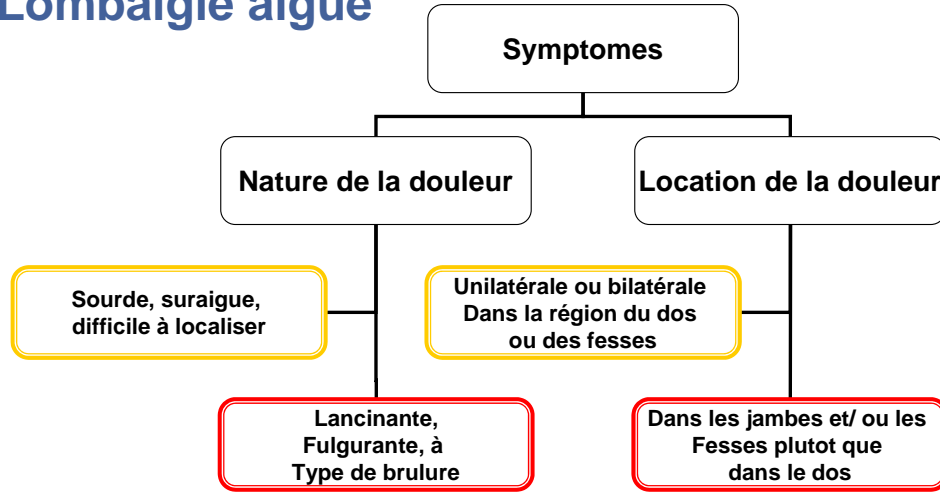
1. Il est important de naviguer dans ce tableau afin de faire la distinction entre la douleur aiguë (radiculaire et non radiculaire) et la douleur chronique.
2. Suivre le code de couleur indiquant l'évolution de la maladie.

Lombalgie aiguë



- Repères rouges
 1. L'âge, la profession et les maladies associées devraient guider le médecin de la douleur vers un diagnostic primaire exact.
 2. Les jeunes travailleurs manuels actifs (menuisiers, plombiers) susceptibles de soulever des objets lourds et de subir des stress importants au niveau du dos sont plus vulnérables à la lombalgie aiguë d'origine radiculaire. Par ailleurs, les infections (spécifiques telles que la TB ou pyogènes) et les tumeurs rachidiennes (primitives ou secondaires) seront responsables de pourcentages considérables de survenue de ce type de lombalgie.
 3. Ces symptômes évoluent rapidement en une faiblesse motrice et/ou des troubles sphinctériens, qui sont des signes d'alerte majeurs. Une impuissance aiguë et la perte de poids pourraient indiquer une compression plus importante de la moelle épinière et une tumeur à croissance rapide.
- Repères jaunes
 1. Il est très important de diagnostiquer ce type de lombalgie non radiculaire car elle est présente dans environ 90 % des cas.
 2. La plupart des patients sont d'âge moyen, ils sont en surcharge pondérale, ont un mode de vie sédentaire (employés) et ne pratiquent aucun type de sport. La surcharge pondérale s'accompagne d'une augmentation de la lordose lombaire, d'un rétrécissement des espaces intervertébraux et d'une tension plus importante sur les facettes articulaires.
 3. Le patient se plaindra d'une raideur matinale qui sera améliorée par le mouvement ou un bain chaud le matin.

Lombalgie aiguë



Loesser JD, Bigos SJ, Fordyce WE et al: Low back pain. In Bonica JJ, editor: The management of pain, ed2. Philadelphia, Lea & Febiger, 1989.
Namey TC: Differential Diagnosis and treatment of sciatica: The non discogenic causes. Adv. Clin Updates 1:33, 1985.

