

Une mise à jour clinique

Traitement des douleurs musculo-squelettiques

Les douleurs musculo-squelettiques aiguës sont fréquentes et guérissent souvent spontanément. En revanche, les douleurs musculo-squelettiques chroniques font partie des principales causes de limitations liées à la douleur. Les recommandations actuelles pour l'évaluation et le traitement des douleurs musculo-squelettiques sont présentées ci-après.

Dominic Müller^a, Barbara Keller^a, Asha-Naima Ferrante^{a,b}, Caroline Rimensberger^a, Maurizio Alen Trippolini^{c,d,e*}, Maria M. Wertli^{a*}

^a Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Universitätsspital Bern, Inselspital, Bern, Schweiz; ^b Département für Psychologie, Universität Bern, Bern, Schweiz; ^c Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit; Universitätsspital Bern, Inselspital, Bern, Schweiz; ^d Institut für Physiotherapie, Universitätsspital Bern, Inselspital, Bern, Schweiz;

^e Massachusetts General Hospital (MGH) Institute of Health Professions, Charlestown, Boston, MA, United States;

* Les auteurs ont contribué à parts égales à l'article.

Contexte

A l'échelle mondiale, les douleurs musculo-squelettiques touchent 20–33% de la population [1]. Les douleurs musculo-squelettiques se développent à partir de lésions des os, des muscles, des tendons et des ligaments ou des nerfs [2]. Les douleurs musculo-squelettiques chroniques comptent parmi les 10 causes les plus fréquentes de limitations fonctionnelles liées à la douleur [1]. Les douleurs de la nuque et du dos font partie des principales causes. Dans l'Enquête suisse sur la santé, près de la moitié des personnes interrogées souffraient de douleurs dorsales ou lombaires et environ un tiers de douleurs aux épaules, à la nuque ou aux bras [3]. Par extrapolation, les lombalgies représentent à elles seules environ 6% de l'ensemble des coûts de santé en Suisse [4]. Les douleurs aiguës sont un signe d'alerte visant à éviter des lésions supplémentaires [5]. La perception individuelle de la douleur est toutefois influencée par différents facteurs, tels que la nociception, les processus inflammatoires, les lésions nerveuses et une sensibilisation préexistante [6]. Si une douleur persiste plus longtemps que ce à quoi on peut s'attendre pour la guérison d'une lésion (en général 3 mois), on parle de douleur chronique [7]. Dans la classification CIM-11 mise à jour, les douleurs primaires chroniques sont considérées comme un diagnostic à part entière, ce qui témoigne de leur importance [7]. Les concepts thérapeutiques ont pour objectif d'éviter un surtraitement et, grâce à un traitement efficace et précoce, une chronicisation des douleurs. Dans ce contexte, il convient d'éviter certains pièges

(*pitfalls*) en cas de douleurs aiguës (encadré 1 [8]). En outre, il convient de rechercher des éléments indiquant la présence de facteurs biopsy-

chosociaux chez les patientes et patients souffrant de douleurs persistant plus longtemps ou plus intenses que prévu.

Encadré 1: Pièges à éviter dans le diagnostic et le traitement des douleurs musculo-squelettiques.

- Recours excessif aux examens d'imagerie:
Bien que de nombreuses douleurs musculo-squelettiques ne présentent pas de signes d'alarme ou d'indices d'une cause spécifique, le recours à des examens d'imagerie est fréquent.
Les conséquences possibles incluent un traitement excessif des anomalies découvertes fortuitement et des interventions inutiles.
- Recours excessif à des opérations:
Les arthroscopies du genou pour l'arthrose du genou, les décompressions sous-acromiales et les réparations de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule sont de plus en plus fréquentes. Cependant, des études de grande qualité n'ont pas démontré que ces interventions étaient plus efficaces que les procédures non chirurgicales.
- Utilisation excessive d'opioïdes:
Bien que les études randomisées n'aient pas montré une meilleure efficacité des opioïdes dans le traitement des douleurs musculo-squelettiques aiguës et chroniques, ceux-ci sont de plus en plus prescrits.
- Manquements en matière d'information et de conseil:
L'information et le conseil sur la cause, le pronostic et le traitement sont les pierres angulaires du traitement des douleurs musculo-squelettiques. Cependant, cette démarche n'est effectuée que chez une minorité de patientes et patients souffrant de douleurs dans la région lombaire.
- Manque d'échange entre les professionnels impliqués dans la prise en charge multimodale:
En raison des causes très diverses des douleurs musculo-squelettiques, plusieurs spécialités sont souvent impliquées. Un manque d'échange peut conduire à un surdiagnostic, à un surtraitement ainsi qu'à une insécurité de la patiente ou du patient et contribuer finalement à la chronicisation des douleurs.

