

Rachialgie IC-94

- Connaître les définitions des rachialgies : cervicalgie, dorsalgie, lombalgie
- Connaître les prévalences des rachialgies : cervicalgie, dorsalgie, lombalgie
- Savoir interroger un patient et l'examiner devant une rachialgie
- Connaître les principaux mécanismes à l'origine d'une rachialgie commune
- Connaître les facteurs de risque de rachialgie
- Savoir demander à bon escient une imagerie devant une rachialgie
- Connaître les arguments en faveur d'une rachialgie secondaire conduisant à la pratique d'examens complémentaires (IRM)
- Connaître les facteurs favorisants d'une évolution vers la chronicité d'une rachialgie
- Connaître les principales étiologies d'une rachialgie secondaire
- Connaître les autres étiologies d'une rachialgie secondaire
- Connaître les étiologies d'une rachialgie compliquée
- Connaître les grands principes de prise en charge d'un sujet souffrant d'une rachialgie aiguë ou chronique
- Savoir quels traitements prescrire à un sujet souffrant d'une rachialgie aiguë ou rachialgie chronique. Avoir une vision rigoureuse de l'efficacité ou de l'inefficacité des nombreux traitements qui peuvent être proposés
- Diagnostic différentiel : connaître les causes extrarachiennes des lombalgies
- Connaître la démarche diagnostique devant une sacralgie
- Connaître la démarche diagnostique devant une coccygodynie

Connaître les définitions des rachialgies : cervicalgie, dorsalgie, lombalgie OIC-094-01-A

Rachialgies : douleurs ressenties dans la région rachidienne. **douleur du rachis (cervical, dorsal ou lombaire)**

Classement par **localisation** :

- cervicalgies : douleurs de la région postérieure du rachis cervical
- dorsalgies : douleurs ressenties en regard du rachis thoracique (T1 à T12)
- lombalgies : douleurs situées entre la charnière thoracolombaire et le pli fessier inférieur (*HAS*) (**douleur de la région lombaire**)

Classement selon la **durée** :

- aiguë : < 6 semaines
- sub-aiguë : de 6 semaines à 3 mois
- chronique : > 3 mois (**douleur chronique**)

Classement selon l'**étiologie** :

- lombalgie commune (non spécifique)
- lombalgie symptomatique (secondaire à une pathologie aiguë ou chronique)

Classement selon l'**évolution** : nouvelle classification

- **poussée aiguë de lombalgie** : de novo ou sur lombalgie chronique ou récidivante
- **lombalgie chronique** : > 3 mois (**douleur chronique**)
- **lombalgie récidivante** : récidive dans les 12 mois

Connaître les prévalences des rachialgies : cervicalgie, dorsalgie, lombalgie OIC-094-02-B

Cervicalgies : 2/3 population concernés dans leur vie. Prévalence entre 2 et 11%.

Dorsalgies : plus rare, 5 à 10 % des consultations en rhumatologie.

Lombalgies communes :

- Prévalence = 1/4 à 1/3 de la population générale. Incidence : 60 à 90%
 - Trouble musculo-squelettique le plus fréquent
 - Affection la plus invalidante au monde (nb j de douleurs, de handicap ou d'arrêt de travail) (**situation de handicap**)
- Coût majeur pour la société (formes chroniques 10 % = 80 % des coûts)

