

# Mal de dos

Diagnostic clinique en 15 minutes



**Ligue suisse  
contre le rhumatisme**

Notre action - votre mobilité

# Sommaire

[Cliquez sur « Contenu »](#)  
pour ressortir du texte  
et revenir ici.

<b>1</b>	<b>Nomenclature</b>	
1.1	Douleur aiguë – Douleur subaiguë – Douleur chronique	3
1.2	Douleur vertébrale – Douleur spondylogène – Syndromes neurogènes	3
1.3	Douleurs dorsales non spécifiques – spécifiques	3
<b>2</b>	<b>Diagnostic différentiel des douleurs dorsales</b>	
2.1	Statiques-mécaniques (non inflammatoires)	5
2.2	Inflammatoires	5
2.3	Autres maladies de la colonne vertébrale	5
2.4	Autres	5
<b>3</b>	<b>Diagnostic</b>	
3.1	Anamnèse	6
3.2	Clinique	7
3.2	Clinique	7
3.3	Radiologie	9
3.4	Analyses de laboratoire	11
<b>4</b>	<b>Traitement</b>	
4.1	Douleurs dorsales aiguës	12
4.2	Douleurs dorsales chroniques	12
4.3	Douleurs dorsales spécifiques	13

# 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. Diversité des troubles au niveau de la sensibilité, moteurs, vasomoteurs ou végétatifs.
- Douleur neurogène (radiculaire)  
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 (par exemple, fissure de l'annulus). C'est la raison pour laquelle les syndromes radiculaires réagissent souvent bien aux syndromes stéroïdes systémiques, voire mieux, aux stéroïdes locaux.  
Causes possibles :
  - *Hernie discale*
  - *Sténose spinale (hyperplasie des facettes articulaires et du ligament jaune, 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 borrelies, neuropathie fémorale en cas de diabète)*
  - *Syndrome de la queue de cheval*
  - *Ganglion facettaire*

## 1.3 Douleurs dorsales non spécifiques – spécifiques

**Douleurs dorsales non spécifiques** : dans la mesure du possible, il est préférable de ne pas utiliser l'expression courante « douleurs dorsales non spécifiques », car un examen plus précis permet généralement d'identifier une cause mécanique-statique. De plus, cette désignation peut être préjudiciable sur le plan juridique du fait que les douleurs dorsales non spécifiques ne sont pas considérées comme une maladie dans le droit des assurances sociales.

**Douleurs dorsales spécifiques** : Mise en évidence de troubles/maladies cliniques ou radiologiques. Le plus souvent, causes d'origine fonctionnelle et biomécanique (p. ex. blocage intervertébral) et modifications dégénératives (ostéochondrose, spondylarthrose, hernie discale, sténose du canal rachidien ou foraminale). Plus rarement, maladies rhumatismales inflammatoires et métaboliques, fractures (ostéoporose ou traumatisme), néoplasies ou infections.

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

	<b>Symptômes principaux</b>	<b>Examen clinique</b>
Syndrome discogène	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Renforcement de la douleur à la flexion ou en position assise</li> <li>■ Douleur à la toux localisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tests de provocation de la douleur par flexion</li> <li>■ 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)</li> </ul>
Syndrome facettaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nature de la douleur parfois similaire aux douleurs provoquées par les poussées d'arthrose (douleurs au repos, soulagement lors des mouvements)</li> <li>■ Irradiation vers les fessiers, l'aîne ou, plus rarement, la face postérieure de la cuisse ou la nuque et les extrémités supérieures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tests de provocation de la douleur par extension, rotation et inclinaison latérale combinées (vertèbres lombaires et cervicales)</li> <li>■ Tests de provocation de la douleur par relevé du tronc à partir de la position en décubitus ventral</li> <li>■ Examen segmentaire</li> </ul>
Syndrome d'instabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tests de provocation de la douleur par secousses et mouvements brusques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rythme spinal anormal ou réflexe d'appui sur les cuisses lors du redressement du tronc à partir de la position en flexion du tronc</li> </ul>
ASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Douleurs au niveau des lombaires et des fesses</li> <li>■ Irradiation vers la région dorsale</li> <li>■ Év. douleur inguinale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Signes ASI (tests de stress positifs, blocage)</li> </ul>