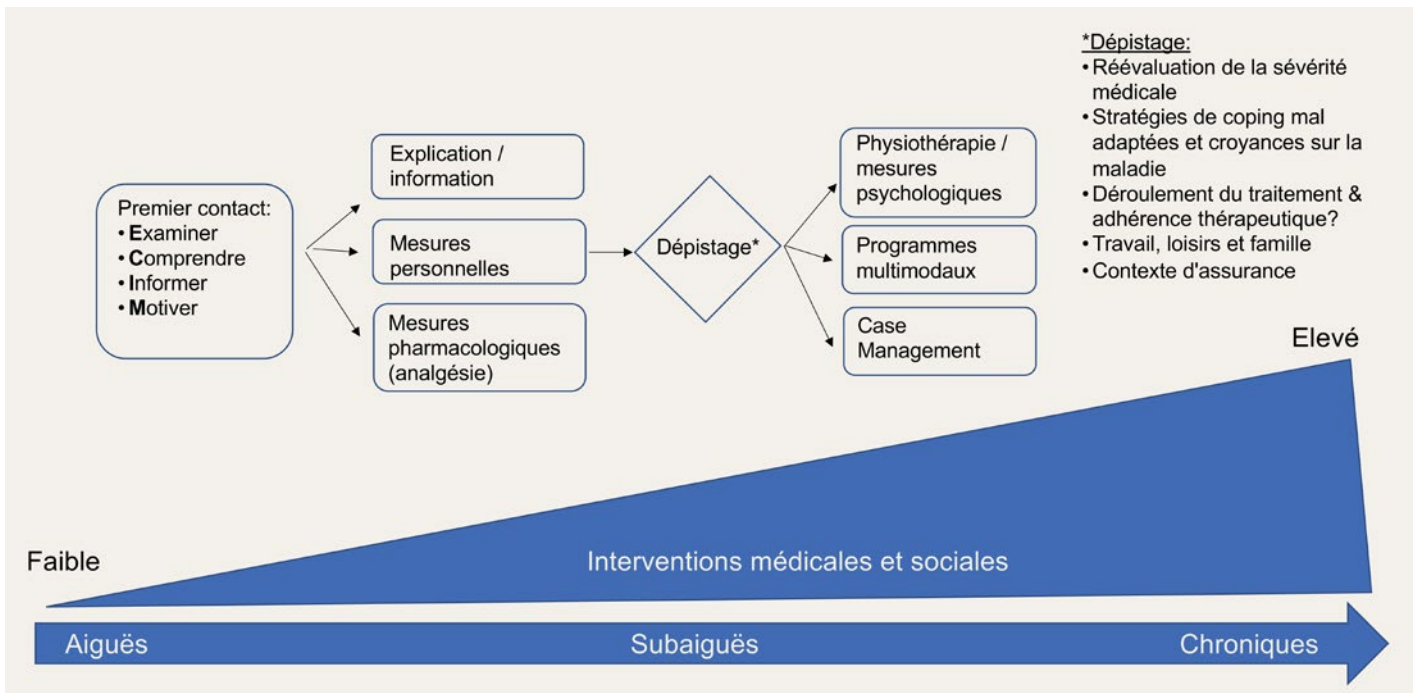


Figure 1: Modèle du Managed Care pour les douleurs musculo-squelettiques.

Evaluation des douleurs aiguës

L'évaluation des douleurs musculo-squelettiques passe en premier lieu par une anamnèse détaillée et un examen physique avec évaluation de la mobilité, de la force musculaire et de la fonction neurologique [8]. De nombreuses études ont en outre montré que les facteurs contextuels (par ex. l'attitude professionnelle, les gestes et les contacts du médecin, l'équipement du cabinet) autour de l'examen et du traitement influencent de manière déterminante la perception de la douleur [9]. Les lignes directrices déconseillent en premier lieu la réalisation d'un examen d'imagerie diagnostique en l'absence de signes d'alarme (*red flags*) [10–12]. Une étude sur les lombalgies aiguës a montré qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) précoce n'améliorait pas les critères cliniques et que les patientes et patients connaissant les résultats présentaient une moins bonne qualité de vie que ceux qui ne connaissaient pas les résultats de l'IRM [13]. Les découvertes à l'imagerie sans lien direct avec la cause de la douleur comportent par ailleurs le risque d'un surtraitement [8]. L'indication d'un examen d'imagerie devrait donc être posée avec la plus grande retenue et avoir lieu lorsque cet examen influence de manière déterminante le traitement [11]. D'autres indications sont la progression des symptômes ou une réponse inadéquate à un traitement normalement efficace et correctement mis en œuvre [8, 11].