Savoir interroger un patient et l'examiner devant une rachialgie OIC-094-03-A

Interrogatoire : évaluation et prise en charge de la douleur aiguë + chronique

- **caractériser la douleur**
 - siège : rachis cervical/dorsal/lombaire **douleur du rachis (cervical, dorsal ou lombaire)**
 - irradiations (**douleur cervico-faciale, douleur pelvienne, testiculaire**)
 - mode et circonstances d'apparition : traumatisme, micro-traumatismes, sédentarité, prise de poids, accident de travail
 - impulsivité à la toux, à la défécation
 - horaire mécanique ou inflammatoire (réveils nocturnes, dérouillage matinal, pire moment la nuit et/ou le matin)
 - facteurs aggravants : mouvements, activité physique/repos
 - facteurs atténuants : activité physique/repos, cyphose, AINS, antalgiques simples
 - intensité : EVA, ENS
 - mode évolutif : permanent, par crises
 - durée d'évolution
 - retentissement sur les activités et la participation (vie quotidienne, loisirs, travail) : interrogatoire, autoquestionnaire (Québec, Dallas, Oswestry)
 - signes associés : radiculalgie, troubles vésico-sphinctériens, anesthésie en selle, vertiges, céphalées
 - efficacité des traitements antérieurs et actuels
- rechercher les **drapeaux rouges** (cf plus bas)
- rechercher d'autres signes articulaires et extra-articulaires orientant vers une atteinte inflammatoire : antécédents familiaux ou personnels de rhumatismes inflammatoires ou maladies auto-immunes, arthralgies ou arthrite périphériques, enthésites (talon, bassin), signes associés (diarrhée, inflammation oculaire, psoriasis)
- rechercher un déconditionnement à l'effort (**identifier une situation de déconditionnement à l'effort**)
- rechercher les facteurs de risque de chronicisation des lombalgies/cervicalgies communes : facteurs psycho-sociaux

Examen rachidien

- mesure de la taille et la perte de taille par rapport à l'âge de 20 ans
- à l'inspection :
 - recherche d'une déformation rachidienne : dans un plan frontal (gîte latérale), dans un plan sagittal (hypo/hypercyphose, hypo/hyperlordose, gîte antérieure) et dans un plan axial (gibbosité) (**déformation rachidienne**), asymétrie de positionnement des épaules, des omoplates, des plis de taille ou du bassin
 - recherche d'une attitude antalgique avec contracture ou d'une attitude scoliotique
 - recherche d'une inégalité de longueur des membres inférieurs
 - recherche d'un trouble de la marche
- à la palpation : recherche d'une douleur du rachis, des muscles paravertébraux ou des sacro-iliaques, d'une sonnette
- à la mobilisation :
 - recherche d'une raideur rachidienne segmentaire et/ou globale : syndrome rachidien, distance menton-sternum, distance menton-acromion, distance tragus-acromion, distance doigts-sol, indice de Schöber (raideur articulaire), extensibilité des muscles des membres inférieurs (plans antérieurs et plans postérieurs)
 - recherche de signes de conflit disco-radiculaire : signe de Lasègue direct ou indirect (sciatalgie) ou de Léri (cruralgie), radiculalgie en hyperextension, sonnette radiculaire

Examen extra-rachidien :

- rechercher les **drapeaux rouges** (cf plus bas)
- examen des articulations périphériques
- examen neurologique des quatre membres
- recherche de signes d'insuffisance vertébro-basilaire
- examen thoraco-abdominal (éliminer une origine viscérale aux dorsalgies)

Connaître les principaux mécanismes à l'origine d'une rachialgie commune OIC-094-04-B

Éléments orientant vers une origine DISCALE

- âge 25-50 ans ;
- facteur associé : effort ou traumatisme ;
- antécédents de lumbago d'évolution rapidement favorable ;
- examen physique : syndrome discal associant lombalgie médiane, mécanique, impulsive, exacerbée à l'hyperextension, syndrome rachidien.

Complications = radiculaire, syndrome de la queue de cheval.

Éléments orientant vers une origine INTERAPOPHYSAIRE

- âge > 50 ans ;
- lombalgie médiane ou unilatérale, de caractéristique mécanique, exacerbée au piétinement ou à la station debout/assise prolongée
- douleurs référées à distance, sans trajet précis : fesses, cuisses, épines iliaques ;
- examen physique pauvre : hyperesthésie de ces zones douloureuses au « palper-rouler », pas de syndrome discal, syndrome rachidien rare.

Complications = canal lombaire rétréci avec claudication radiculaire (apparition d'une difficulté à la marche, **claudication intermittente d'un membre**).

