

Annexe en ligne

Traitement des douleurs musculo-squelettiques

Müller D, Keller B, Ferrante A, Rimensberger C, Trippolini M, Wertli M

Perfectionnement • doi:10.4414/phc-d.2023.10494

Prim Hosp Care Med Int Gen. 2023;23(1):24–27.

Tableau S2: Recommandations pour le traitement des douleurs musculo-squelettiques.

Recommandation	Explications sur la mise en pratique (exemples)
1. Prendre en compte le contexte des patientes et patients. Pour ce faire, utiliser une communication efficace et donner à la patiente ou au patient la	La présence de proches peut être utile. Laissez la patiente ou le patient s'exprimer, répondez aux besoins individuels.

possibilité de prendre ses propres décisions.	
2. Procéder systématiquement à un dépistage afin d'identifier précocement tout risque de maladie ou de lésion grave.	<p>Une imagerie/un examen complémentaire ne doit être réalisé(e) que chez les patientes et patients présentant des signes d'alarme (<i>red flags</i>) ou une forte probabilité que l'imagerie ait une influence sur le traitement.</p> <p>Des règles de prédiction clinique (par ex. les Ottawa Ankle rules en cas de distorsion du pied ou les C-Spinerules en cas de traumatisme de la colonne vertébrale) avec une sensibilité et une spécificité élevées peuvent aider à la décision.</p>
3. Etre attentif aux facteurs de risque psychosociaux.	Il est prouvé que les signes de stress, l'anxiété ou la perte d'emploi sont des facteurs de risque de chronicisation des douleurs.
4. Eviter les examens d'imagerie.	En l'absence de signes d'alarme et d'indices de lésion grave, une tentative de traitement devrait être effectuée sans examens d'imagerie préalables. En l'absence d'effet d'un traitement adéquat ou en cas d'aggravation des symptômes, il convient de procéder à un examen d'imagerie.
5. Examen physique avec tests de dépistage neurologiques, mesure de l'activité ou de la force musculaire.	En procédant à un examen physique complet, vous signalez que vous prenez

	la douleur de la patiente ou du patient au sérieux.
6. Mesure de l'évolution avec des instruments de mesure validés.	Il existe des tests validés et peu coûteux qui vous permettent d'avoir facilement un bon aperçu de l'évolution et du pronostic de la patiente ou du patient (par ex. 1-minute sit-to-stand test).
7. Fournir des explications et informations aux patientes et patients sur la problématique et les possibilités de traitement.	Utilisez des métaphores, des images, des graphiques et des modèles. Les vidéos informatives et les brochures peuvent aider à expliquer des sujets complexes sans utiliser de jargon médical.
8. Conseiller d'être ou de devenir physiquement actif.	Informez-vous sur le type d'activité physique que la patiente ou le patient pratique et sur le moment où elle ou il la pratique pour maîtriser ses douleurs.
9. Utiliser les techniques de médecine manuelle, de chiropraxie ou d'ostéopathie uniquement en association avec d'autres mesures basées sur l'évidence.	Les techniques manuelles à court terme peuvent aider, mais elles doivent toujours être accompagnées d'instructions sur la manière de les appliquer soi-même ou de faire des exercices à domicile.
10. Recommander en priorité des options thérapeutiques non chirurgicales lors de la consultation avec les patientes et patients (sauf en cas d'urgence aiguë).	Pour les mesures non chirurgicales, tenez également compte des préférences de la patiente ou du patient.
11. Veiller à la poursuite ou à la reprise des activités professionnelles malgré la persistance des douleurs.	Osez aborder le sujet du travail en consultation. Demandez si la patiente ou le patient lui-même a déjà parlé à son

	employeur. Déterminez si la patiente/le patient a besoin d'un soutien non médical pour la réinsertion dans la vie privée et professionnelle.
12. Prendre en compte les aspects culturels spécifiques.	Les différences culturelles dans la perception de la douleur doivent être prises en compte dans le traitement.
13. Montrer de l'intérêt et prendre du temps pour les patientes et les patients souffrant de douleurs somatoformes chroniques et persistantes, afin de déterminer le programme thérapeutique optimal.	Identifiez les facteurs de risque individuels afin de permettre des options thérapeutiques ciblées. Expliquez les différentes méthodes de traitement afin de réduire les attentes vis-à-vis des analgésiques et des examens d'imagerie.
14. Formuler des objectifs thérapeutiques communs et un plan de traitement.	Comme il est souvent impossible de soulager complètement les douleurs, il est essentiel de formuler ensemble des objectifs thérapeutiques individuels et réalistes, qui n'ont souvent rien à voir avec un soulagement de la douleur.

