

pharmActuel

CAHIER SCIENTIFIQUE À THÈMES

2025
N° 03



Anatomie de la colonne vertébrale

Pathologies spécifiques

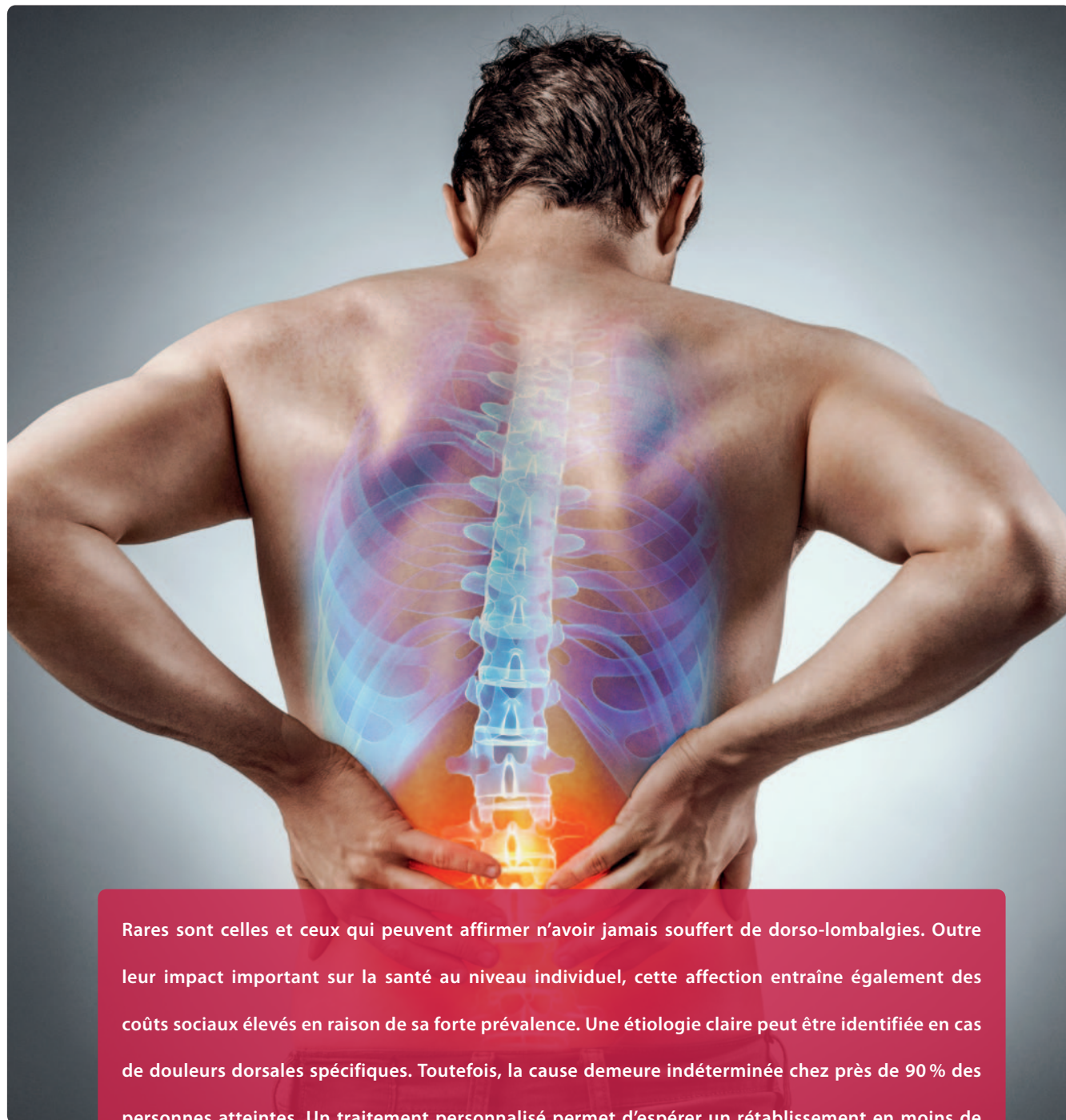
Triage des dorso-lombalgies

Pharmacothérapie

Groupes de patients spécifiques

DORSO-LOMBALGIES

Approches non médicamenteuses
et traitements médicamenteux



Rares sont celles et ceux qui peuvent affirmer n'avoir jamais souffert de dorso-lombalgies. Outre leur impact important sur la santé au niveau individuel, cette affection entraîne également des coûts sociaux élevés en raison de sa forte prévalence. Une étiologie claire peut être identifiée en cas de douleurs dorsales spécifiques. Toutefois, la cause demeure indéterminée chez près de 90 % des personnes atteintes. Un traitement personnalisé permet d'espérer un rétablissement en moins de six semaines chez deux tiers de ces patients sans nécessiter d'investigations diagnostiques complexes. Le présent cahier aborde les approches non médicamenteuses et médicamenteuses des dorso-lombalgies, notamment pour prévenir leur chronicisation.

Dr rer. nat. Ines Böhm, Riehen

Table des matières

1	Introduction	5
2	Épidémiologie	6
3	Anatomie de la colonne vertébrale	7
3.1	Corps vertébraux	7
3.2	Appareil ligamentaire de la colonne vertébrale	7
3.3	Musculature dorsale	7
3.4	Nerfs	8
3.5	Unité fonctionnelle de la colonne vertébrale	8
3.5.1	Disque intervertébral et structures cartilagineuses	9
3.5.2	Articulations facettaires	10
3.5.3	Ligaments et muscles intervertébraux	10
4	Douleurs	10
4.1	Physiologie de la douleur	10
4.2	Douleurs aiguës et chroniques	11
5	Triage des dorso-lombalgies	12
5.1	Anamnèse des dorso-lombalgies	12