Connaître les facteurs de risque de rachialgie OIC-094-05-B

Facteurs associés à la lombalgie commune et cervicalgie commune

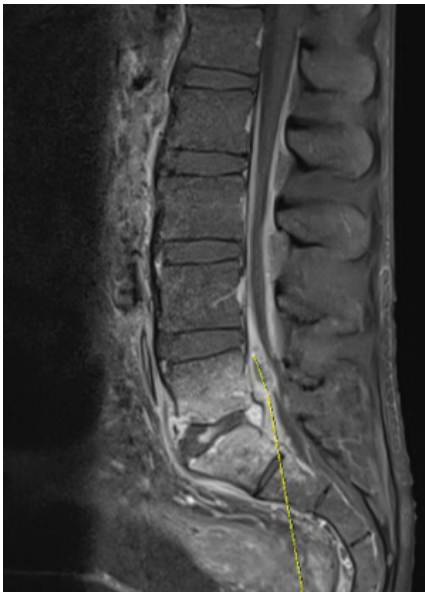
- traumatismes ou microtraumatismes répétés, postures prolongées dans les loisirs ou le travail (**prévention des risques professionnels, identifier les conséquences d'une pathologie/situation sur le maintien d'un emploi**)
- sédentarité
- obésité (*lombalgies uniquement*)
- troubles de la statique rachidienne (**déformation rachidienne**)
- tabagisme
- antécédents familiaux

Savoir demander à bon escient une imagerie devant une rachialgie OIC-094-06-A

demande d'un examen d'imagerie

POUSSEE AIGUË de LOMBALGIE

- aucune imagerie avant la 7^{ème} semaine SAUF :
 - **drapeaux rouges** : IRM du rachis lombaire (+ NFS, CRP, VS)



IRM du rachis lombaire (vue sagittale, séquence pondérée T1 en saturation de graisse avec injection de gadolinium) : spondylodiscite infectieuse L5-S1

- en l'absence d'amélioration à la 7^{ème} semaine : IRM du rachis lombaire ± radiographies du rachis lombaire F + P (si trouble de la statique ou recherche d'instabilité)

LOMBALGIES COMMUNES CHRONIQUES

- IRM du rachis lombaire (TDM si contre-indication)
- ± radiographies du rachis lombaire F + P (si trouble de la statique ou recherche d'instabilité)

DEVANT TOUTE DORSALGIE (= drapeau rouge)

- radiographies rachis dorsal F + P et autres selon orientation diagnostique

CERVICALGIES AIGÜES

- **aucune imagerie avant la 7^{ème} semaine SAUF :**
 - **drapeaux rouges** : IRM du rachis cervical (+ NFS, CRP, VS)
 - **si contexte d'entorse cervicale** : clichés dynamiques à distance (profil en flexion et extension) + charnière cervico-occipitale



Radiographie simple du rachis cervical de profil : bloc cervical congénital C4-C5

CERVICALGIES CHRONIQUES

- **si pas de radiculalgie** : radio du rachis cervical F + P + 3/4 (IRM en 2^{ème} intention)
- **si radiculalgie ou geste invasif envisagé** : IRM cervicale
- **si contexte d'entorse cervicale** : clichés dynamiques à distance (profil en flexion et extension) + charnière cervico-occipitale

Connaître les arguments en faveur d'une rachialgie secondaire conduisant à la pratique d'examens complémentaires (IRM) OIC-094-07-A

DRAPEAUX ROUGES = signes d'alarme à rechercher systématiquement (HAS mars 2019) → Orientent vers une rachialgie secondaire = examens complémentaires (IRM rachidienne du segment concerné, radiographies du rachis lombaire F + P + bassin F ou rachis dorsal F + P ou rachis cervical F + P + 3/4 D et G, NFS, CRP ± VS ± examens spécifiques)

- **Douleur de type non mécanique** : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit

