Update Rhumatologie 2025

Mal de dos
Un motif fréquent de consultation quotidien chez les médecins de famille ?!

Ligue suisse contre le rhumatisme
Notre action – votre mobilité

Contenu

1	**Nomenclature**	**3**
1.1	Douleur aiguë – Douleur subaiguë – Douleur chronique	3
1.2	Douleur vertébrale – Douleur spondylogène – Syndromes neurogènes	3
2	**Diagnostic différentiel des douleurs dorsales**	**4**
3	**Diagnostic**	**5**
3.1	Anamnèse	5
3.1.1	Informations concernant la distinction entre douleur dorsale mécanique et douleur dorsale inflammatoire	5
3.1.2	Red Flags	5
3.1.3	Yellow Flags	5
3.2	Clinique	6
3.2.1	Inspection	6
3.2.2	Palpation	6
3.2.3	Examen rhumatologique axé sur la résolution de problèmes	6
3.2.4	Examen neurologique axé sur le problème	6
3.3	Radiologie	8
3.3.1	Check-list imagerie (non exhaustive) :	8
3.3.2	Termes de radiologie conventionnelle	8
3.3.3	Imagerie	9
3.4	Examens de laboratoire	10
4	**Traitement**	**11**
4.1	Douleurs dorsales aiguës	11
4.2	Douleurs dorsales chroniques	11

1 Nomenclature

1.1 Douleur aiguë – Douleur subaiguë – Douleur chronique

- Douleur aiguë : moins de 6 semaines ; rétablissement dans 90% des cas, attention aux « red flags »
- Douleur subaiguë : de 6 semaines à 3 mois ; objectif : diagnostic différentiel, attention aux « yellow flags »
- Douleur chronique : plus de 3 mois

1.2 Douleur vertébrale – Douleur spondylogène – Syndromes neurogènes

- Douleur vertébrale (douleur axiale uniquement)
  Douleurs non irradiantes
  Douleurs dans la région de la colonne vertébrale et des lombaires
- Douleur spondylogène (douleur projetée, douleur pseudo-radiculaire, « referred pain »)
  Les douleurs n'irradient pas dans un territoire correspondant à un dermatome, troubles provenant de la colonne vertébrale. Une diversité des troubles sensitifs, moteurs, vasomoteurs ou végétatifs, et surtout des « symptômes positifs » (fourmillements, paresthésies) et des « symptômes négatifs » (engourdissements, anesthésie/hypoesthésie), indique plutôt un syndrome radiculaire.
- Douleur neurogène (radiculaire)
  Typiquement, irradiation des douleurs/des fourmillements dans un dermatome (attention : variabilité individuelle des dermatomes !). En plus de ces symptômes d'irritation radiculaire, des pertes sensorielles (anesthésie, hypoesthésie) au niveau du ou des dermatome(s) concerné(s), pertes/faiblesses du réflexe myotatique et déficits moteurs des myotomes (paralysie/faiblesse) sont possibles. Les syndromes radiculaires en cas de douleur dorsale (5-15% des cas) ne sont pas causés uniquement par une compression mécanique, mais aussi par une irritation chimique (p. ex. nucleus pulposus, fissure de l'annulus). C'est la raison pour laquelle les syndromes radiculaires réagissent souvent bien aux stéroïdes systémiques, voire mieux, aux stéroïdes locaux.
  Causes possibles :
  - *Hernie discale*
  - *Sténose spinale (hyperplasie des facettes articulaires et des ligaments jaunes, hernies discales, spondylolisthésis), également cervicale associée à une myélopathie cervicale*
  - *Spondylophytes*
  - *Arachnoïdite, adhérences épidurales et hernies discales récidivantes en cas de « failed back surgery syndrom »*
  - *Radiculite (p. ex., zona, polyradiculonévrite à borrélies, neuropathie fémorale en cas de diabète)*
  - *Syndrome de la queue de cheval*
  - *Ganglion facettaire*