5.2	Classification des dorso-lombalgies	13
6	Dorso-lombalgies spécifiques	15
6.1	Atteintes vertébrales dégénératives	15
6.1.1	Discopathie dégénérative	15
6.1.2	Hernie discale	16
6.1.3	Arthrose facettaire	17
6.1.4	Spondylolisthésis dégénératif	18
6.1.5	Sténose dégénérative du canal rachidien	18
6.1.6	Scoliose lombaire dégénérative	19
6.2	Spondylodiscite infectieuse	19
6.2.1	Infection de la colonne vertébrale	20
6.2.2	Zona	20
6.3	Spondylarthrite axiale	20
6.4	Pathologies relevant de la médecine interne	22
6.5	Tumeurs et métastases	22
6.6	Ostéoporose	22
6.7	Lésions rachidiennes	22
7	Dorso-lombalgies non spécifiques	23
7.1	Évolution	23
7.2	Diagnostic	24
7.2.1	Examens cliniques de routine	24
7.2.2	Dépistage des facteurs de risque psychosociaux	24
7.3	Chronicisation des dorsolombalgies non spécifiques	24
7.3.1	Facteurs de risque	24
7.4	Traitement	25
7.4.1	Éducation thérapeutique du patient (ETP)	25
7.4.2	Mesures non médicamenteuses	25



8	Traitement médicamenteux	28
8.1	Antalgiques non opioïdes	28
8.1.1	Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	28
8.1.2	Métamizole	30
8.1.3	Paracétamol	30
8.2	Opioïdes	30
8.3	Myorelaxants à action centrale	31
8.4	Antidépresseurs	32
8.5	Antiépileptiques	32
8.6	Phytothérapeutiques	32
8.6.1	Préparations orales	32
8.6.2	Préparations topiques	32
9	Groupes de patients spécifiques	33
9.1	Enfants et adolescents	33
9.2	Sportifs	33
9.3	Personnes âgées	34
10	Prévention	35
11	Liste des abréviations	36
12	Références	36
13	Contrôle des connaissances	40

Dorso-lombalgies

Ce cahier est un produit d’IFAK DATA SA. Il a été réalisé en collaboration avec le groupe d’auteurs pharmActuel.