23

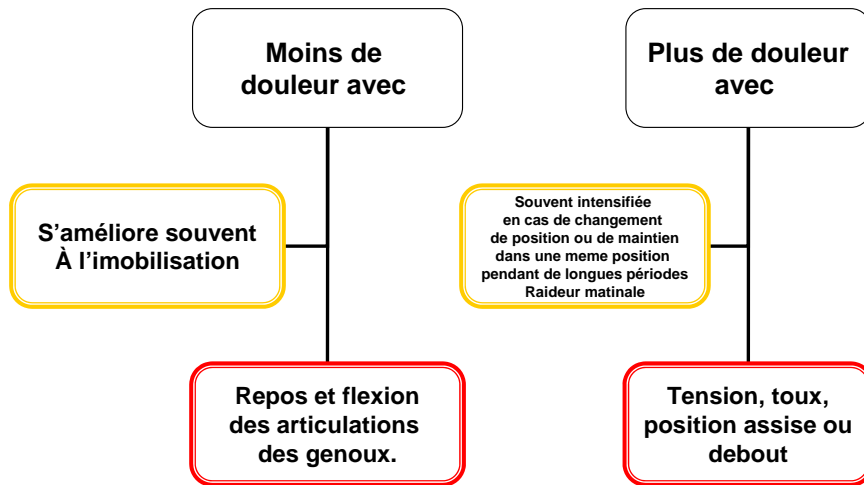
- Repères rouges

- Douleur lancinante ou fulgurante aiguë pouvant être à type de brûlure. Le plus souvent unilatérale. La douleur irradiera plus en direction des jambes et le patient pourra suivre le trajet du nerf sciatique et de ses ramifications jusqu'au gros orteil.

- Repères jaunes

- Le douleur est sourde, suraiguë et difficile à localiser. La douleur n'irradie pas en direction des jambes. La douleur est plus localisée dans le dos et les fesses.

Lombalgie aiguë

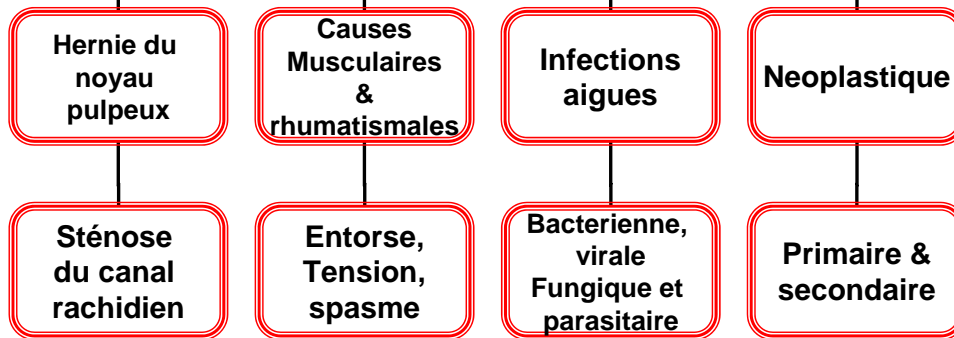


Loesser JD, Bigos SJ, Fordyce WE et al: Low back pain. In Bonica JJ, editor: The management of pain, ed2. Philadelphia, Lea & Febiger, 1989.
Namey TC: Differential Diagnosis and treatment of sciatica: The non discogenic causes. Adv. Clin Updates 1:33, 1985.



Douleur radiculaire

Etiologie



Traitement de la lombalgie aiguë

- Physique (prescription I)
 - Bref repos au lit !
 - Bref congé de maladie
 - Application de chaleur/de froid
 - Physiothérapie
 - Massage délicat
 - TENS

1. La lombalgie aiguë doit être traitée par des méthodes conservatrices, en espérant la résolution de l'inflammation aiguë, le soulagement de la douleur et le retour du patient à son travail.
2. Le repos au lit est très important (2-3 semaines). Il faut conseiller au patient de rester couché au lit et de replier les articulations de la hanche et du genou sur l'abdomen. Cette position réduira la lordose lombaire, élargira les espaces intervertébraux et soulagera la tension sur les facettes articulaires du rachis lombaire. Cela donnera plus d'espace aux nerfs rachidiens œdématisés inflammatoires tout en soulageant la douleur et le spasme.
3. L'application de chaleur et de froid devrait contribuer à améliorer le spasme musculaire, la circulation, l'œdème des nerfs rachidiens dans la région affectée.
4. Un massage délicat doit être effectué avec grand soin. Le but du massage n'est pas de renforcer les muscles du dos mais de maintenir la force de ces muscles pendant le repos au lit. Des muscles faibles sont incapables de stabiliser la colonne vertébrale, ce qui aggravera encore la situation.
5. La TENS peut être utilisée pour soulager la douleur et pour briser le cercle vicieux (douleur - spasme – douleur).