Les syndromes cliniques suivants peuvent être le signe de causes structurelles spécifiques :

	Symptômes principaux	**Examen clinique**
Syndrome discogène	• Augmentation de la douleur à la flexion ou en position assise • Douleur à la toux localisée	• Tests de provocation de la douleur par flexion • Tests de provocation de la douleur au moyen du test sit-up (relevé du tronc à partir de la position en décubitus dorsal sans aide des bras)
Syndrome facettaire	• Nature de la douleur parfois similaire aux douleurs provoquées par les poussées d'arthrose (douleurs au repos, soulagement lors des mouvements) • Irradiation vers les fessiers, l'aine ou, plus rarement, la face postérieure de la cuisse ou la nuque et les extrémités supérieures	• Tests de provocation de la douleur par extension, rotation et inclinaison latérale combinées (vertèbres lombaires et cervicales), appelés « test du quadrant » • Tests de provocation de la douleur par relevé du tronc à partir de la position en décubitus ventral • Examen segmentaire
Syndrome d'instabilité	• Tests de provocation de la douleur par secousses et mouvements brusques	• Rythme spinal anormal ou réflexe d'appui sur les cuisses lors du redressement du tronc à partir de la position en flexion du tronc • Douleurs nocturnes (1re moitié de la nuit)
ASI	• Douleurs au niveau des lombaires et des fesses • Irradiation vers la région dorsale • Ev. douleur inguinale	• Signes ASI (tests de stress positifs, blocage) • Test de Mennell positif

2 Diagnostic différentiel des douleurs dorsales

Statiques-mécaniques (non inflammatoires)

- Syndromes musculaires (myofasciaux) (p. ex. insuffisance posturale, « syndrome du piriforme »)
- Troubles fonctionnels segmentaux
- Syndrome facettaire
- Syndrome sacro-iliaque
- Instabilité segmentaire (p. ex. spondylolisthésis consécutif à une spondylolyse)
- Altérations dégénératives de la colonne vertébrale
  - *Sténose du canal rachidien, sténose foraminale, ostéochondrose érosive (attention : provoque des symptômes inflammatoires)*
- Hernie discale symptomatique
- Déformation de la colonne vertébrale (p. ex. scoliose idiopathique, suites de fracture vertébrale, post-infectieuse)
- Syndrome d'hypermobilité
- Hyperostose vertébrale ankylosante (maladie de Forestier = DISH)

Inflammatoire

- Spondylarthropathies
  - *Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew)*
  - *Spondylarthrite psoriasique*
  - *Arthrite réactionelle (syndrome de Reiter)*
  - *Spondylarthropathies entéropathiques associéer à :*
    - *Maladie de Crohn*
    - *Rectocolite ulcéro-hémorragique*
  - *Spondylarthrite indifférenciée*
- Polyarthrite rhumatoïde (rachis cervical)

Autres maladies de la colonne vertébrale

- Fractures ostéoporotiques ou traumatiques
- Tumeurs/métastases, plasmocytome
- Maladie des dépôts de cristaux de pyrophosphate (chondrocalcinose), p. ex. syndrome de la dent couronnée, goutte (cristeaux d'acide urique)
- Spondylodiscite
- Ostéomalacie
- Hyperparathyroïdie
- Maladie de Paget (Osteitis deformans)

Autres

- Affections neurologiques (plexite, radiculite, affection de la moelle, myélopathies)
- Causes viscérales
  - *Maladie de l'aorte (inflammatoire/anévrisme)*
  - *Maladies du pancréas*
  - *Cardiaques*
  - *Pulmonaires*
  - *Gynécologiques (endométriose, troubles de la menstruation)*
  - *Urologiques (néphrolithiase)*
- Douleurs dorsales psychosomatiques