- *Auteure :*
Dr rer. nat. Ines Böhm, Riehen, auteure spécialisée
- *Réviseur :*
Physiothérapeute HES, ostéopathe SICO,
Personal Health Coach DSBG Bâle
PHYSIORAMA, centre de physiothérapie,
d’ostéopathie et d’entraînement
Lange Gasse 90, 4052 Bâle

Ce cahier est conforme à l’état des connaissances en février 2025. Les informations ont toutes été rigoureusement contrôlées mais sont publiées avec les réserves d’usage.

Pour faciliter la lisibilité du texte, nous avons privilégié soit le genre masculin, soit le genre féminin. Dans chaque cas, on entend les deux genres.



Partie intégrante du programme annuel de formation de pharmActuel au prix de CHF 350.- hors TVA.
6 parutions par an.
Accrédité pour la formation postgrade et continue en pharmacie d’officine FPH (rôle 1 ; expert pharmaceutique) et pour la formation continue pour le certificat de formation complémentaire FPH Anamnèse en soins primaires.
Accrédité pour la formation continue en pharmacie hospitalière et pour le certificat de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique.

1 Introduction

Les dorso-lombalgies sont considérées comme une maladie endémique. En Suisse, 88% de la population a ainsi au moins un épisode de douleurs dorso-lombaires par an [1]. Les dorso-lombalgies sont une cause de baisse de la qualité de vie de l'ensemble de la population, des enfants aux personnes âgées. Sur le plan sanitaire, le fardeau des dorso-lombalgies est lourd; en Suisse, il suit de près celui des maladies cardiovasculaires [2]. Dans le monde entier, les lombalgies sont la principale cause d'années de vie vécues avec de l'incapacité (AVI, ou YLD pour *years lost due to disability*), un indicateur de la mortalité et de la perte de santé fonctionnelle [3].

Outre les limitations liées à la santé, les dorso-lombalgies génèrent des coûts importants, ceux-ci ne s'expliquant pas par un coût de traitement en soi particulièrement élevé par rapport à d'autres maladies, mais par le nombre de personnes touchées. En 2011, l'absentéisme, la baisse des performances professionnelles ainsi que les retraites anticipées dues aux maux de dos ont ainsi engendré des coûts de 7,46 millions de CHF, par rapport à 2,1 millions de CHF pour les maladies cardiovasculaires [2].

La notion de dorso-lombalgie englobe les douleurs des segments thoracique et lombaire de la colonne vertébrale. Les douleurs cervicales jouent également un rôle. Les causes des douleurs dorso-lombaires sont extrêmement diverses et leur intensité peut varier sensiblement. Seuls environ 10% des douleurs dorso-lombaires peuvent être attribués à une cause spécifique, telles que fractures, blessures et maladies inflammatoires de la colonne vertébrale. Les 90% restants sont considérés comme non spécifiques [4]. Les résultats des examens ne permettent par conséquent pas de donner des explications suffisamment précises sur la cause de la douleur, sur son intensité et sur la gêne qui en résulte. Des troubles structurels ou fonctionnels complexes des parties molles du dos sont souvent présents dans ce contexte [5]. La bonne nouvelle est que les douleurs disparaissent après six semaines chez deux tiers des personnes atteintes [1].

Il y a deux ou trois décennies, on a commencé à reconsidérer la compréhension purement biomédicale des dorso-lombalgies. À l'heure actuelle, on part de l'idée d'un modèle biopsychosocial de maladie. Ce concept intègre aussi bien des facteurs biomédicaux que des facteurs psychologiques et sociaux pour expliquer la survenue et surtout la persistance des douleurs dorso-lombaires chroniques [6].

En Suisse, près d'un tiers des patients ayant une dorso-lombalgie ont recours à l'automédication, en particulier ceux qui sont fami-

Les dorso-lombalgies sont très répandues et génèrent, outre des limitations liées à la santé, aussi des coûts importants.