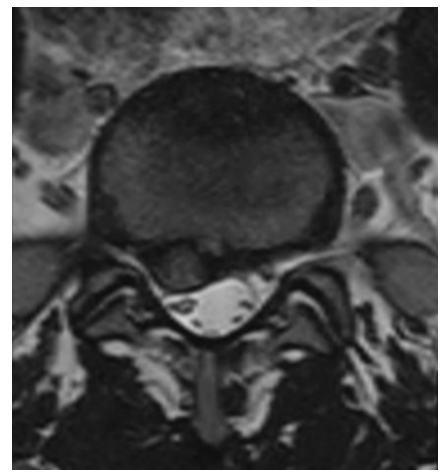
→ rechercher maladie inflammatoire, néoplasie, infection = bilan inflammatoire, imagerie... **syndrome inflammatoire aigu ou chronique**

- **Symptôme neurologique étendu** (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval) **anomalie de la miction, rétention aiguë d'urines, troubles sexuels et troubles de l'érection, déficit neurologique sensitif et/ou moteur**

→ IRM rachidienne en urgence



IRM du rachis lombaire : hernie discale L5-S1 droite en cours d'exclusion



IRM du rachis lombaire : hernie discale L5-S1 droite en cours d'exclusion

- **Paresthésie au niveau du pubis** (ou périnée)
- **Traumatisme important** (traumatisme rachidien, chute de la personne âgée)

→ rechercher fracture = imagerie

- **Perte de poids** inexpliquée , **altération de l'état général** , antécédent de **cancer**, présence d'un **syndrome fébrile** (hyperthermie/fièvre)

→ rechercher néoplasie, infection (tuberculose) = biologie et imagerie

- Usage de **drogue** intraveineuse, ou usage prolongé de **corticoïdes** (par exemple thérapie de l'asthme), immunodépression

→ rechercher infection = biologie et imagerie

- **Déformation** structurale importante de la colonne (**déformation rachidienne**)

→ radiographies, IRM

- **Douleur thoracique** (rachialgies dorsales)

→ suspect en soi d'une origine secondaire, d'origine thoraco-abdominale = anévrisme de l'aorte, pathologie pulmonaire...

- **Âge d'apparition < 20 ans ou > 55 ans**

→ rechercher ostéopathie fragilisante, tumeur, maladie inflammatoire = biologie et imagerie

Connaître les facteurs favorisant d'une évolution vers la chronicité d'une rachialgie OIC-094-08-B

DRAPEAUX JAUNES = Facteurs de risque de passage à la chronicité

- o Problèmes émotionnels : anxiété, dépression (**anxiété, humeur triste/douleur morale**), isolement
- o Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos (fausses croyances quant à l'activité physique et/ou au travail)
- o Comportements douloureux inappropriés, tendance passive (par exemple : catastrophisme, évitement)
- o Problèmes liés au travail : conflit, insatisfaction, arrêt de travail, accident de travail, maladie professionnelle

DRAPEAUX NOIRS = Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

- o Absence de mesures facilitant le retour ou le maintien à l'emploi : politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste
- o Insécurité financière
- o Critères du système de compensation
- o Incitatifs financiers
- o Manque de contact avec le milieu de travail
- o Durée de l'arrêt de travail : après de 2 ans d'arrêt de travail, la probabilité d'un retour au travail est de 0%

Connaître les principales étiologies d'une rachialgie secondaire OIC-094-09-A

ÉTIOLOGIES principales (*rang A*) des rachialgies secondaires :

- o tumorales : métastases (rarement cancer primitif) (**découverte d'une anomalie osseuse et articulaire à l'examen d'imagerie médicale**)
 - o infectieuses : spondylodiscite, mal de Pott (si spondylodiscite tuberculeuse) (amaigrissement, asthénie, **syndrome inflammatoire aigu ou chronique, hyperthermie/fièvre**)
 - o inflammatoires : spondylarthrite ankylosante (**syndrome inflammatoire aigu ou chronique**)
 - o traumatique : fracture vertébrale et luxation traumatique (clichés dynamiques à distance, sans oublier la charnière cervico-occipitale) (**traumatisme rachidien, chute de la personne âgée**)
 - o fracture vertébrale ostéoporotique (**déformation rachidienne**)
 - o viscérales : si dorsalgies
-