## 2 Diagnostic différentiel des douleurs dorsales

### 2.1 Statiques-mécaniques (non inflammatoires)

- Syndromes musculaires (myofasciaux) (p. ex. insuffisance posturale, « syndrome du piriforme »)
- Troubles fonctionnels segmentaux
- Syndrome facettaire
- ASI
- Instabilité segmentaire (p. ex. spondylolisthésis consécutive à une spondylolyse)
- Modifications 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, postinfectieuse)
- Syndrome d'hypermobilité
- Hyperostose vertébrale ankylosante (DISH = Maladie de Forestier)

### 2.2 Inflammatoires

- Spondylarthropathies
  - *Spondylarthritis ankylosante (maladie de Bechterew)*
  - *Spondylarthritis psoriasique*
  - *Arthrite réactionnelle (syndrome de Reiter)*
  - *Spondylarthropathies entéropathiques*
    - *Maladie de Crohn*
    - *Rectocolite ulcéro- hémorragique*
  - *Spondylarthritis non différenciée*
- Arthrite rhumatoïde (rachis cervical)

### 2.3 Autres maladies de la colonne vertébrale

- Fractures ostéoporotiques ou traumatiques
- Maladie des dépôts de cristaux de pyrophosphate (chondrocalcinose), p. ex. crowned dens syndrome, goutte
- Spondylodiscite
- Ostéomalacie
- Hyperparathyroïdie
- Maladie de Paget (Osteitis deformans)

### 2.4 Autres

- Affections neurologiques (radiculite, affection de la moelle, myélopathie)
- 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
Phase de dérouillage	Raideur matinale > 30 minutes
Douleurs intermittentes / récidivantes	Douleurs nocturnes, douleurs au repos
Douleurs à l'effort	Amélioration lors des mouvements
Douleurs au mouvement et selon la position	Douleurs non liées à l'effort et à la position
Aucun symptôme d'inflammation	Symptômes d'inflammation systémique tels que dégradation de l'état général, perte de poids, sueurs nocturnes
Aucun symptôme associé	Symptômes associés (articulations périphériques, peau, yeux, gastro-intestinaux [diarrhée], urogénitaux)

#### 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 douleurs dorsales avant 20 ans et après 50 ans
- Perte de poids inexplicquée
- 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, dysfonction de la vessie et du rectum, anesthésie en selle = syndrome de la queue de cheval)
- Douleurs aux secousses

#### 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
- 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

### 3.2.2 Palpation

Douleur à la palpation, tonus musculaire, points gâchette

#### **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 triggerpoints (douleurs localisées et irradiantes à la pression ponctuelle, localisations reproductibles dans le muscle).

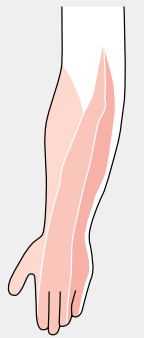
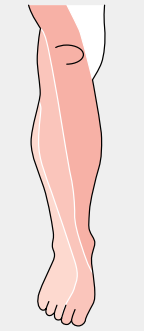
### 3.2.3 Examen rhumatologique axé sur le problème

- Position du bassin et de la ceinture scapulaire : raccourcissement du membre inférieur vs. torsion du bassin
- Mobilité : flexion (latérale) (distance menton-sternum, distance paroi occipital (= 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, douleur à la pression : signes d'une cause inflammatoire, fracture
- Test du lever de bras vers l'avant : 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