Source : BigBlueStudio/stock.adobe.com



liers de « leurs » maux de dos [1]. L'équipe officinale est souvent l'interlocuteur privilégié pour ces personnes. Cela souligne l'importance des pharmacies d'officine en tant que prestataires de soins de santé, notamment pour la délivrance d'antalgiques en vente libre. Le recours à des antalgiques est un élément important du traitement, en particulier dans la phase aiguë, le soulagement de la douleur permettant aux patients de rester actifs plutôt que de se mettre au repos. La mobilisation est en effet un pilier important sur le plan thérapeutique. La pharmacothérapie est souvent plus complexe en cas de lombalgies chroniques. Un conseil plus poussé est alors nécessaire, en particulier lorsque le traitement doit faire appel à des opioïdes.

En cas de dorso-lombalgies aiguës ou chroniques, des conseils portant sur tous les aspects du problème prend toute son importance. En effet, il ne s'agit pas seulement d'expliquer les

caractéristiques physiologiques et anatomiques de la dorso-lombalgie, mais de permettre aux personnes concernées de comprendre aussi la dimension qui revient aux facteurs psychologiques impliqués dans la survenue et la persistance de l'affection. La transmission d'informations sur la maladie s'est montrée comme un

facteur essentiel pour le succès thérapeutique [7].

L'entretien de conseil avec les clients peut également révéler des signes d'une maladie grave associée aux douleurs dorso-lombaires. Il est alors important de recommander

une consultation médicale.

Ce cahier thématique approfondit les causes potentielles des dorso-lombalgies et fait le point sur les approches thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses. Pour vous aider dans votre pratique quotidienne, le niveau de preuve des recommandations est précisé le cas échéant.

« La qualité et le caractère exhaustif des informations sur la maladie se sont révélés comme un facteur essentiel pour le succès thérapeutique. »

6 2 Épidémiologie

La dorso-lombalgie est une pathologie très répandue, avec une prévalence vie entière de 54 à 80% [8]. Presque tout un chacun aura donc une dorso-lombalgie au moins une fois dans sa vie. L'étude « Global Burden of Disease » fournit les données les plus exhaustives sur la dorso-lombalgie. En 2020, 619 millions de personnes dans le monde ont eu une lombalgie, ce qui correspond à une prévalence standardisée pour l'âge de 7460/100000 personnes. Le taux le plus élevé est enregistré en Europe centrale avec 12800/100000, les dorsolombalgies étant moins fréquentes dans les pays ayant une tendance à de plus faibles revenus [3]. L'étude correspondante de 2019 contenait également des chiffres suisses. En 2019, la Suisse occupait la troisième place mondiale avec une prévalence des douleurs dorso-lombaires de 10621/100000 personnes, derrière les États-Unis et le Danemark [9]. Pour les douleurs cervicales, la prévalence standardisée pour l'âge était de 2450/100000 personnes [10].

Selon le « Rapport sur le dos Suisse 2020 » de la Ligue suisse contre le rhumatisme [1], qui a recueilli des données sur les dorso-lombalgies en Suisse dans le cadre d'une enquête en ligne, 88% des 1041 personnes interrogées avaient des dorso-lombalgies ou des tensions musculaires au moins une fois par an, 22% même plusieurs fois par semaine. Il est intéressant de noter une tendance croissante

des douleurs dorso-lombaires. Ainsi, dans le groupe des personnes ayant des dorso-lombalgies plusieurs fois par semaine ainsi que plusieurs fois par mois, ce pourcentage est passé de 39% en 2011 à 50% en 2020. Les douleurs dorso-lombaires et cervicales sont plus fréquentes chez les femmes, tant en Suisse que dans le monde [3, 10]. Les douleurs dorso-lombaires s'observent dans tous les groupes d'âge, le plus souvent chez les personnes en âge de travailler. Quant à la fréquence des épisodes de dorso-lombalgies, elle augmente avec l'âge [1].

En Suisse, l'épidémiologie des douleurs dorso-lombaires coïncide en grande partie avec les données internationales [3, 10] ainsi qu'avec les données d'une étude allemande [11]. L'étude allemande a fourni des données sur la fréquence des douleurs dans différents segments du dos avec un recul de 12 mois. La fréquence des douleurs lombaires (femmes 55%, hommes 48,6%) et des douleurs cervicales (femmes 54,9%, hommes 36,2%) était presque équivalente, suivies par des douleurs du segment thoracique (femmes 32,6%, hommes 22%). 19,5% des femmes et 11,4% des hommes ont rapporté des douleurs touchant les trois segments du dos [11].