Connaître les autres étiologies d'une rachialgie secondaire OIC-094-10-B

Autres ÉTIOLOGIES (*rang B*) des rachialgies secondaires :

- o chondrocalcinose, rhumatisme à apatite (calcifications péri-odontoïdiennes ou discales), polyarthrite rhumatoïde (**découverte d'une anomalie osseuse et articulaire à l'examen d'imagerie médicale**)
 - o neurologiques : tumeur intrarachidienne ou de la fosse postérieure (cervicalgies)
 - o douleurs référées d'origine ORL ou cervicale antérieure (cervicalgies) (**découverte d'une anomalie cervico-faciale à l'examen d'imagerie médicale**)
-

Connaître les étiologies d'une rachialgie compliquée OIC-094-11-B

EN PREAMBULE :

Le terme de « rachialgie compliquée » désigne ici les causes complexes des lombalgies communes chroniques, et non les différentes causes de lombalgies secondaires. On lui préférera le terme de « rachialgie complexe ».

Les étiologies de la rachialgie complexe sont envisagées comme :

- à la fois causes et conséquences de la lombalgie commune chronique, qui peuvent parfois rejoindre les drapeaux jaunes,
- ce que l'on essaie de prévenir avec le traitement approprié et précoce de la lombalgie,
- ce qui en fait sa gravité.

ETIOLOGIES DE LA RACHIALGIE COMPLEXE :

1. SOCIALES

- Restrictions de participation professionnelle : arrêts de travail prolongés ou répétés, inaptitude au poste de travail, mise en invalidité, précarisation, épuisement au travail
- Restrictions de participation sociale, familiale, culturelle et sportive

2. PSYCHOLOGIQUES

- Anxiété, dépression
- Attitudes de peurs et d'évitement, kinésiophobie (peur du mouvement)
- Mésusage des antalgiques

3. PHYSIQUES GLOBALES

- Déconditionnement à l'effort, prise de poids
- Sédentarité, inactivité physique
- Troubles du sommeil
- Effets secondaires des médicaments antalgiques ou AINS (ex somnolence)

4. RACHIDIENNES

- Douleur intense et/ou persistante, attitude antalgique
- Enraidissement segmentaire et/ou global du rachis
- Perte d'endurance et de force des muscles abdominaux et spinaux
- Incapacité fonctionnelle persistante

Connaître les grands principes de prise en charge d'un sujet souffrant d'une rachialgie aiguë ou chronique OIC-094-12-A

