

Dorsolombalgies non spécifiques

Jusqu’à 90 % des cas !

BIENNE – En présence de dorso-lombalgies, on cherche souvent un déclencheur univoque, souvent à l’aide d’examsens d’imagerie coûteux. De nombreux travaux ont toutefois montré qu’une approche purement anatomo-pathologique n’est que d’une utilité limitée, la douleur n’étant souvent pas corrélée aux atteintes anatomiques. Il est donc important d’élargir son point de vue et de considérer le mal de dos dans sa globalité.

Le mal de dos est considéré comme une maladie de population. En Suisse, 88 % de la population ont des maux de dos au moins une fois par an. L’augmentation des douleurs dorsales interroge. Qu’on en juge : le groupe des personnes ayant régulièrement de douleurs dorsolombaires est passé de 39 % en 2011 à 50 % en 2020. Ces douleurs touchent tous les groupes d’âge, le plus souvent celui des personnes professionnellement actives. En 2019, la Suisse occupait la troisième place mondiale en termes

de prévalence des douleurs dorso-lombaires, avec 10 621/100 000, derrière les États-Unis et le Danemark. Outre la dégradation de la qualité de vie, le mal de dos entraîne également des coûts élevés. Les maladies musculo-squelettiques, dont les maux de dos constituent la plus grande partie, arrivent en deuxième position en termes de coûts en Suisse, derrière les maladies cardio-vasculaires. Cela s’explique principalement par leur forte prévalence.



Les AINS sont les médicament les plus utilisés, ce qui souligne l’importance des compétences de l’officine en matière de conseil et de traitement

Photo: JackF/stock.adobe.com

Élucider les causes du mal de dos

Les causes du mal de dos sont multiples et variées. Seuls environ 10 % des maux de dos peuvent être attribués à un déclencheur spécifique, comme une blessure et une maladie inflammatoire ou dégénérative de la colonne vertébrale. Les 90 % restants sont considérés comme non spécifiques. Cela signifie que les examens ne peuvent pas fournir d’explication suffisante aux douleurs, à leur intensité et à la gêne qui en résulte.

Il y a deux ou trois décennies, on a donc commencé à reconsidérer la compréhension purement anatomo-pathologique du mal de dos et à utiliser à la place un modèle biopsychosocial. On part aujourd’hui du principe qu’une interaction de facteurs tant physiques que psychologiques et sociaux joue un rôle dans le déclenchement et la chronicité des douleurs dorsales :

- **Facteurs physiques, c’est-à-dire biomédicaux, du système musculosquelettique :** p.ex., surcharge musculaire (travail de force, activités répétitives, position assise prolongée), limitations fonctionnelles, facteurs génétiques, obésité ;
- **Les facteurs psychologiques :** p.ex., l’évaluation cognitive et émotionnelle de la douleur, les comportements, les croyances, le stress, la dépression et l’anxiété.

- **Facteurs sociaux :** p.ex. faible soutien social, problèmes financiers, stress psychologique dans les relations ou au travail.

La probabilité de voir en officine des clients souffrant de maux de dos comme symptôme d’une maladie grave est très faible. En médecine générale, on estime que tel est le cas de moins de 1 % des patients ayant un mal de dos. Il est néanmoins important de toujours prendre celui-ci au sérieux et de ne pas le minimiser.

Traitement des maux de dos non spécifiques

Comme il n’y a par définition pas de cause spécifique à identifier pour les maux de dos non spécifiques, le traitement est purement symptomatique. En Suisse, près d’un tiers des patients ayant des maux de dos ont recours à l’automédication, en particulier les patients qui connaissent déjà « leurs » maux de dos. L’utilisation d’antalgiques est un élément important du traitement, en particulier dans la phase aiguë de la maladie. Les antirhumatismaux non stéroïdiens (notamment l’ibuprofène et le diclofénac) sont ici au premier plan. Soulager la douleur signifie que les patients ne deviennent pas inactifs et ne développent pas de postures viciées, mais qu’ils continuent à avoir une activité physique. Une activité douce est essentielle



Les cahiers à thèmes « pharmActuel » peuvent être souscrits par abonnement. Informations sous <https://pharmactuel.ch/fr/cahiers/>

pour la guérison. Il s’agit d’être à l’écoute de son corps et de sentir ce qui est bon et ce qui ne l’est pas. Il est également important d’informer les patients. Comprendre que les maux de dos sont fréquents, qu’ils disparaissent rapidement dans la grande majorité des cas et que la douleur n’est pas nécessairement le signe d’une lésion structurelle de la colonne vertébrale ou des muscles peut être un énorme soulagement pour le patient. La bonne nouvelle est que la douleur disparaît au bout de six semaines chez deux tiers des personnes ayant des maux de dos non spécifiques. Le numéro 03-2025 de pharmActuel, consacré au mal de dos, présente d’autres options thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, décrit le tableau clinique du mal de dos et approfondit les connaissances sur l’anatomie de la colonne vertébrale. *EW*

Références : Cahier scientifique à thème pharmActuel « Dorso-lombalgies » (cahier n° 03/2025)

Résultats d’une méta-analyse sur les douleurs lombaires

Peu de traitements ont donné des preuves d’efficacité

RANDWICK – De nombreux traitements non chirurgicaux et non interventionnels ont été évalués dans les douleurs lombaires, mais seul un petit nombre d’entre eux ont à ce jour montré l’intérêt de ces mesures, et encore, avec des niveaux de preuve modérés, concluent les auteurs d’une méta-analyse publiée par le BMJ Evidence-Based Medicine.