La plupart des personnes (64%) ayant eu des dorso-lombalgies au cours de l'année précédente se sont rétablies dans les six semaines. Par contre, 21% ont rapporté une dorso-lombalgie chronique de plus de 12 semaines. Il ressort d'une revue systématique que la prévalence des douleurs dorsales chroniques va de 4% à 10% selon le groupe d'âge étudié [12], avec une prévalence croissante à partir de la troisième décennie de vie [13].

Plus de la moitié des personnes interrogées en Suisse se sentent « très gênées » ou « assez gênées » par les dorso-lombalgies, la qualité du sommeil étant la plus impactée. En médiane, les patients ayant des dorso-lombalgies manquent cinq jours de travail, d'études

ou de scolarité [1]. Dans une étude suisse de 2011, les coûts de santé liés au mal de dos s'élevaient à 2447 CHF/an et par patient. Les coûts indirects du mal de dos liés à la perte de productivité, nettement plus élevés, s'élevaient à 4939 CHF par

patient. En termes de coûts, les maladies musculo-squelettiques, dont les maux de dos constituent l'essentiel, viennent en deuxième position en Suisse, derrière les maladies cardiovasculaires. Ces chiffres s'expliquent principalement par la forte prévalence des douleurs dorso-lombaires [2, 14].

« Plus de la moitié des personnes interrogées en Suisse se disent gênées par des dorso-lombalgies, le sommeil étant le plus impacté. »

Dans la population suisse, les douleurs lombaires et cervicales dominent.

Source: manassanant/stock.adobe.com



3 Anatomie de la colonne vertébrale

La colonne vertébrale est un empilement d'os qui forment le squelette axial. Les vertèbres, 24 au total, le sacrum et le coccyx sont les structures osseuses qui contribuent de manière essentielle à la fois à la stabilité et à la flexibilité de la partie axiale du corps. Les ligaments et les muscles soutiennent ces fonctions en assurant le haubanage et la mobilité. La partie centrale de la colonne vertébrale forme le canal rachidien qui entoure et protège la moelle épinière, une structure délicate qui fait partie du système nerveux central [15].

Vue de face, la colonne vertébrale saine se présente comme une structure rectiligne. De profil, elle présente une double courbe en S. Au niveau des vertèbres cervicales et lombaires, elle présente une courbure concave (lordose), et une courbure convexe (cyphose) au niveau de la co-

lonne vertébrale thoracique ainsi que du sacrum et du coccyx (fig. 1) [15].