Tableau commun aux intitulés 12 et 13

<p>POUSSEE AIGÜE DE LOMBALGIE</p>	<p><i>Grands principes (rang A)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - RASSURER = expliquer l'évolution favorable des symptômes dans > 90% en une dizaine de jours - ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE = pour prévenir le passage à la chronicité - RESTER PHYSIQUEMENT ACTIF = poursuivre les activités en les adaptant à l'intensité de la douleur, arrêt de travail non systématique, le plus court possible (prescrire un arrêt de travail) - À PROSCRIRE : repos au lit ordonné, arrêt de travail prolongé <p><i>Pour aller plus loin (rang B)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - antalgiques de paliers 1 ou 2 (prescrire des antalgiques) ; de palier 3 : non recommandés - AINS : en l'absence de contre-indication (prescrire des AINS) - ceinture lombaire : possible (prescription d'un appareillage simple, mise en place et suivi d'une contention mécanique) - kinésithérapie : non indiquée pour un épisode aigu isolé - myorelaxants : non recommandés - nefopam et corticoïdes : pas de preuve d'efficacité - consultation de suivi à 2 à 4 semaines (consultation de suivi d'un patient présentant une lombalgie aiguë ou chronique) - suivi en 6 et 12 semaines si facteurs de risque de passage à la chronicité, puis traitement similaire à celui des lombalgies communes chroniques si besoin.
<p>LOMBALGIE CHRONIQUE COMMUNE (consultation de suivi d'un patient présentant une lombalgie aiguë ou chronique)</p>	<p><i>Grands principes (rang A)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : réassurance, lutte contre la sédentarité, intérêt d'une activité physique régulière (modification thérapeutique du mode de vie (sommeil, activité physique, alimentation...), prévention du surpoids et de l'obésité) - MAINTIEN des ACTIVITES PHYSIQUES : choix en fonction de la douleur et des préférences du patient - KINESITHERAPIE (travail actif, étirements des plans sous-pelviens) - Soutien PSYCHOLOGIQUE - ANTALGIE : idem si poussée aigüe de lombalgie - REPRISE des ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES et SOCIALES le plus rapidement possible - 2^{ème} intention : programme de restauration fonctionnelle du rachis (réentraînement à l'effort) : programmes multidisciplinaires le plus souvent en groupe associant kinésithérapie à sec et en balnéothérapie, ergothérapie, activité physique adaptée, prise en charge diététique, soutien psychologique, accompagnement social pour réinsertion socio-professionnelle et éducation thérapeutique. <p><i>Pour aller plus loin (rang B)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - kinésithérapie (prescription d'une rééducation) <ul style="list-style-type: none"> o travail actif (limiter le travail passif) o étirements des plans sous-pelviens o renforcement musculaire (spinaux ++) o verrouillage lombaire, autoexercices o proprioception o reconditionnement physique global et travail aérobie - 2^{ème} intention : programme de restauration fonctionnelle du rachis (réentraînement à l'effort) <p>Bilan pré-programme : mesure des rétractions musculaires (quadriceps et ischio-jambiers), mobilité du rachis lombaire (indice de Schöber), identifier une situation de déconditionnement à l'effort, recherche de la composante émotionnelle (autoquestionnaire Hospital Anxiety and Depression scale [HADS]), de croyances inappropriées (autoquestionnaire Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire [FABQ]), d'un retentissement sur les activités de vie quotidienne (autoquestionnaires de Québec, Dallas ou Oswestry), évaluation de la qualité de vie, test de lever de charge.</p> <ul style="list-style-type: none"> - si douleur neuropathique associée : anti-dépresseurs tricycliques, IRSNA, gabapentinoïdes et neurostimulation électrique transcutanée (TENS) possibles - si radiculalgie associée : infiltration épidurale de corticoïdes en deuxième intention - tractions vertébrales, école du dos : efficacité non démontrée
<p>Cervicalgie AIGÜE commune</p>	<p><i>Grands principes (rang A)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - réassurance - antalgiques de paliers 1 ou 2 ; de palier 3 : non recommandés

	<ul style="list-style-type: none"> - AINS : en l'absence de contre-indication - immobilisation par collier cervical : non-indiquée
	<i>Pour aller plus loin (rang B)</i> <ul style="list-style-type: none"> - kinésithérapie : non-indiquée pour un épisode aigu isolé
Cervicalgie CHRONIQUE commune (consultation de suivi d'une pathologie chronique)	<i>Grands principes (rang A)</i> <ul style="list-style-type: none"> - antalgiques palier 1 ou 2, pas de palier 3 - ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : réassurance, lutte contre la sédentarité, intérêt d'une activité physique régulière - KINÉSITHÉRAPIE : étirements, renforcement musculaire en isométrie, proprioception, auto-exercices et travail actif ++ (<i>rang B</i>) - À PROSCRIRE : immobilisation cervicale continue et prolongée
Dorsalgie AIGUË commune <i>(après radio systématiques + recherche de cause viscérale)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - réassurance - antalgiques de palier 1 voire 2, pas de palier 3 - AINS : en l'absence de contre-indication - kinésithérapie : non-indiquée pour un épisode aigu isolé

Savoir quels traitements prescrire à un sujet souffrant d'une rachialgie aiguë ou rachialgie chronique. Avoir une vision rigoureuse de l'efficacité ou de l'inefficacité des nombreux traitements qui peuvent être proposés OIC-094-13-B