Les lombalgies sont une pathologie très répandue avec un impact majeur sur la qualité de vie et sur les coûts. La majorité de ces douleurs sont non spécifiques, c’est-à-dire sans relation à une cause non cicatrice précise, rappellent **Aidan Cashin**, Centre for Pain Impact, Randwick, Australie, et ses collègues. De nombreux traitements non chirurgicaux et non interventionnels sont recommandés en première ligne, mais le niveau de démonstration d’efficacité est mal connu et il est difficile tant pour les médecins que pour les patients de s’y retrouver. Les chercheurs avaient déjà conduit une méta-analyse des données disponibles en 2008 et ont estimé nécessaire d’en refaire une, le nombre d’études ayant augmenté. Pour cela, ils ont fait une méta-analyse de 301 essais cliniques portant sur 56 traitements

(avec un total de 377 comparaisons de traitements à un placebo ou à une procédure leurre [sham]), évaluant des traitements médicamenteux (anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], myorelaxants, etc.) ou non pharmacologiques (exercice physique, massage, laser, etc.). La première constatation est que la qualité des essais cliniques était médiocre, la majorité étant grevée de forts risques de biais liés à l’absence d’insu, une analyse sans intention de traiter, etc., et aucune étude n’avait de niveau de preuve élevé. Le niveau de preuve était « modéré » dans 6 % des cas, « faible » dans 36 % des cas et « très faible » dans 48 % des cas.

Dans la douleur lombaire aiguë
Pour les lombalgies aiguës, les données de 52 études ont montré que seuls les AINS ont une efficacité,

avec un niveau de preuve « modéré ». L’activité physique ainsi que les injections de corticoïdes et le paracétamol se sont montrés inefficaces, dans ce cas aussi avec un niveau de preuve « modéré ». Pour de nombreux traitements, les résultats étaient « non conclusifs », à savoir acupuncture, éducation ou thérapie comportementale, ondes de choc, chaleur, laser-lumière, massages, mobilisation, ostéopathie, manipulation vertébrale, stimulation électrique nerveuse transcutanée (TENS), cannabinoïdes, colchicine, immunoglobulines, myorelaxants, myorelaxants + AINS, nucléosides, opioïdes, injection d’ozone, dérivés de la pyrazolone, rubéfiant topique. **Un traitement sur dix serait efficace !** Cinq traitements ont montré une efficacité dans la lombalgie chronique avec des niveaux de preuve « modérés » : l’exercice physique, la manipulation vertébrale, le bandage adhésif thérapeutique (taping), les antidépresseurs et les agonistes du

TRPV1. Les agents anesthésiants et les antibiotiques ont été qualifiés de non efficaces. Parmi les traitements non pharmacologiques, les données étaient « non conclusives » pour l’acupression, l’acupuncture, l’éducation ou thérapie comportementale, le biofeedback, la diathermie, les ventouses sèches, l’électro-acupuncture, le traitement électromagnétique, les ondes de choc, les orthèses plantaires, les infra-rouges, le massage par courant interférentiel, le traitement par laser ou lumière, les massages, la mobilisation, l’ostéopathie, la radiothérapie, la réflexologie, la TENS, la traction, la stimulation transcrânienne, les ultrasons. Également « non conclusifs », les traitements médicamenteux par modulateurs GABA A, les anticorps, les anticonvulsivants, les antidépresseurs + paracétamol, le venin d’abeille, les bisphosphonates, la formulation Bushen Huoxue (Bushen Huoxue recipe, BHR), les médecines complémentaires (non précises), les corticoïdes endogènes, les

hypnotiques, les myorelaxants, les myorelaxants + AINS, les AINS, les opioïdes, les opioïdes + antalgiques, les probiotiques. Ainsi, seul « un traitement sur 10 » parmi les traitements évalués en clinique a montré une efficacité dans la lombalgie, et cela avec seulement des effets antalgiques « modestes » par rapport à un placebo. Les auteurs précisent que si de nombreux traitements n’ont pas pu montrer d’efficacité (ou d’inefficacité), c’est parce que les essais cliniques avaient un nombre limité de participants et étaient de qualité insuffisante. Ils appellent donc à la conduite d’essais cliniques de bonne qualité, et toujours contre placebo, en raison de l’existence d’un effet placebo certes modeste mais notable dans cette pathologie – tout en reconnaissant que pour certaines thérapies non pharmacologiques, la définition de ce que doit être le placebo peut être délicate. *fb*