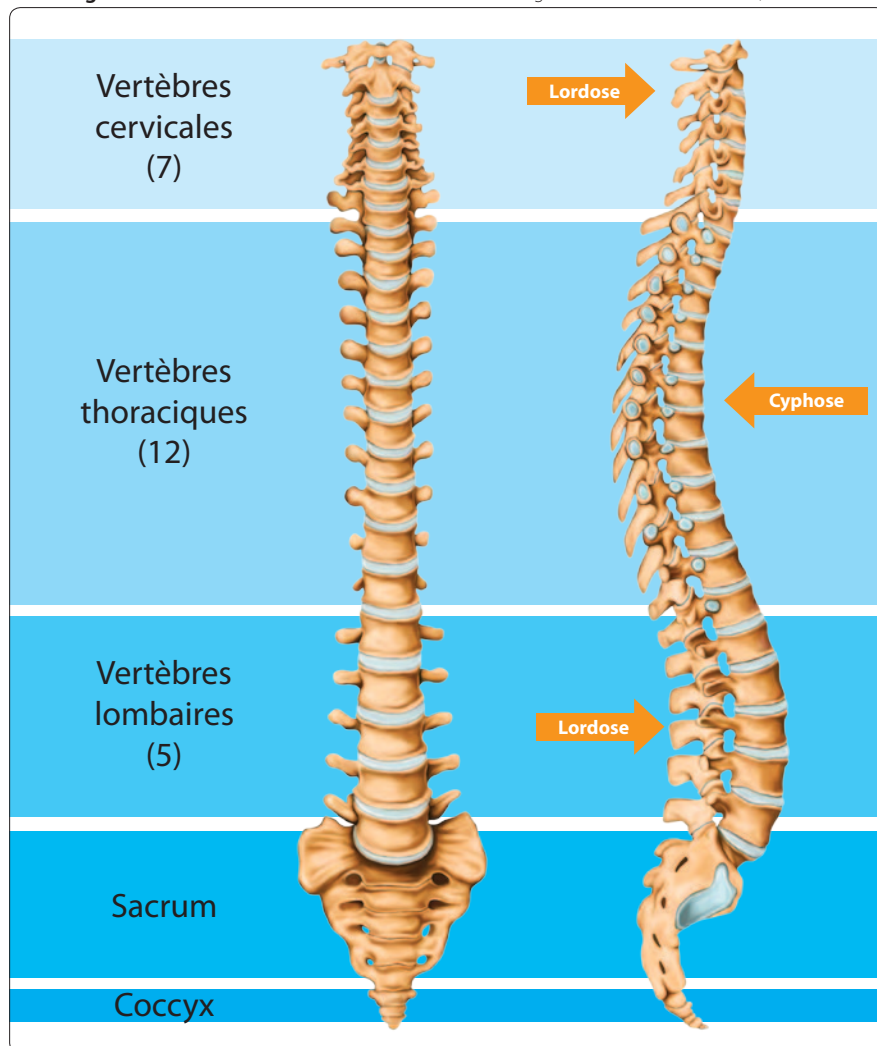
3.1 Corps vertébraux

La colonne vertébrale cervicale est constituée de 7 vertèbres, la colonne vertébrale thoracique de 12, et la colonne vertébrale lombaire de 5. Elles sont toutes composées des mêmes éléments structurels – un corps vertébral à l'avant, un arc vertébral à l'arrière, une apophyse épineuse dorsale, des apophyses transverses bilatérales ainsi que des apophyses articulaires supérieures et inférieures (fig. 2). Pour remplir leur fonction respective, les éléments structurels diffèrent entre les 3 sections de la colonne vertébrale. La première vertèbre cervicale, la plus grande de ce segment – l'atlas,

C1, en forme d'anneau – forme, avec la deuxième vertèbre cervicale – axis, C2 – une articulation pivot avec le crâne permettant une grande amplitude de mouvements de la tête (C0 [occiput]/C1 flexion/extension; C1/C2 rotations). Au niveau du segment thoracique, les corps vertébraux portent latéralement, de chaque côté, des facettes articulaires – une sur les apophyses transverses et deux, une inférieure et une supérieure, sur le corps vertébral – pour les côtes (articulations costo-vertébrales). Pour supporter le poids du corps, la dimension – de même que la résistance à la rupture – des vertèbres augmente progressivement du rachis cervical au rachis lombaire, cette augmentation de la taille étant plus marquée au niveau de la colonne lombaire [15].

Le sacrum résulte de la fusion postnatale des 5 vertèbres sacrées, formant ainsi une structure osseuse impaire, médiane et rigide. Il est relié des deux côtés aux os iliaques qui forment le bassin par l'articulation sacro-iliaque. La colonne vertébrale se termine par le coccyx, un os impair, médian et symétrique, qui est composé de 3-6 vertèbres rudimentaires fusionnées [15].

Fig. 1 : Vue d'ensemble de la colonne vertébrale et de la correspondance entre les vertèbres et les segments de la colonne vertébrale. Source: vishalgokulwale – stock.adobe.com (mod. Ines Böhm)



3.2 Appareil ligamentaire de la colonne vertébrale

Les vertèbres sont reliées entre elles par deux ligaments vertébraux longitudinaux. Le ligament longitudinal antérieur (LLA), qui est fixé au périoste de la base du crâne et du bord antérieur de chaque corps vertébral, s'étend jusqu'au coccyx. Il empêche l'hyperextension (flexion vers l'arrière) de la colonne vertébrale et contribue à sa stabilité. Le ligament longitudinal postérieur (LLP) s'attache à la base du crâne et s'étend à l'arrière des corps vertébraux à l'intérieur du canal vertébral jusqu'au sacrum. Il est aussi fixé aux disques intervertébraux. Ce ligament empêche l'hyperflexion de la colonne vertébrale [15].