- Signe de Lasègue, signe de Lasègue inversé, signe de Lasègue croisé : signe d'un syndrome radiculaire
- Réflexe du tendon du biceps, réflexe du tendon du triceps, réflexe du tendon patellaire, réflexe du tibial postérieur, réflexe du tendon d'Achille (symétrie)
- Test de Spurling rachis cervical : réclination et rotation sur le côté touché avec légère pression axiale – positif si des douleurs radiculaires peuvent être provoquées dans le bras
- Sensibilité selon 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 M. brachio-radialis	Réflexe bicipital
	C7		M. triceps brachii M. pronator teres M. pectoralis major	Réflexe tricipital
	C8		Mm. interossei	Réflexe tricipital
Colonne lombaire	L4		M. quadriceps femoris	Réflexe patellaire
	L5		M. extensor hallucis longus M. gluteus medius	Réflexe du tibial postérieur
	S1		M. triceps surae	Réflexe achilléen

### 3.2.5 Signes de Waddell

Les signes de Waddell peuvent pointer des causes de douleur non organiques :

- **Sensibilité à la pression**
  - *Superficielle* : au-delà de la zone sensible
  - *Profonde* : pas seulement lombaire, mais aussi au niveau du bassin, etc.
- **Manœuvre simulée**
  - *Pression* : légère pression sur la tête
  - *Rotation du tronc* : bassin et épaules simultanément
- **Distraction**
  - *Signe de Lasègue en position assise*
- **Neuroanatomie**
  - *Faiblesse* : motrice, non liée à un dermatome
  - *Trouble de la sensibilité* : sensible, non lié à un dermatome
- **Réaction exagérée**
  - *Prendre appui, froter, gémir*