pain club douleur

Traitement de la lombalgie aiguë

- **Pharmacologique (prescription II)**
 - **Antalgiques**
 - **AINS**
 - kétoprofène
 - **Paracétamol**
 - **Antiépileptiques**
 - gabapentine
 - progabaline
 - **Co-antalgiques**
 - Myorelaxants (thiocolchicoside)
 - **Anxiolytiques** (midazolam)
 - **Adjuvants**
 - Anti-H2

27

sanofi aventis

Traitement de la lombalgie **aiguë**

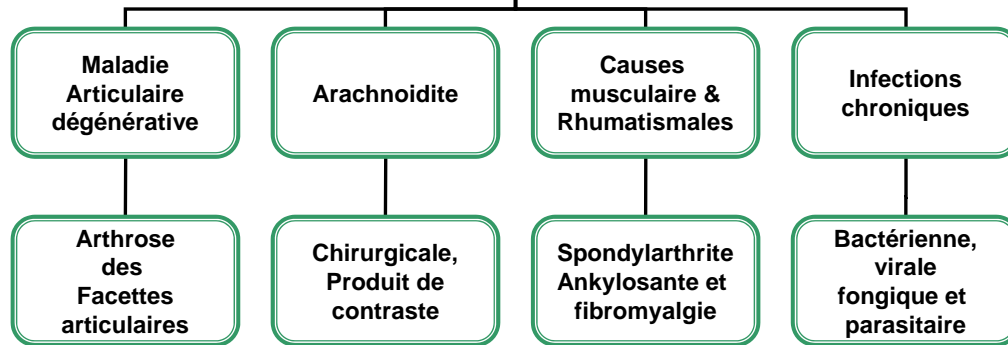
- **Analgésie interventionnelle (prescription III)**
 - Analgésie péridurale
 - 10 ml de bupivacaïne à 0,125 %
 - +
 - 80 mg de méthylprednisolone
 - Chirurgie
 - Laminectomie et procédures similaires

Lombalgie chronique



pain club douleur

Etiologie





Lombalgie chronique

- Lombalgie ayant duré plus de 6 mois et n'ayant pas répondu à deux traitements (habituellement traitement pharmacologique et physiothérapie)
- Observations de l'examen clinique non concluantes et non compatibles avec l'histoire et la sévérité de la plainte
- Il est essentiel d'« observer » le patient : comment il se présente, marche, s'assied et se déshabille, etc.

1. La lombalgie chronique se définit comme une douleur lombaire ayant duré plus de 6 mois et n'ayant pas répondu à deux traitements (habituellement traitement pharmacologique et physiothérapie).
2. Au plan clinique, l'examen clinique génère des observations non concluantes, qui ne sont pas compatibles avec l'histoire et la sévérité de la plainte. Il est essentiel d'« observer » le patient : comment il se présente, marche, s'assied, se déshabille, etc. Il s'agit de gestes quotidiens qui sont accomplis de manière automatique et qui sont souvent en contradiction totale avec la sévérité des signes objectifs retrouvés à l'examen.
3. Ne pas croire aux interprétations « excessives » et aux nombreuses anomalies décrites (bosse, protrusion, ostéophytes, sténose), notamment parce qu'aucun traitement radical ne doit être envisagé pour les cas isolés de lombalgie.
4. Importance de la physiothérapie, en insistant auprès du patient sur le fait qu'après la phase d'apprentissage, c'est à lui de répéter les exercices quotidiens dont il a besoin.