Contrairement aux ligaments longitudinaux, les ligaments des arcs vertébraux, p.ex. les ligaments intertransversaires, assurent la liaison entre deux vertèbres contigus (chap. 3.5.3).

3.3 Musculature dorsale

La musculature dorsale est répartie en musculature profonde (intrinsèque), intermédiaire et superficielle (extrinsèque). La musculature profonde comprend les muscles fixés directement à la colonne vertébrale. C'est le groupe des muscles érecteurs de la colonne vertébrale, qui comprend les muscles iliocostal, longissimus et épineux qui permettent l'extension et la

8 flexion latérale du rachis. Le groupe des muscles transversaires épineux regroupe les muscles semi-épineux, multifides et rotateurs qui permettent la rotation et la stabilisation du rachis. Le troisième groupe est celui des muscles segmentaires qui s'attachent aux apophyses épineuses des vertèbres voisines (muscles intertransversaires et interépineux) sur un intervalle pouvant aller de 2 à 5 vertèbres. Les muscles intertransversaires sont des muscles courts situés entre les processus transverses des vertèbres, et les muscles interépineux sont des muscles courts situés entre les processus épineux des vertèbres (fig. 3 et 4). L'ensemble de ces muscles permettent la stabilisation de la colonne vertébrale et la flexion latérale, l'extension active ainsi que la rotation. Les muscles érecteurs du rachis s'insèrent également à la base du crâne, sur les côtes et la crête iliaque. Les muscles profonds sont entourés de deux fascias (fascia nuchæ et fascia thoracolumbalis) qui les séparent des muscles sus-jacents [15].

Outre les muscles dorsaux profonds, le plancher pelvien, les muscles de la paroi abdominale et les muscles de la paroi thoracique jouent également un rôle important dans la stabilité et les mouvements du dos [15].

3.4 Nerfs

La moelle épinière fait partie du système nerveux central. Ce cordon situé dans le canal vertébral

Fig. 2 : Représentation schématique de la structure d'un corps vertébral (d'après [15])

Source : 7activestudio – stock.adobe.com (mod. Ines Böhm)