Suspicion d'extension des symptômes si > 3 points sont positifs



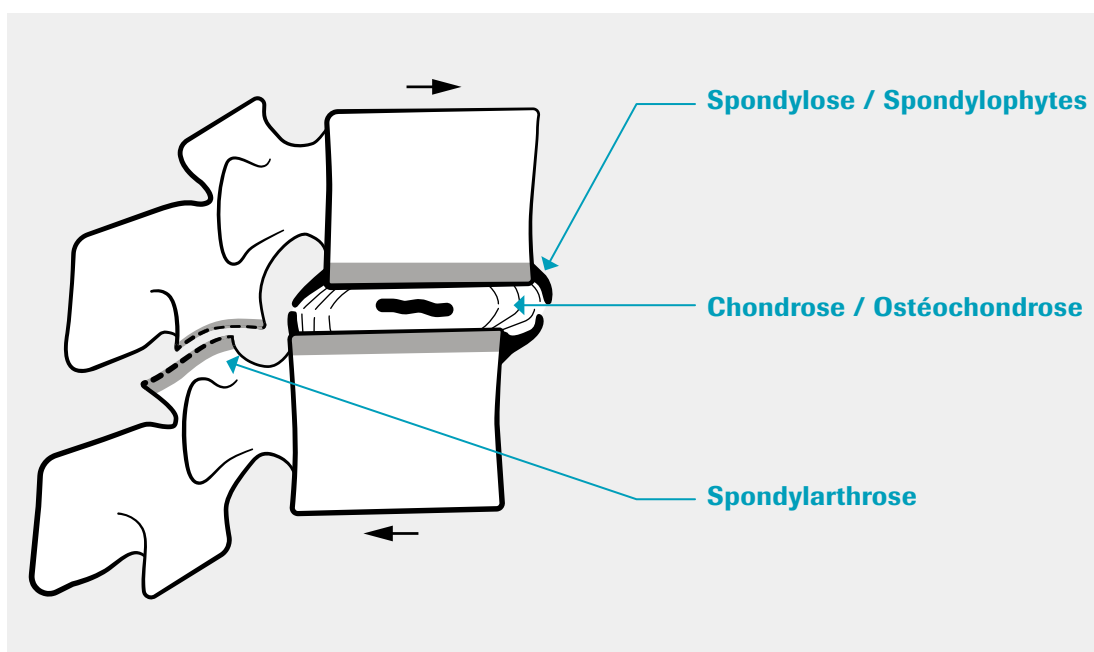
### 3.3 Radiologie

#### 3.3.1 Checklist imagerie (incomplète) :

- Forme (scoliose, cyphose, hyperlordose)
- Alignement (spondylolisthesis, spondylolyse)
- Anomalies transitionnelles
- Corps vertébraux (forme, hauteur, différences de densité, plateaux vertébraux supérieures et inférieures)
- 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 supérieures / inférieures contiguës
- Spondyloses / spondylophytes / syndesmophytes :
  - Régénération osseuse sur les bords des vertèbres
- Spondylarthrose :
  - Arthrose des articulations postérieures
- 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 la concavité)
- Clichés fonctionnels, clichés obliques uniquement en cas 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 6<sup>e</sup> 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*
  - *Persistence des symptômes dans le cadre d'une radiculopathie après 4 semaines si intervention invasive prévue*
  - *Spondylarthropathies*
  - *Maladies infectieuses*
  - *Suspicion de tumeur*
  - *Persistence 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** :

- *Évolution 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 supérieures et inférieures) 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 (crowned dens)
- Scintigraphie y compris TEMP, myélographie et CT-myélographie, discographie en cas de question spécifique

### **3.4 Analyses 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 ev. Lc diff*
  - *Créatinine*
  - *Phosphatase alc., GPT ou gamma-GT pour écarter une maladie hépatique*
  - *Calcium (albumine corrigée)*
  - *Électrophorèse des protéines ou immuno-électrophorèse*
  - *Analyse d'urine*

HLA B27 uniquement en cas de suspicion d'une spondylarthrite.

Les sérologies ne sont généralement pas pertinentes dans la clarification des douleurs dorsales.

## 4 Traitement

### 4.1 Douleurs dorsales aiguës

#### 4.1.1 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
- Traiter efficacement la douleur

#### 4.1.2 Mesures pharmacologiques

- Analgésiques (paracétamol, Novalgin® ; codéine, tramadol et autres opioïdes en cas de douleurs musculo-squelettiques avec précaution)
- Antirhumatismaux non stéroïdiens
- Stéroïdes en cas de compression radiculaire
- Év. myorelaxants sur une courte durée

Les douleurs dorsales chroniques ne constituent généralement pas une indication pour un traitement aux opioïdes.

#### 4.1.3 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
- Éviter les mesures médicales inutiles

#### 4.2.1 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 tronc, 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
- Évaluation 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 !**

### **4.3 Douleurs dorsales spécifiques**

#### **4.3.1 Mesures thérapeutiques (exemples) :**

- Dégénératives :
  - *Physiothérapie de stabilisation*
  - *Infiltrations en cas de spondylarthrose symptomatiques et de syndromes neurogènes (p. ex. infiltration épidurale transforaminale, infiltration facettaire)*
  - *Spondylodèse en cas de syndrome d'instabilité réagissant insuffisamment aux mesures conservatrices*
- Inflammatoires :
  - *Gymnastique de mobilisation, antirhumatismaux non stéroïdiens et – si l'efficacité est insuffisante – traitement aux médicaments biologiques en cas de spondylarthrite axiale active*
- Ostéoporotiques :
  - *L'ostéoporose n'est pas douloureuse en soi, douleurs uniquement en cas de fractures et de suites de fractures*
  - *Fracture récente : mobilisation selon les symptômes, analgésiques, calcitonine et – si l'efficacité est insuffisante – vertébroplastie/kyphoplastie ; examens complémentaires et notamment évaluation du traitement de l'ostéoporose*

## **Impressum**

### **Responsabilité scientifique 2019**

Dr méd. Thomas Langenegger, Baar (direction)

Dr méd. Adrian Forster, Zurich

Dr méd. Wolfgang Czerwenka, Wettingen

### **Secrétariat**

Valérie Krafft, directrice, Ligue suisse contre le rhumatisme

Cornelia Schwager, Ligue suisse contre le rhumatisme

### **Organisateur**

Ligue suisse contre le rhumatisme

Josefstrasse 92, 8005 Zurich

Tél. 044 487 40 00

[update@rheumaliga.ch](mailto:update@rheumaliga.ch)

En collaboration avec la Société suisse de rhumatologie



**Ligue suisse  
contre le rhumatisme**  
Notre action – votre mobilité