Tableau S3: Résumé des mesures pharmacologiques pour les douleurs musculo-squelettiques.

	Aiguës	Chroniques	Principales CI/principaux EI*	Référence
AINS topiques	<ul style="list-style-type: none"> - Premier choix, réduit les symptômes et la douleur - Améliore la fonction physique - Augmente la satisfaction des patientes et patients vis-à-vis du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Premier choix en cas de douleurs musculo-squelettiques chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> - CI: hypersensibilité/allergies connues, peau endommagée, grossesse (3^e trimestre), allaitement - EI: dermatite, prurit, photosensibilisation, EI systémiques possibles en cas 	CPG (12) SR (31) CPG (49) SR (64)

			d'application prolongée sur de grandes surfaces	
AINS oraux	- Deuxième choix ou en combinaison avec des AINS topiques	- Premier choix en cas de douleurs musculo-squelettiques chroniques	- CI: allergies, maladies ulcéreuses gastro-intestinales, insuffisance hépatique et rénale, grossesse (surtout 3 ^e trimestre), allaitement - EI: insuffisance rénale aiguë, hypertension, risque accru d'évènements cardiovasculaires, EI gastro-intestinaux (ulcère, gastrite)	CPG (12) SR (31) CPG (49) SR (64)
Paracétamol	- Recommandations controversées: l'utilisation à court terme (1–7 jours) en combinaison avec d'autres analgésiques n'est pas recommandée (lombalgie non spécifique)	- Controversé, car moins efficace que les AINS - Réduit la douleur de manière statistiquement significative par rapport aux placebos, la signification clinique n'est pas claire	- CI: allergies, troubles sévères de la fonction hépatique, hépatite aiguë, décompensation d'une maladie hépatique active, syndrome de Gilbert - EI: réactions allergiques, hépatopathie avec augmentation des transaminases et des paramètres de cholestase	CPG (12) SR (31) CPG (49) SR (50) SR (65) SR (66)
Métamizole	- Aucune étude sur l'efficacité dans les douleurs musculo-squelettiques	- Aucune étude sur l'efficacité dans les douleurs musculo-squelettiques	- CI: allergies, porphyrie hépatique, déficit en G6PDH, troubles de l'hématopoïèse, grossesse (1 ^{er} et 3 ^e trimestres), allaitement - EI: réaction allergique, hypotension en cas d'administration i.v.,	