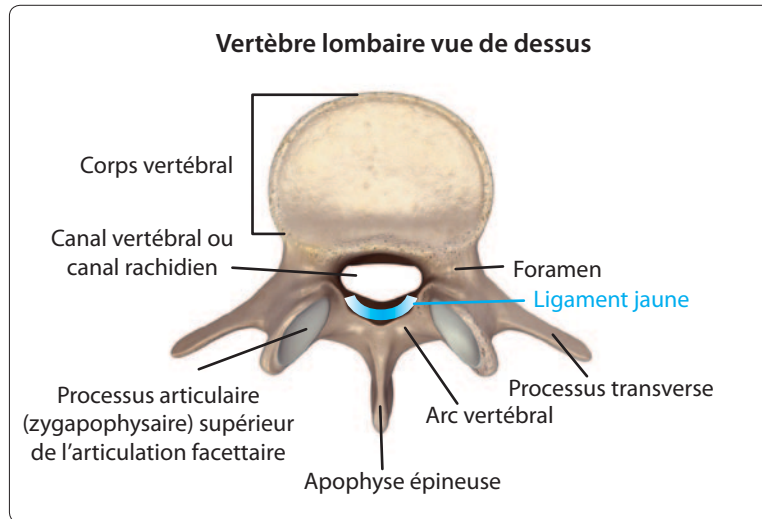
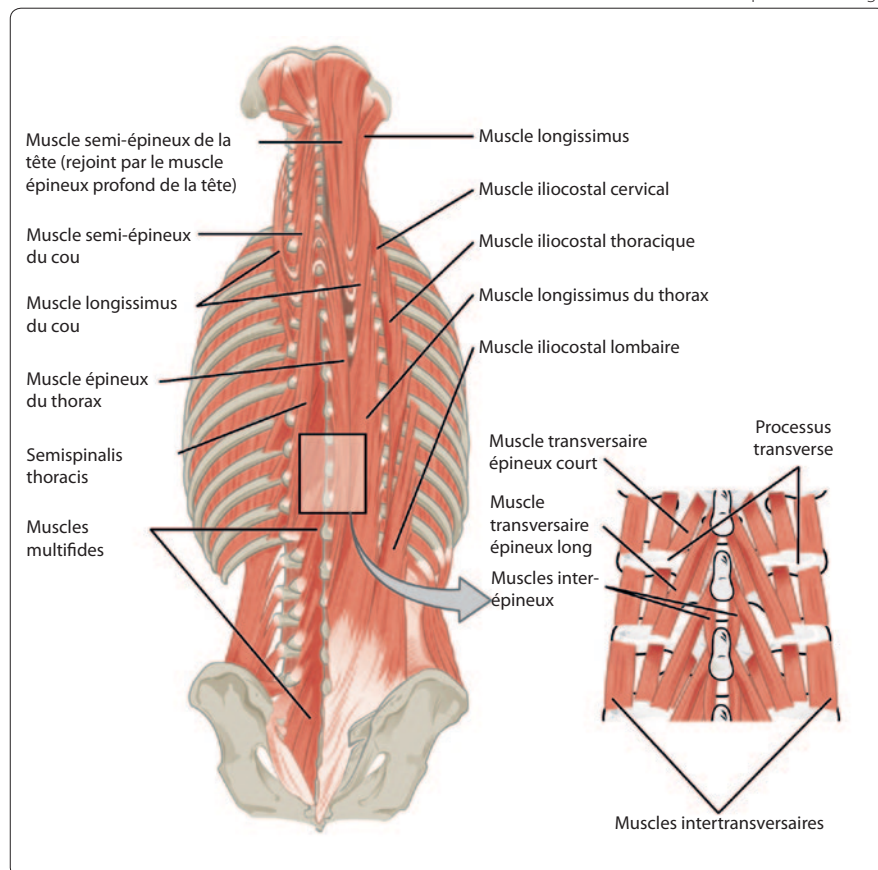


Fig. 3 : Représentation schématique de la musculature intrinsèque (profonde) dorsale

Source : wikimedia/OpenStax College



prolonge le tronc cérébral et assure la liaison entre le cerveau et les nerfs périphériques avec une transmission des informations descendante et ascendante. Ses fonctions vont toutefois au-delà de la simple transmission des stimuli et comprennent également le contrôle autonome de l'activité musculaire par des arcs réflexes ainsi que la modulation des stimuli douloureux (chap. 4) [15].

La moelle épinière a une forme cylindrique. Entre le crâne et la première vertèbre cervicale, ainsi que resp. entre deux vertèbres et le sacrum, elle donne naissance à 31 paires de nerfs qui sont resp. assignés aux segments cervicaux, thoraciques, lombaires et coccygiens. Les nerfs rachidiens sont issus de la réunion des racines nerveuses postérieures et antérieures au niveau des ganglions rachidiens. Ces ganglions contiennent le corps cellulaire des neurones formant le nerf. Les nerfs rachidiens sortent de la colonne vertébrale par les ouvertures formées par les vertèbres superposées (foramens intervertébraux, fig. 2 et 5) pour se diriger vers la zone qu'ils innervent. La racine nerveuse antérieure transmet les impulsions motrices à la musculature périphérique par l'intermédiaire de fibres nerveuses efférentes, tandis que la racine nerveuse postérieure fournit des informations sensibles à la moelle épinière. La moelle épinière se termine à peu près à la hauteur de la deuxième vertèbre lombaire et se transforme en un faisceau de racines nerveuses qui ressemble à une queue de cheval (*cauda equina*), encore située dans le canal rachidien [15].

3.5 Unité fonctionnelle de la colonne vertébrale

Chacune des voies sensibles afférentes d'un segment correspond à une zone spécifique de la surface du corps avec ses récepteurs senso-