3 Diagnostic

3.1 Anamnèse

3.1.1 Informations concernant la distinction entre douleur dorsale mécanique et douleur dorsale inflammatoire

Mécanique	Inflammatoire
Douleurs à la mobilisation	Raideur matinale > 30 minutes
Douleurs intermittentes / récidivantes	Douleurs nocturnes (surtout durant la 2e moitié de la nuit, les douleurs dues à l'instabilité apparaissant plutôt durant la 1re moitié de la nuit), douleurs au repos
Douleurs à l'effort	Amélioration en bougeant
En fonction du mouvement et de la position	Non influencé par le mouvement et la position
Aucun symptôme d'inflammation	Symptômes d'inflammation systémique tels que dégradation de l'état général, perte de poids, sueurs nocturnes
Pas de plaintes associées	Plaintes associées (articulations périphériques, peau, yeux, système gastro-intestinal [diarrhée], appareil urogénital)

3.1.2 Red Flags

Définition : Les red flags sont des signaux d'alerte pointant une cause organique grave des douleurs dorsales, qui nécessitent des examens complémentaires rapides

- Première apparition des maux de dos avant l'âge de 20 ans ou après 50 ans
- Perte de poids inexpliquée
- Tumeur maligne lors de l'anamnèse
- Traumatisme
- Fièvre, sueurs nocturnes
- Douleurs nocturnes
- Ostéoporose connue
- Immunosuppression (médicamenteuse, consécutive à une maladie), consommation de drogue par voie intraveineuse
- Traitement aux glucocorticoïdes
- Troubles neurologiques (parésie extrémités inférieures, dysfonctionnement de la vessie et incontinence fécale, anesthésie en selle = syndrome de la queue de cheval)
- Douleur à la vibration

3.1.3 Yellow Flags

Définition : Les yellow flags sont des facteurs de risque d'une chronicisation de la douleur

- Être convaincu de souffrir d'une maladie grave (hypochondrie)
- Peur de faire de l'activité physique et réduction de l'activité (kinésiophobie)
- Tendance dépressive (instabilité émotionnelle) et isolement social
- Douleur étendue et absence de modulation de la douleur
- Phénomènes sensitifs et moteurs diffus
- Autres troubles fonctionnels
- (vertiges, maux de tête, côlon irritable)
- Problèmes dans le travail, la formation, la situation financière
- Problèmes relationnels
- Contexte migratoire

3.2 Clinique

3.2.1 Inspection

Démarche, posture, symétrie, axes, scoliose, cyphose, lordose, bascule du bassin

3.2.2 Palpation

Douleur à la pression, tonus musculaire, points trigger

Syndrome de douleur myofasciale
Douleur à la palpation des parties molles ; plus la douleur est étendue, plus il faut envisager une sensibilisation centrale. Localisation possible de points trigger (douleurs localisées et irradiantes à la pression ponctuelle, localisations reproductibles dans le muscle).

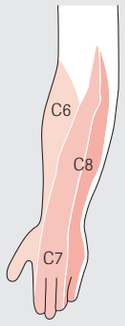
3.2.3 Examen rhumatologique axé sur la résolution de problèmes

- Position de la ceinture scapulaire et du bassin : raccourcissement du membre inférieur vs. torsion du bassin (gibbosité)
- Mobilité : flexion (latérale) (distance menton-sternum, distance paroi-occiput [= flèche cervicale], distance doigts-sol devant et latéralement, test de Schober modifié), identification d'une scoliose avec ou sans gibbosité
- Extension, rotation
- Extension y compris rotation et flexion latérale (test de provocation des facettes)
- Extension maintenue : irradiation dans les extrémités en cas de sténose du canal rachidien
- Inclinaison du rachis cervical : en cas de fourmillements dans les bras et les mains, myélopathie cervicale possible
- Douleurs à la percussion, douleurs à la pression : signes d'une cause inflammatoire, fracture
- Test des bras tendus : signe d'une insuffisance musculaire
- Test de force/d'endurance (test global)
- Test de longueur musculaire
- Examiner également les épaules et les hanches