Tableau commun aux intitulés 12 et 13

POUSSEE AIGUË DE LOMBALGIE	<i>Grands principes (rang A)</i> <ul style="list-style-type: none"> - RASSURER = expliquer l'évolution favorable des symptômes dans > 90% en une dizaine de jours - ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE = pour prévenir le passage à la chronicité - RESTER PHYSIQUEMENT ACTIF = poursuivre les activités en les adaptant à l'intensité de la douleur, arrêt de travail non systématique, le plus court possible (prescrire un arrêt de travail) - À PROSCRIRE : repos au lit ordonné, arrêt de travail prolongé
	<i>Pour aller plus loin (rang B)</i> <ul style="list-style-type: none"> - antalgiques de paliers 1 ou 2 (prescrire des antalgiques) ; de palier 3 : non recommandés - AINS : en l'absence de contre-indication (prescrire des AINS) - ceinture lombaire : possible (prescription d'un appareillage simple, mise en place et suivi d'une contention mécanique) - kinésithérapie : non indiquée pour un épisode aigu isolé - myorelaxants : non recommandés - nefopam et corticoïdes : pas de preuve d'efficacité - consultation de suivi à 2 à 4 semaines (consultation de suivi d'un patient présentant une lombalgie aiguë ou chronique) - suivi en 6 et 12 semaines si facteurs de risque de passage à la chronicité, puis traitement similaire à celui des lombalgies communes chroniques si besoin.
LOMBALGIE CHRONIQUE COMMUNE (consultation de suivi d'un patient présentant une lombalgie aiguë ou chronique)	<i>Grands principes (rang A)</i> <ul style="list-style-type: none"> - ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : réassurance, lutte contre la sédentarité, intérêt d'une activité physique régulière (modification thérapeutique du mode de vie (sommeil, activité physique, alimentation...), prévention du surpoids et de l'obésité) - MAINTIEN des ACTIVITÉS PHYSIQUES : choix en fonction de la douleur et des préférences du patient - KINESITHERAPIE (travail actif, étirements des plans sous-pelviens) - Soutien PSYCHOLOGIQUE - ANTALGIE : idem si poussée aiguë de lombalgie - REPRISE des ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES et SOCIALES le plus rapidement possible - 2^{ème} intention : programme de restauration fonctionnelle du rachis (réentraînement à l'effort) : programmes multidisciplinaires le plus souvent en groupe associant kinésithérapie à sec et en balnéothérapie, ergothérapie, activité physique adaptée, prise en charge diététique, soutien psychologique, accompagnement social pour réinsertion socio-professionnelle et éducation thérapeutique.
	<i>Pour aller plus loin (rang B)</i> <ul style="list-style-type: none"> - kinésithérapie (prescription d'une rééducation) o travail actif (limiter le travail passif) o étirements des plans sous-pelviens

	<ul style="list-style-type: none"> o renforcement musculaire (spinaux ++) o verrouillage lombaire, autoexercices o proprioception o reconditionnement physique global et travail aérobic - 2^{ème} intention : programme de restauration fonctionnelle du rachis (réentraînement à l'effort) <p>Bilan pré-programme : mesure des rétractions musculaires (quadriceps et ischio-jambiers), mobilité du rachis lombaire (indice de Schöber), identifier une situation de déconditionnement à l'effort, recherche de la composante émotionnelle (autoquestionnaire Hospital Anxiety and Depression scale [HADS]), de croyances inappropriées (autoquestionnaire Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire [FABQ]), d'un retentissement sur les activités de vie quotidienne (autoquestionnaires de Québec, Dallas ou Owestry), évaluation de la qualité de vie, test de lever de charge.</p> <ul style="list-style-type: none"> - si douleur neuropathique associée : anti-dépresseurs tricycliques, IRSNA, gabapentinoïdes et neurostimulation électrique transcutanée (TENS) possibles - si radiculalgie associée : infiltration épidurale de corticoïdes en deuxième intention - tractions vertébrales, école du dos : efficacité non démontrée
Cervicalgie AIGUË commune	<i>Grands principes (rang A)</i> <ul style="list-style-type: none"> - réassurance - antalgiques de paliers 1 ou 2 ; de palier 3 : non recommandés - AINS : en l'absence de contre-indication - immobilisation par collier cervical : non-indiquée
	<i>Pour aller plus loin (rang B)</i> <ul style="list-style-type: none"> - kinésithérapie : non-indiquée pour un épisode aigu isolé
Cervicalgie CHRONIQUE commune (consultation de suivi d'une pathologie chronique)	<i>Grands principes (rang A)</i> <ul style="list-style-type: none"> - antalgiques palier 1 ou 2, pas de palier 3 - ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : réassurance, lutte contre la sédentarité, intérêt d'une activité physique régulière - KINÉSITHÉRAPIE : étirements, renforcement musculaire en isométrie, proprioception, auto-exercices et travail actif ++ (<i>rang B</i>) - À PROSCRIRE : immobilisation cervicale continue et prolongée
Dorsalgie AIGUË commune <i>(après radio systématiques + recherche de cause viscérale)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - réassurance - antalgiques de palier 1 voire 2, pas de palier 3 - AINS : en l'absence de contre-indication - kinésithérapie : non-indiquée pour un épisode aigu isolé