L'importance de la communication avec les patientes et patients dans la phase aiguë de la douleur est sous-estimée. Elle influence considérablement leurs attentes et leur comporte-

ment (par ex. l'adhésion au traitement) et donc l'évolution de la maladie [14]. Souvent, les patientes et patients souhaitent savoir très précisément quelle est la cause de leurs douleurs. Par le biais de l'imagerie, les patientes et patients (ainsi que les médecins) espèrent mieux comprendre la maladie, avec pour conséquence un recours excessif à l'imagerie médicale (encadré 1) et des répercussions potentiellement négatives. Pour répondre efficacement aux attentes et aux craintes, la communication tant affective (établissement de la relation thérapeutique, relation émotionnelle) que cognitive (transmission de connaissances, explication du pronostic, exclusion de pathologies graves, discussion du plan de traitement) est essentielle [15]. Il s'est avéré qu'un entretien motivationnel, au cours duquel l'écoute, le questionnement et l'information sont équilibrés, permettait d'initier un changement de comportement chez les patientes et patients souffrant de douleurs aiguës et chroniques et de renforcer leur motivation à agir [16, 17]. L'objectif est que, dans l'idéal, les patientes et patients avancent eux-mêmes des arguments en faveur d'un changement de comportement [18].

Evaluation du passage de douleurs aiguës à des douleurs chroniques

La figure 1 présente le modèle du Managed Care recommandé aujourd'hui en cas de douleurs. Les mesures devraient être adaptées en fonction de l'intensité et de la durée de la douleur. Différents facteurs peuvent augmenter le risque d'une évolution chronique. En font partie des facteurs biologiques (une sensibilisation

centrale ou périphérique), l'effet nocebo et des facteurs psychosociaux. Il est important d'identifier et d'aborder précocement ces facteurs d'influence afin de pouvoir prévenir une chronicisation des troubles.

Schématiquement, une sensibilisation (en anglais *sensitisation*) résulte d'expériences douloureuses antérieures, qui peuvent entraîner un abaissement du seuil d'excitation (sensibilisation périphérique) ou une plus grande excitabilité à des stimuli plus faibles dans le système nerveux central (sensibilisation centrale) [19]. En cas de sensibilisation, il y a une dissociation entre la perception de la douleur et le stimulus à proprement parler, ce qui influence la gestion de la douleur (par ex. hyperalgésie, allodynie) [20–22]. A l'opposé de l'impact positif de l'effet placebo, l'attente d'une conséquence négative entraîne des symptômes réels (effet nocebo), sans qu'il y ait de lien entre l'agent et les troubles. Les réactions nocebo peuvent être déclenchées par des suggestions négatives involontaires de la part des médecins et du personnel soignant [23]. Des facteurs psychologiques, sociaux et professionnels influencent également la gestion de la douleur. Ils sont désignés dans la littérature anglophone par les termes *yellow*, *blue* ou *black flags* (tab. 1) et peuvent contribuer à la chronicisation des douleurs [24]. Des exemples de questions permettant d'évaluer les facteurs de risque sont présentés dans le tableau 1 [25]. Des questionnaires validés (par ex. le questionnaire STarT-MSK [26]) peuvent être utiles pour adapter les mesures aux besoins individuels. L'examen clinique fournit en outre des indications sur un comportement d'évitement de la

Tableau 1: Facteurs pouvant avoir une influence sur les douleurs.