3.2.4 Examen neurologique axé sur le problème

- Lasègue, Lasègue inversé, Lasègue croisé : signes de syndromes radiculaires
- Réflexe bicipital, tricipital, rotulien, tibial postérieur, achilléen (symétrie)
- Test de spurling de la colonne cervicale : réclination et rotation sur le côté touché avec légère pression axiale – positif si des douleurs radiculaires peuvent être provoquées dans le bras
- Sensibilité des dermatomes (attention : sensibilité variable selon les dermatomes !), y compris anesthésie en selle, diminution du tonus du sphincter et du réflexe anal
- Force des myotomes (classification M0 – M5)

Attention : hyperréflexie de l'extrémité inférieure, spasticité et, le cas échéant, signe du faisceau pyramidal (Babinski) en cas myélopathie cervicale.

	Racine	Sensibilité	Atteinte musculaire caractéristique	Réflexe
Colonne cervicale	C6		M. biceps brachii	Réflexe bicipital
	C7		M. triceps brachii	Réflexe tricipital
	C8		Mm. interossei	Réflexe tricipital
Colonne lombaire	L4		M. quadriceps femoris	Réflexe patellaire (Quadricepsreflex)
	L5		M. extensor hallucis longus M. glutaeus medius	Réflexe du tibial postérieur
	S1		M. triceps surae	Réflexe achilléen (Triceps-surea-Reflex)

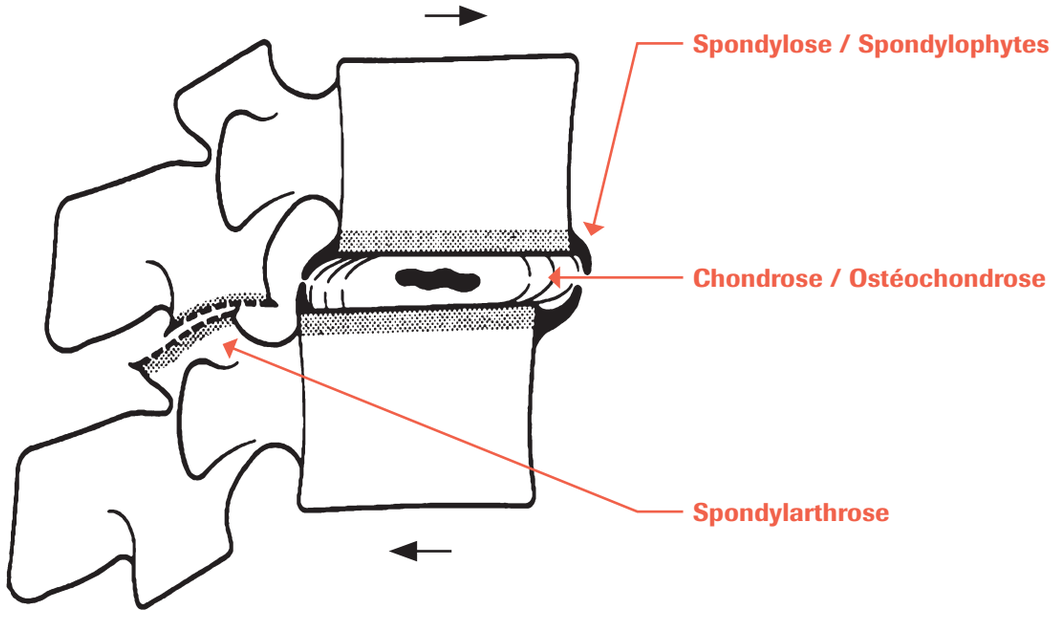
3.3 Radiologie

3.3.1 Check-list imagerie (non exhaustive) :

- Forme (scoliose, cyphose, hyperlordose)
- Alignement (spondylolisthésis, spondylolyse)
- Anomalies transitionnelles
- Corps vertébraux (forme, hauteur, différences de densité, plateaux vertébraux supérieurs et inférieurs)
- Racines de l'arc (attention : tumeur maligne)
- Espace intervertébral (hauteur, air [phénomène de vide], calcification)
- Articulations interfacettaires
- Articulation sacro-iliaque (ASI)
- Apophyses épineuses (Baastrup)
- Spondyloses, spondylophytes, syndesmophytes
- Parties molles (ombres du psoas, calcifications, agrafes)
- Calcifications vasculaires (anévrisme aortique)