Diagnostic différentiel : connaître les causes extrarachidiennes des lombalgies OIC-094-14-A

Causes extra-rachidiennes des lombalgies = douleurs lombaires référées

(d'origine abdomino-pelvienne)

- pathologie vasculaire : anévrisme de l'aorte abdominale
- pathologie des voies urinaires : lithiase, hydronéphrose, tumeur
- pathologie digestive : tumeur gastrique, rectocolique ou pancréatique ; pancréatite chronique
- pathologie gynécologique : tumeur pelvienne, endométriose
- autres pathologies : adénopathies ou fibrose rétropéritonéales

Connaître la démarche diagnostique devant une sacralgie OIC-094-15-B

Diagnostic positif :

- douleur localisée en regard du sacrum, pouvant irradier vers les fesses et la face postérieure de cuisses,
- reproduite à la palpation/mobilisation du sacrum ou des sacro-iliaques (tests des sacro-iliaques)
- gêne fonctionnelle : marche, station assise
- rechercher des signes de gravité (drapeaux rouges) : signes généraux, syndrome inflammatoire, antécédents de traumatisme ou d'ostéopathie fragilisante

Diagnostic différentiel : coccygodynies, lombalgies avec irradiation sacrée

Durée d'évolution : aigüe ou chronique

Diagnostic étiologique :

- rechercher un traumatisme du bassin
 - radiographies du bassin de face et cliché de de Sèze : recherche d'une arthrose lombo-sacrée et sacro-iliaque ou de signes de sacro-iliite
 - discuter un scanner du bassin ou scintigraphie osseuse en cas de suspicion de fracture du sacrum (sacralgie d'apparition brutale chez le sujet âgé et/ou ayant une ostéopathie fragilisante, même sans facteur traumatique)
 - discuter une IRM du bassin en cas de suspicion de rhumatisme inflammatoire ou autre cause secondaire
 - cause extra-rachidienne : constipation, anomalie pelvienne
-

Connaître la démarche diagnostique devant une coccygodynie OIC-094-16-B

Diagnostic positif :

- douleur localisée à l'aire coccygienne, sans irradiation significative
- reproduite à la palpation/mobilisation du coccyx ou sacro-coccygienne
- exacerbée à la station assise et/ou au relever de la station assise
- gêne fonctionnelle : station assise (en voiture, au travail...)

Orientation étiologique : douleur au relever du siège > suspect de subluxation et/ou fracture

Recherche facteur déclenchant :

- traumatisme : délai très court entre traumatisme et douleur = responsabilité certaine ; délai < 1 mois = responsabilité très probable ; délai > 3 mois, responsabilité improbable
- obésité/grossesse = facteur de risque de subluxation

Diagnostic différentiel : douleurs sacro-iliaques, anales (**douleur anale**), lombaires avec irradiation coccygienne, névralgie pudendale (**douleur pelvienne, douleur testiculaire**)

Durée d'évolution : aigüe ou chronique (la plupart des coccygodynies aiguës guérissant spontanément en quelques semaines)