Signes d'alarme (<i>flags</i>)	Facteurs et exemples de questions
<i>red flags</i>	Signes d'alarme pour une maladie grave nécessitant des examens complémentaires
<i>yellow flags</i>	Indices évocateurs de la présence de facteurs psychosociaux pouvant influencer défavorablement la gestion de la douleur <ul style="list-style-type: none"> – Catastrophisme: Que signifie pour vous une nouvelle augmentation de la douleur? – Comportement d'évitement: Evitez-vous des mouvements/actions par peur de la douleur? – Peur: Craignez-vous d'avoir à nouveau mal? – Sentiments dépressifs: Comment vous sentez-vous? – Colère/frustration: Pourquoi pensez-vous avoir des douleurs? Comment les gérez-vous? – Conviction de la douleur: Combien de temps pensez-vous que vos douleurs vont durer? – Efficacité personnelle: Que faites-vous concrètement pour gérer les douleurs et les troubles? Que faites-vous pour améliorer les douleurs/les troubles?
<i>blue flags</i>	Facteurs socio-économiques: satisfaction au travail, conditions de travail, facteurs sociaux <ul style="list-style-type: none"> – Pensez-vous que vos douleurs sont causées/aggravées par le travail? – Vous faites-vous du souci pour la reprise de certaines activités professionnelles? – Pensez-vous que votre travail pourrait être temporairement adapté?
<i>black flags</i>	Chômage, facteurs d'assurance, soutien familial, procédures juridiques

douleur ou une mauvaise mise en charge [27]. Si les facteurs modifiables sont pris en compte dans le traitement, le développement de douleurs chroniques peut être évité. L'élaboration d'un modèle bio-psycho-social individuel de la maladie et une attitude «aussi bien l'un que l'autre» par opposition à un dualisme «soit l'un, soit l'autre» offrent la possibilité de déstigmatiser les facteurs psychosociaux dans l'étiologie, l'intensité et la persistance des douleurs. Pour ce faire, il est essentiel d'adopter une attitude empathique et orientée vers la capacité à faire face afin d'établir une relation de travail solide et partenariale [28]. Le tableau S2 (voir annexe en ligne) résume 14 principes thérapeutiques fondamentaux pour les douleurs musculo-squelettiques, qui sont recommandés par des lignes directrices de qualité [8].

Traitements non pharmacologiques en cas de douleurs musculo-squelettiques aiguës

En cas de douleurs musculo-squelettiques aiguës sans signes d'alarme, il convient de combiner des mesures non pharmacologiques et – si nécessaire – pharmacologiques. Les mesures non pharmacologiques sont souvent aussi efficaces, voire plus, que les analgésiques et sont connues depuis l'Antiquité. La gestion individuelle de la douleur dépend de facteurs génétiques, de l'état psychologique, de la neurophysiologie, de l'état de santé général et des comor-

bidités. C'est pourquoi les mesures thérapeutiques non pharmacologiques doivent être dosées individuellement pendant la phase aiguë et être adaptées en permanence en concertation avec la patiente ou le patient afin d'obtenir un effet.

Bien que leur efficacité soit désormais remise en question [29], des mesures de soulagement de la douleur, connues sous l'acronyme RICE (*Rest, Ice, Compression, Elevation*), sont prises dans les premiers jours suivant une blessure musculo-squelettique. Avant tout en cas de maux de dos non spécifiques, il est décisif que les patientes et patients restent actifs. Il est donc essentiel d'éviter l'immobilisation et le ménagement prolongé et d'informer les patientes et patients sur la manière dont ils peuvent être physiquement actifs et sur les mesures qu'ils peuvent prendre pour réduire les douleurs. Le massage manuel et la mobilisation des articulations activent des récepteurs inhibiteurs (sérotonine, noradrénaline, adénosine et cannabinoïdes) et peuvent donc avoir un effet analgésique [30]. Des analgésiques supplémentaires peuvent être importants pour permettre aux patientes et patients de rester actifs.

La neurostimulation électrique transcutanée (TENS) et d'autres traitements locaux (laser, ultrasons, acupuncture, applications superficielles de glace et de chaleur) n'ont que des effets mineurs et de courte durée pour réduire la douleur [31]. Les mécanismes de modulation

de la douleur par la TENS ne sont compris que depuis quelques années. La plupart des articles de revue (petites études hétérogènes) montrent que la TENS ainsi que les manipulations manuelles réduisent la douleur à court terme et améliorent la fonction quotidienne en cas de maux de dos aigus [32]. Les effets indésirables les plus fréquents après une manipulation manuelle étaient une augmentation de courte durée de la douleur, des sensations de raideur musculaire et des céphalées (50–65% des patientes et patients).