3.3.2 Termes de radiologie conventionnelle

- Chondrose :
  - *Rétrécissement de l'espace intervertébral*
- Ostéochondrose :
  - *Rétrécissement de l'espace intervertébral plus modification des plateaux supérieurs/inférieurs contigus*
- Spondyloses / spondylophytes / syndesmophytes :
  - *Régénération osseuse sur les bords des vertèbres*
- Spondylarthrose :
  - *Arthrose des articulations interfacettaires*
- Spondylolyse : interruption de la portion interarticulaire de l'arc vertébral
- Spondylolisthésis (glissement d'une vertèbre en cas d'instabilité)
- Maladie de Scheuermann



3.3.3 Imagerie

- Radiologie conventionnelle (colonne lombaire, rachis thoracique et rachis cervical sur 2 plans, attention au trajet optique en cas de scoliose : orientation des rayons dans le profil)
- Clichés fonctionnels, clichés obliques uniquement en cas de question spécifique (instabilité, sténose foraminale)
- Dens axis, incidence transbuccale en cas de traumatisme lors de l'anamnèse ou de suspicion d'arthrite rhumatoïde

Imagerie généralement à partir de la 6e semaine après l'apparition des douleurs. Exception en cas de red flags ; dans ce cas, imagerie immédiate et ciblée.

- L'IRM constitue le premier choix, avec interrogatoire ciblé
  - *Diagnostic incertain avec la radiographie conventionnelle si conséquences thérapeutiques*
  - *Persistance des symptômes dans le cadre d'une radiculopathie après 4 semaines si intervention invasive prévue*
  - *Spondylarthropathies*
  - *Maladies infectieuses*
  - *Suspicion de tumeur*
  - *Persistance ou réapparition des symptômes radiculaires suite à une opération d'une hernie discale*
  - *Syndrome de la queue de cheval (toujours une urgence) !*

Pertinence de l'IRM en cas de douleurs dorsales :
Résultats chez les personnes de moins de 60 ans **ne souffrant pas de douleurs** :

- *Discopathies y compris protrusions dans > 50% des cas*
- *Hernies discales y compris compression des racines nerveuses dans 20-30% des cas*
- *Modifications dégénératives très fréquentes à partir de 50 ans*

Résultats chez les personnes de plus de 60 ans **ne souffrant pas de douleurs** :

- *Evolution dégénérative dans 100% des cas*
- *Protrusions des disques dans > 80% des cas*
- *Hernies discales dans > 30% des cas*
- *Sténose du canal rachidien dans 20% des cas*

En cas de formes particulières des corps vertébraux visibles à la radiologie (vertèbre cunéiforme et en poisson, compression des plateaux supérieurs et inférieurs) et de diminution de la hauteur, envisager l'ostéoporose – DEXA.

- Scanner en cas de contre-indication de l'IRM, en traumatologie et en cas de suspicion de chondrocalcinose (dent couronnée)
- Scintigraphie y compris TEMP, myélographie et CT-myélographie, discographie en cas de question spécifique

3.4 Examens de laboratoire

Les analyses de laboratoire visent uniquement à exclure un processus inflammatoire et à départager les diagnostics différentiels

- Analyses de laboratoire selon la clinique
  - *VS et/ou CRP*
  - *Hb, Lc, Tc év. Lc-Diff*
  - *Créatinine*
  - *Phosphatase alc., GPT ou gamma-GT pour écarter une maladie hépatique*
  - *Calcium, albumine, calcium corrigé*
  - *Electrophorèse des protéines ou immuno-électrophorèse*
  - *Analyse d'urine*

HLA B27 uniquement en cas de suspicion d'une spondylarthrite.
Le diagnostic par auto-anticorps n'est généralement pas pertinent pour l'évaluation des douleurs dorsales.