Lombalgie symptomatique

- a. Se développe dans un contexte infectieux : spondylite
- b. Inflammatoire : spondylarthrite ankylosante
- c. Secondaire à un tassement vertébral : ostéoporose, métastases, myélome, etc.
- d. D'origine vasculaire : anévrisme de l'aorte, contusion du muscle psoas
- e. D'origine viscérale : troubles rénaux, troubles pelviens, fibrose rétropéritonéale

. Lombalgie symptomatique :

- a. Lombalgie se développant dans un contexte infectieux : spondylite, spondylodiscite. Le tableau clinique est dominé par trois symptômes : douleur, raideur rachidienne et fièvre, qui évoluent de manière aiguë (en postopératoire, septicémie, etc.) ou de manière chronique (mal de Pott).

Le diagnostic est basé sur les éléments suivants :

- examens biologiques (VS, CRP, bilan sanguin)
- radiographie simple : dans de nombreux cas, les lésions n'apparaissent que secondairement, d'où l'intérêt de répéter ces examens
- scintigraphie osseuse : hyperfixation intense et précoce
- TDM ou IRM (remplacement de l'hyposignal d'un disque et des plateaux vertébraux en T1 par un hypersignal en T2)
- traitement : médical (immobilisation et antibiothérapie). Le recours à la chirurgie ne doit être envisagé qu'en cas de complications neurologiques ne régressant pas sous traitement médical.



Traitement de la lombalgie chronique

- **Physiothérapie (prescription I)**
 - **Physiothérapie active**
 - Réduction du poids
 - Renforcement des muscles du dos
 - TENS, stimulation de la moelle épinière
 - Traitement médical par l'entraînement physique
 - Comment se déplacer et se protéger le dos

32

sansari oventis

Lorsque la phase aiguë est terminée ou que la douleur est devenue chronique, les mesures suivantes peuvent être prises :

1. La réduction du poids est essentielle pour soulager la tension qui pèse sur le rachis et pour corriger la lordose lombaire.
2. Un exercice actif progressif renforcera les muscles du dos qui soutiennent le rachis.
3. La TENS est très utile car elle sera utilisée par le patient lui-même. Dans les cas avancés, notamment après l'échec de la chirurgie rachidienne lombaire, la stimulation de la moelle épinière peut être utilisée mais le dispositif est très coûteux et il s'accompagne d'un certain pourcentage d'échecs.
4. Il est très important de donner au patient un bon programme éducatif pour qu'il se protège le dos lorsqu'il dort, qu'il est assis, qu'il se penche en avant ou qu'il porte un porte-documents.

Traitement de la lombalgie chronique

- Pharmacologique (prescription II)
 - Antalgiques
 - Antidépresseurs
 - amitriptyline au coucher
 - Co-antalgiques
 - Les mêmes que pour la lombalgie aiguë
 - Adjuvants
 - Anti-H2

1. Les médicaments font partie intégrante du traitement, mais ils n'en constituent pas la première ligne. La plupart des patients vont demander qu'on leur prescrive des médicaments car les méthodes mentionnées précédemment dépendent du patient lui-même.
2. Les problèmes gastriques provoqués par les AINS peuvent être réduits par l'utilisation d'anti-H2 (ranitidine).



Traitement de la lombalgie chronique

- Psychologique
 - Techniques de relaxation
 - Stratégies de faire-face à la douleur
- Programmes multimodaux de traitement de la douleur pendant 3 mois
 - Objectifs du traitement :
 - Amélioration de la capacité physique fonctionnelle
 - Réduction de la douleur
 - Faire face à la douleur et à la vie maritale
 - Reprise du travail ?

34

spinalis oventis

1. Le patient doit être soutenu psychologiquement pour surmonter sa douleur ou pour vivre avec sa douleur. Le résultat final doit être que le patient obtienne un soulagement de la douleur ou qu'il accepte celle-ci sans que cela s'accompagne d'une dépression.
2. Il est très important de dire au patient comment avoir des rapports sexuels sans trop solliciter son dos. La plupart des patients sont gênés de discuter de ce point. En règle générale, les patients doivent être informés que le partenaire qui souffre de lombalgie doit avoir des rapports sexuels en ayant le dos contre le matelas.
3. Pour soulager la douleur et la dépression, la plupart des patients peuvent reprendre le travail. Il est important de réadapter le patient à un autre travail si son travail initial impose trop de stress sur son dos.