			agranulocytose, thrombocytopénie	
Injections de corticostéroïdes	<ul style="list-style-type: none"> - Efficaces à court terme en cas de douleurs modérées à sévères de l'épaule et du genou - Non recommandées en cas de douleurs de la nuque ou du dos 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficaces à court terme en cas de douleurs modérées à sévères de l'épaule et du genou - Non recommandées en cas de douleurs de la nuque ou du dos 	<ul style="list-style-type: none"> - CI: grossesse, allaitement - EI: risque d'infection suite à l'injection, suppression surrénalienne (surtout en cas d'utilisation répétitive), hémorragies intestinales 	SR (31)
Opioïdes faibles	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandés pour une courte durée en cas de lombalgie, lorsque les AINS ne soulagent pas les symptômes ou sont contre-indiqués 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus efficaces que les placebos en cas d'utilisation à court terme - Recommandés pour une courte durée en cas de lombalgie, lorsque les AINS ne soulagent pas les symptômes ou sont contre-indiqués - Plus d'effets indésirables en cas d'utilisation à long terme par rapport aux non-opioïdes, sans amélioration des critères cliniques; détérioration de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - CI: hypersensibilité/allergie, en cas d'intoxication aiguë, en cas d'épilepsie insuffisamment contrôlée, en cas de traitement par un inhibiteur de la MOA (interactions), grossesse, allaitement - EI: vertiges, nausées, vomissements, constipation, sécheresse buccale, céphalées, torpeur, hyperhidrose, épuisement; à de fortes doses de tramadol, abaissement du seuil épileptogène 	CPG (12) RCT (58) SR (67)
Opioïdes forts	<ul style="list-style-type: none"> - Différentes études montrent que les opioïdes forts entraînent certes une réduction de la douleur par rapport aux placebos, mais que celle-ci n'est 	<ul style="list-style-type: none"> - Non recommandés - Par rapport aux placebos, plus efficaces en cas d'utilisation à court terme - Plus d'effets indésirables par rapport aux autres 	<ul style="list-style-type: none"> - CI: dépression respiratoire sévère avec hypoxie ou hypercapnie, BPCO sévère, cor pulmonaire, asthme sévère, iléus paralytique, grossesse, allaitement 	SR (50) RCT (55) CPG (54) RCT (58) SR (60) SR (67)

	<p>pas plus importante qu'avec les AINS</p> <p>- Comme les effets indésirables sont plus nombreux, il est recommandé de faire preuve de retenue avant de les utiliser dans le traitement des douleurs musculo-squelettiques aiguës (à court terme, opioïdes à courte durée d'action, si les autres analgésiques ne suffisent pas)</p>	<p>analgésiques, sans amélioration des critères cliniques; détérioration de la qualité de vie</p> <p>- La réduction ou l'arrêt de ces médicaments peut entraîner une amélioration de l'intensité de la douleur (hyperalgésie induite par les opioïdes), de la fonction et de la qualité de vie</p>	<p>- EI: vertiges, céphalées, somnolence, tremblements, apathie, constipation, nausées, vomissements, dyspnée, bronchospasme, prurit, fatigue</p>	
Cannabis	<p>- Aucune étude sur l'efficacité dans les douleurs musculo-squelettiques</p>	<p>- Pas de réduction de la douleur par le nabilone par rapport au placebo chez les patientes et patients souffrant d'un syndrome de fibromyalgie ou de maux de dos chroniques</p>	<p>- CI: hypersensibilité aux extraits de cannabis, tendances suicidaires ou pensées suicidaires, antécédents personnels connus ou suspectés ou antécédents familiaux de schizophrénie ou d'autres psychoses, allaitement</p> <p>- EI: somnolence, vertiges, sécheresse buccale, euphorie, ataxie, céphalées et difficultés de concentration</p>	SR (61)
Benzodiazépines	<p>- Aucune amélioration des résultats fonctionnels ou de la douleur chez les patientes et patients souffrant de lombalgies aiguës non traumatiques et non radiculaires sous naproxène + diazépam par rapport au naproxène + placebo</p>	<p>- Aucune étude sur l'efficacité dans les douleurs musculo-squelettiques</p>	<p>- CI: myasthénie grave, insuffisance respiratoire sévère, apnée du sommeil, insuffisance hépatique sévère, insuffisance rénale sévère, choc, collapsus, coma, intoxication aiguë à l'alcool, aux psychotropes, aux somnifères ou aux</p>	RCT (62)

			analgésiques, dépendance, grossesse, allaitement - EI: sédation, fatigue, ataxie, confusion, dépression, faiblesse musculaire	
Gabapentinoïdes	- Aucune étude sur l'efficacité dans les douleurs musculo-squelettiques	- La gabapentine réduit légèrement les douleurs, surtout en cas de douleurs neuropathiques - Prégabaline moins efficace qu'un analgésique	- CI: grossesse, allaitement - EI: vertiges, fatigue, difficultés à réfléchir, troubles de la vision	SR (63)

* Liste indicative et non exhaustive.

RCT, études randomisées contrôlées; SR, revues systématiques de la littérature; CI, contre-indications; EI, effets indésirables; CPG, lignes directrices pratiques cliniques