4 Traitement

4.1 Douleurs dorsales aiguës

Principes thérapeutiques

- Informer le patient, notamment concernant le bon pronostic
- Inciter le patient à être actif (pas de repos) ; dans la mesure du possible, il doit continuer ses activités habituelles, établir un certificat médical pour un arrêt de travail de courte durée (max. 7 jours)
- Traiter efficacement la douleur, analgésie continue sur 3 à 14 jours, briser le cercle vicieux « douleurs/tensions/mauvaise posture »

Mesures pharmacologiques

- En l'absence de contre-indications, médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens en 1er choix. Si les AINS sont contre-indiqués et/ou en complément aux AINS : en 2e choix, analgésiques uniquement (paracétamol, métamizole)
- Stéroïdes en cas de compression radiculaire
- Ev. myorelaxants à court terme (max. 1 semaine)

Le traitement aux opioïdes n'est généralement pas indiqué en cas de douleurs dorsales chroniques (on peut les employer pour une courte durée en cas de douleurs radiculaires, le cas échéant, mais pas en cas de maux de dos sans douleurs radiculaires !).

Mesures non pharmacologiques

- Consignes de comportement
- Application de froid ou de chaleur par le patient lui-même
- Le cas échéant, mobilisation ou manipulation
- Dans la plupart des cas, la physiothérapie n'est pas nécessaire dans un premier temps

Capacité de travail : Dans la mesure du possible, arrêt de travail de courte durée pendant quelques jours seulement. Les arrêts de travail prolongés doivent être évités.

4.2 Douleurs dorsales chroniques

Principes de traitement des douleurs dorsales chroniques

- Informer le patient (diagnostic, pronostic, objectifs du traitement)
- Accompagnement clair du patient
- Incitation à bouger et à rester actif
- Eviter les mesures médicales et examens inutiles

Concepts de traitement et de conseil

- Répéter les informations communiquées au patient
- Réévaluation du traitement de la douleur (attention à l'escalade avec les opioïdes), réduction en cas d'inefficacité, év. évaluation de médicaments psychopharmacologiques modulateurs de la douleur
- Renforcement des muscles du dos et du des abdominaux, de préférence encadré et sur appareils (MTT)

- Réévaluation de la physiothérapie ; active, pas de thérapie passive
- Amélioration de la forme physique générale (p. ex. marche nordique)
- Thérapies par la relaxation (détente musculaire, entraînement autogène, qi gong, etc.)
- Optimisation ergonomique du poste de travail et des loisirs
- Evaluation de la situation professionnelle (le cas échéant, prendre contact avec l'employeur)
- Identification des comorbidités psychiques et des troubles sociaux, voir yellow flags (le cas échéant, faire intervenir la psychiatrie, la psychologie, le conseil social, etc.)
- Enseignement de stratégies de gestion de la douleur

Ne pas attendre trop longtemps avant de mettre en place un traitement multidisciplinaire !

Impressum

Responsabilité scientifique 2025

Dr méd. Nicole Egloff, Zurich
Dr méd. Ralph Melzer, Lucerne
Dr méd. Yvonne Peter, Adligenswil

Secrétariat

Stefanie Wipf, Ligue suisse contre le rhumatisme
Marina Frick, Ligue suisse contre le rhumatisme

Organisateur

Ligue suisse contre le rhumatisme
Josefstrasse 92, 8005 Zurich
Tél. 044 487 40 00
update@rheumaliga.ch

Ligue suisse contre le rhumatisme
Notre action – votre mobilité