Questions à choix multiples

- *La douleur musculaire s'accompagne de ?*
 - Douleur – somnolence – anxiété – fatigue
- *Ce qui permet le mieux de poser le diagnostic dans la douleur musculaire ?*
 - Antécédents – imagerie – points gâchette – examens biologiques
- *La meilleure ligne de traitement ?*
 - AINS – TENS – antidépresseurs – multimodale
- *La lombalgie non radiculaire est ?*
 - dans le dos et les fesses – principalement dans les jambes
 - aggravée par le repos – plus due aux mouvements
- *La lombalgie radiculaire est ?*
 - Une faiblesse motrice imminente – répond mieux au repos au lit
 - Peut indiquer la présence d'un cancer – n'indique jamais une infection
- *L'échec de la chirurgie rachidienne lombaire est dû à ?*
 - Arachnoïdite – chirurgie inadéquate
 - Prolapsus d'un disque intervertébral à un autre étage – patient inadéquat

35

sanofi aventis

Réponses justes :

La douleur musculaire s'accompagne de :

Douleur – somnolence – fatigue

Ce qui permet le mieux de poser le diagnostic dans la douleur musculaire :

Points gâchette

La meilleure ligne de traitement :

multimodale

La lombalgie non radiculaire est :

dans le dos et les fesses – aggravée par le repos

La lombalgie radiculaire est :

Une faiblesse motrice imminente – répond mieux au repos au lit – peut indiquer la présence d'un cancer

L'échec de la chirurgie rachidienne lombaire est dû à :

Arachnoïdite – chirurgie inadéquate – patient inadéquat



4. Polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte - PR

- La PR est une maladie inflammatoire du tissu conjonctif – principalement la synoviale
- Deux aspects cliniques :
 - Principalement une maladie rhumatismale inflammatoire chronique qui évolue par épisodes (déformation et destruction des articulations)
 - Maladie systémique provoquant des symptômes extra-articulaires

Essentiellement un rhumatisme inflammatoire chronique qui évolue par épisodes et qui peut provoquer la déformation et la destruction des articulations.

C'est aussi une maladie systémique qui peut provoquer des symptômes extra-articulaires pouvant menacer le pronostic vital.

4. Polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte - PR

- Le médecin généraliste est principalement concerné par la prise en charge de la douleur du patient :
 - en raison du délai d'action relativement long de certains traitements au long cours
 - ou lors des poussées aiguës de la maladie
- Le traitement :
 - repose sur l'échelle analgésique de l'OMS
 - l'accent doit être mis sur l'intérêt considérable des corticoïdes pendant les poussées fortement inflammatoires

Ce traitement repose sur l'échelle analgésique de l'OMS, en sachant que les médicaments du niveau III doivent être prescrits avec une prudence particulière en raison de l'évolution prolongée de la maladie.

L'accent doit être mis sur l'intérêt considérable des corticoïdes pendant les poussées fortement inflammatoires car leur efficacité est très grande (prednisone, prednisolone) à une dose moyenne de 10 à 15 mg par jour.

Cette affection relève principalement, si ce n'est exclusivement, de la responsabilité des rhumatologues qui sont les seuls qualifiés pour mettre en route et suivre les traitements au long cours de cette maladie.



pain club douleur

5. La fibromyalgie

Syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID)

- Motif très fréquent de consultation chez le médecin généraliste ou le rhumatologue
- On estime que 2 à 4 % de la population féminine est touchée
- Apparition entre 30 et 50 ans, souvent après un traumatisme physique et/ou psychologique



pain club douleur

5. La fibromyalgie

Syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID)