Traitements non pharmacologiques en cas de douleurs musculo-squelettiques chroniques

Les programmes thérapeutiques stratifiés (fig. 1), qui permettent une intervention plus ciblée grâce à l'identification des facteurs de risque individuels, sont porteurs d'avenir [33]. Si ces programmes sont combinés à un case management et intégrés dans un processus de réadaptation en collaboration avec l'employeur, il est possible d'obtenir une réduction des douleurs et des limitations fonctionnelles avec des coûts de santé moindres [34, 35]. Dans la médecine de premier recours, il existe cependant de nombreux obstacles qui empêchent la mise en œuvre des recommandations thérapeutiques basées sur l'évidence [36]. Citons les attentes élevées des patientes et patients à l'égard du médecin pour qu'il prescrive un traitement médicamenteux ou un examen d'imagerie, le manque d'intérêt et de temps pour aborder les facteurs de risque, et la méconnaissance ou la disponibilité insuffisante des possibilités thérapeutiques non chirurgicales [37]. En outre, les programmes multimodaux ambulatoires sont peu établis en Suisse et leur financement n'est pas clair [38]. Des parcours de soins structurés visant à réduire les traitements inappropriés ou excessifs sont donc recommandés [39].

Les méthodes thérapeutiques les mieux étudiées sont les mesures d'entraînement actif. Chez l'animal comme chez l'être humain, l'entraînement physique régulier entraîne une analgésie induite par le mouvement grâce à l'activation des systèmes inhibiteurs centraux, avec élévation du taux de sérotonine et libération d'opioïdes endogènes [40]. Les effets se manifestent aussi bien lors d'un entraînement de musculation que d'endurance [41]. L'effet analgésique n'apparaît toutefois qu'après une certaine régularité de l'entraînement actif, ce qui explique peut-être pourquoi les patientes et patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques se plaignent de douleurs accrues au début d'un programme d'entraînement [40]. Dans une récente revue Cochrane, les mesures axées sur l'entraînement étaient plus efficaces que les interventions placebo pour ré-

duire la douleur et améliorer la fonction en cas de maux de dos chroniques (249 études, 24 486 patientes et patients: niveau de preuve modéré-bon) [42]. Dans une méta-analyse de réseau, les mesures axées sur l'entraînement, telles que le pilates, la méthode McKenzie et la rééducation axée sur l'entraînement (*functional restoration programs*), étaient nettement plus efficaces pour réduire les douleurs et les limitations dans la vie quotidienne que d'autres mesures (éducation, thérapie manuelle, école du dos, électro-/psychothérapie, médicaments anti-inflammatoires ou relaxation) [43]. Le stretching, le renforcement du buste, l'entraînement d'endurance et le yoga ont également montré de petits effets.

Les thérapies dites «corps-esprit» (par ex. techniques de méditation et de relaxation, hypnose, thérapie comportementale) sont de plus en plus populaires. Dans un article de revue (petites études randomisées), elles ont montré une certaine réduction de la douleur et une légère diminution de la consommation d'opioïdes [44]. Il reste à voir si ces effets peuvent être confirmés dans de grandes études. Les résultats concernant l'enseignement en groupe pour l'apprentissage de mesures d'auto-traitement sont décevants et ne montrent que de petits effets, le plus souvent non significatifs, sur les douleurs et les limitations fonctionnelles, sans amélioration du comportement de coping [45].

Pour traiter les aspects psychosociaux complexes des douleurs musculo-squelettiques chroniques, des programmes multimodaux à la fois hospitaliers et ambulatoires sont recommandés [10]. Ces programmes englobent généralement plusieurs disciplines médicales, des mesures physiques et psychologiques et/ou des mesures sociales ou axées sur le lieu de travail. En cas de maux de dos chroniques subaigus, les programmes multimodaux se sont avérés supérieurs à d'autres interventions (chirurgicales ou axées uniquement sur l'entraînement, ainsi que *usual care*) en termes de réduction de la douleur, des limitations fonctionnelles et de l'incapacité de travail [46, 47]. Il convient cependant de préciser que les études multimodales ont principalement porté sur des femmes, de sorte que la possibilité de généralisation des résultats est limitée [47]. De plus, les programmes multimodaux ne sont guère efficaces pour les patientes et patients issus de l'immigration, qui sont nettement plus touchés par des douleurs chroniques [48].