- Tableau clinique dominé par :
 - douleur péri-articulaire et rachidienne diffuse, évoluant depuis au moins 3 mois, aggravée par l'effort, la fatigue, le stress et les activités professionnelles
 - raideur matinale
 - la douleur est habituelle, elle apparaît spontanément à la pression et pendant l'effort
- Les résultats des examens biologiques et les observations radiologiques sont normaux
- L'examen des articulations et des muscles est normal, à l'exception de la présence de nombreuses zones douloureuses, soit spontanément soit à la pression
- Les effets sur la vie familiale et professionnelle sont souvent considérables

D'autres affections peuvent être associées : fatigue chronique, troubles du sommeil, maux de tête, côlon irritable, troubles psychologiques (anxiété et/ou syndrome dépressif).



pain club douleur

5. La fibromyalgie

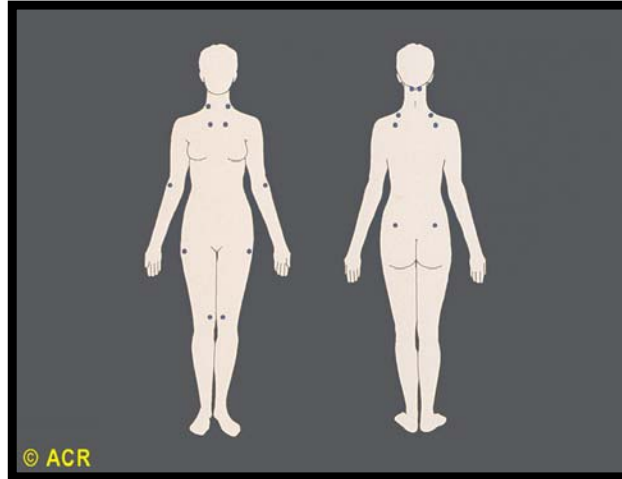
Syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID)

- Le diagnostic est principalement basé sur trois critères :
 - Antécédent de douleur diffuse : souvent des patients de sexe féminin qui « ont toujours eu des douleurs dans tout le corps »
 - Présence d'au moins 11 points douloureux à la pression sur les 18 sites des 18 points d'insertion musculo-tendineux (critères de l'*American College of Rheumatology* – 1990)
 - Le diagnostic de fibromyalgie est un diagnostic d'élimination nécessitant une vérification préalable de la présence éventuelle d'une maladie articulaire ou osseuse ou bien d'une maladie auto-immune ou endocrinienne



pain club douleur

La fibromyalgie : points douloureux



Douleur au niveau de 11 points douloureux sur 18 sites en exerçant une pression d'environ 4 kg



5. La fibromyalgie

Syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID)

- Le traitement est difficile et il repose généralement sur cinq approches :
 - Rassurance
 - Réorganisation de la vie professionnelle et/ou familiale
 - Prudence concernant la prescription de médicaments
 - Intérêt des traitements des troubles psychologiques (anxiolytiques et antidépresseurs)
 - Prise en charge physique avec entraînement à l'effort à l'aide de programmes prévoyant une augmentation progressive de l'intensité de l'activité

Rassurance : il est essentiel de dédramatiser la situation, même si le handicap semble considérable.

Réorganisation de la vie professionnelle et/ou familiale, si possible.

Prudence lors de la prescription de médicaments, notamment parce que les antalgiques, les AINS, les corticoïdes et les myorelaxants ont peu ou pas d'effet (surveiller de près l'automédication, qui est fréquente).

Les traitements des troubles psychologiques sont utiles (anxiolytiques et antidépresseurs).

La physiothérapie est probablement l'élément le plus important du traitement, avec un entraînement à l'effort à l'aide de programmes prévoyant une augmentation progressive de l'intensité de l'activité.



6. Conclusion

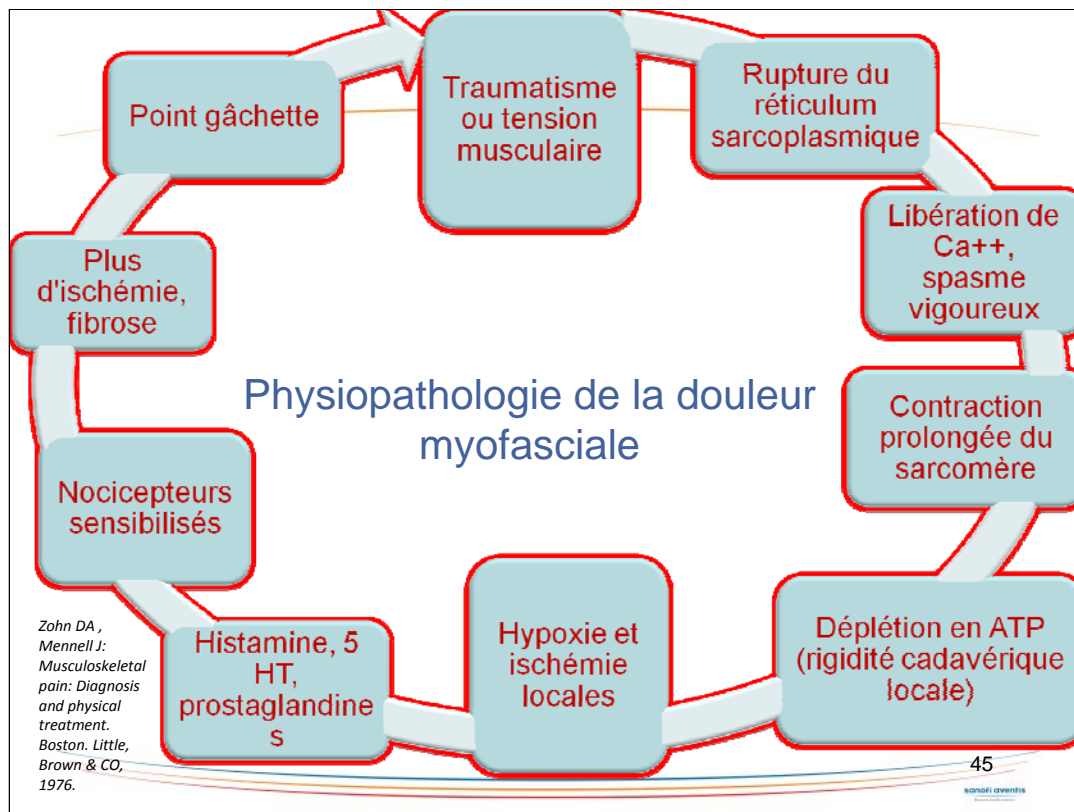
1. La douleur musculo-squelettique est un syndrome complexe, comprenant différentes sous-maladies
2. Certaines sous-maladies peuvent être diagnostiquées d'après les antécédents et les symptômes associés car les études d'imagerie et les examens biologiques sont négatifs
3. Des problèmes psychologiques sont présents dans un pourcentage important de cas de douleur musculo-squelettique
4. Aucune modalité thérapeutique ne sera à elle seule efficace
5. Le traitement multimodal de ces pathologies est essentiel. Des lignes de traitement psychologique, physique et pharmacologique doivent être proposées aux patients
6. Il faut garder à l'esprit les effets indésirables éventuels du traitement pharmacologique

Important à garder à l'esprit



pain club douleur

Back-up



- La séquence d'atteinte musculaire va passer par plusieurs étapes jusqu'à la formation d'un point gâchette.
- Le formateur doit estimer le degré de détail à mentionner à chaque étape.
- Cela dépendra du niveau des stagiaires.
- Les détails très compliqués en matière de biochimie et biologie moléculaire pourraient susciter l'intérêt d'un groupe de stagiaires.
- Les mêmes détails pourraient détourner l'intérêt des stagiaires du sujet.
- Cela pourrait provoquer un blocage mental tel qu'aucune connaissance supplémentaire ne pourrait être assimilée.
- Le formateur doit être prudent lors de l'explication de cette diapositive.
- Le volume des connaissances du formateur n'est pas important, ce qui est très important c'est ce que les stagiaires ont appris de la conférence.