Traitement pharmacologique

Une bonne analgésie permet aux patientes et patients de rester actifs et de participer à une thérapie active. Le tableau S3 (voir annexe en ligne) résume les principales possibilités pharmacologiques, les contre-indications les plus

fréquentes et les effets indésirables les plus fréquents. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) topiques et/ou oraux sont recommandés comme traitement de première ligne en l'absence de contre-indications [49]. Le paracétamol n'est plus recommandé [12] ou seulement pour une courte durée et en combinaison avec d'autres médicaments [31, 49–51]. Une étude de très bonne qualité [31] n'a montré aucun effet clinique du paracétamol et les effets indésirables (surtout l'hépatotoxicité) étaient pourtant fréquents. En Suisse, le métamizole est de plus en plus utilisé [52], bien qu'il n'existe aucune étude sur son efficacité dans les douleurs musculo-squelettiques. Le métamizole est probablement aussi efficace que les AINS, mais mieux toléré [53]. La raison de la réticence répandue à utiliser le métamizole est l'effet indésirable rare mais grave que constitue l'agranulocytose. Sa fréquence est d'environ 0,5–1,5 cas par million de jours d'utilisation [53].

Les opioïdes faibles (tramadol, codéine, tapentadol) ou – en cas d'intolérance aux opioïdes faibles ou de contrôle insuffisant de la douleur – les opioïdes forts à courte durée d'action doivent être prescrits avec retenue et pour une durée aussi courte que possible en cas de douleurs très intenses [54]. Les opioïdes forts à courte durée d'action devraient être prescrits à la dose efficace la plus faible possible, et la posologie et l'indication devraient être contrôlées en permanence [54]. De plus en plus d'études montrent qu'en cas de douleurs musculo-squelettiques aiguës, les opioïdes forts ne sont pas supérieurs aux AINS, mais qu'ils présentent nettement plus d'effets indésirables [50, 55]. En cas d'utilisation durable d'opioïdes, la proportion de personnes présentant des symptômes de sevrage lors de la réduction de ces médicaments ainsi que le risque de dépendance augmentent [56, 57]. La prise chronique d'opioïdes en cas de douleurs chroniques peut détériorer la qualité de vie [58, 59], sans pour autant entraîner une amélioration de la fonction ou du contrôle de la douleur [58]. Dans une étude randomisée, les patientes et patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques présentaient même plus de douleurs et d'effets indésirables dans le groupe opioïde que dans le groupe non-opioïde après 12 mois [58]. En outre, l'arrêt d'un traitement opioïde de longue durée a souvent entraîné une amélioration de l'intensité des douleurs, de la fonction et de la qualité de vie [60].

Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes peuvent apporter un soulagement à court terme des douleurs modérées à sévères, surtout en cas de douleurs de l'épaule et du genou liées à l'arthrose [31, 51]. De telles injections ne sont pas recommandées en cas de douleurs de la nuque ou du dos non spécifiques [31].

En cas de douleurs musculo-squelettiques chroniques, l'utilisation du cannabis n'a guère été étudiée. Dans une revue systématique de la littérature, le cannabinoïde synthétique nabixone n'était pas plus efficace que les placebos pour traiter les maux de dos chroniques dus à la fibromyalgie, les douleurs dégénératives et/ou la polyarthrite rhumatoïde [61]. De plus, il faut s'attendre à des effets indésirables (somnolence, vertiges, sécheresse buccale, euphorie, ataxie, céphalées), de sorte que l'utilisation du cannabis dans le traitement des douleurs musculo-squelettiques n'est pas recommandée pour l'instant [61]. Les benzodiazépines et les gabapentinoïdes ont été peu étudiés dans le traitement des douleurs musculo-squelettiques; leurs effets sont probablement faibles avec un risque accru d'effets indésirables (vertiges, fatigue, difficultés à réfléchir et troubles de la vision) [62, 63].

Conclusion

En cas de douleurs musculo-squelettiques, des facteurs médicaux et non médicaux jouent un rôle important et influencent le pronostic. Ces facteurs devraient être pris en compte dans une évaluation stratifiée. La communication joue un rôle essentiel et les traitements non pharmacologiques sont au premier plan.

Correspondance

Dominic Müller
Klinik für Allgemeine Innere Medizin
Inselhospital Bern
Freiburgstrasse 18
CH-3010 Bern
dominic.mueller1[at]students.unibe.ch

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse www.primary-hospital-care.ch.