

Place des myorelaxants dans le traitement des lombalgies communes.



Pr. Abdellah El Maghraoui

Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat. B.P. 1018, Maroc.

Introduction

Seulement deux personnes sur dix passeront leur existence sans douleur rachidienne. Les lombalgies représentent la pathologie chronique entraînant le plus souvent une limitation d'activités parmi la population de plus de 45 ans et dans une classe d'âge allant de 45 ans à 64 ans, elles sont la troisième cause de handicap chronique. Parmi les maladies de l'appareil locomoteur, la lombalgie aiguë représente la cause la plus fréquente d'arrêt de travail. Chaque année la lombalgie entraîne une incapacité temporaire chez 3 à 4 % de la population et une incapacité totale chez 1 % de la population en âge de travailler. Les coûts de la lombalgie sont aussi en augmentation régulière [1].

On appelle lombalgies communes les douleurs liées à des désordres mécaniques de la colonne vertébrale. Elles s'opposent aux lombalgies symptomatiques, révélatrices d'affections plus rares méritant d'être reconnues précocement (infections, tumeurs...etc). Les désordres mécaniques affectant le plus souvent le rachis lombaire sont les lésions musculaires, l'arthrose des articulaires postérieures, la dégénérescence discale, les spondylolisthésis et la scoliose de l'adulte. On distingue habituellement et schématiquement trois situations cliniques :

- les lombalgies aiguës récentes évoluant depuis 4 semaines à 6 semaines ;
- les lombalgies subaiguës évoluant depuis plus de 4 à 6 semaines et depuis moins de 3 mois;
- les lombalgies chroniques et récidivantes évoluant depuis plus de 3 mois.

Rappel anatomique

Le rachis lombaire est constitué par la succession de cinq vertèbres, séparées par des disques inter vertébraux.

- **Les vertèbres :**

Chaque vertèbre est formée d'un corps et d'un arc postérieur, qui s'implante sur le corps par deux pédicules. L'arc postérieur comprend les lames (qui délimitent le canal avec les pédicules). Sur les apophyses s'insèrent les ligaments, nombreux et résistants, qui stabilisent l'ensemble, en collaboration avec les muscles. Le canal médullaire contient la moelle épinière de laquelle s'échappent les racines rachidiennes qui -de chaque côté et à chaque niveau- cheminent dans les trous de conjugaison ou foramens.

Chaque vertèbre s'articule aux voisines sus et sous jacents par les articulaires postérieures en arrière et par le disque en avant.

- **Le disque** constituant un véritable amortisseur, est composé de l'annulus fibrosus qui présente une structure lamellaire complexe et élastique très résistante et qui entoure le nucleus pulposus, situé plus au centre du disque.

Physiopathologie

Constituant la partie la plus mobile du rachis lombaire, les dernières vertèbres lombaires sont le siège prédictif d'arthrose. Selon un ordre chronologique habituel, le vieillissement du disque intervertébral peut s'accompagner d'une altération de la production de protéoglycanes entraînant une diminution de ses propriétés mécaniques. L'anneau fibreux peut se fissurer et des fragments du nucléus peuvent s'insinuer dans les fissures, en réalisant une hernie discale.

D'autre part, les surfaces cartilagineuses au niveau des petites apophyses articulaires sont étroites mais capitales pour la stabilité intervertébrale. Ces surfaces peuvent s'user, au même titre que toutes les articulations et des ostéophytes peuvent se développer sur le pourtour des facettes. Ces ostéophytes, par leur volume, ont tendance à diminuer le calibre des trous de conjugaison et peuvent provoquer des radiculalgies [2].

Le rôle du spasme musculaire dans la physiopathologie de la lombalgie est parfois discuté. La contracture musculaire accompagnant la lombalgie peut aggraver la douleur ressentie par le patient, créant ainsi un cercle vicieux « douleur–contracture–douleur ». Ainsi, dans plusieurs recommandations sur les traitements de la lombalgie, lorsque la douleur est accompagnée d'une contracture musculaire intense, les médicaments myorelaxants doivent faire partie du traitement. Cependant, certains auteurs argumentent sur l'effet bénéfique potentiel de cette contracture dans l'immobilisation du rachis lombaire et préconisent de ne pas utiliser cette classe thérapeutique qui pourrait retarder la guérison. Nous verrons dans cet article

que les études cliniques ont montré que l'utilisation des myorelaxants a souvent un effet bénéfique supérieur au placebo ce qui permet de réfuter cette hypothèse.

Diagnostic

La lombalgie n'est pas une maladie mais un symptôme. Dans seulement 10 à 20 % des lombalgies aiguës et 10 à 45 % des lombalgies chroniques, le symptôme peut être rapporté à une lésion anatomique précise. La prise en charge thérapeutique ne peut donc être le plus souvent que symptomatique. La démarche diagnostique doit être guidée par le dépistage en premier lieu des affections les plus graves où un retard diagnostique peut être préjudiciable. Bien que la reproductibilité de l'anamnèse et des signes physiques soit faible dans la pathologie lombaire, dans la majorité des cas, l'interrogatoire et un examen clinique simple permettent, non pas un diagnostic anatomique précis, mais le classement dans un cadre nosologique. Ainsi, ils permettront surtout de ne pas passer à côté d'une lombalgie symptomatique révélant une pathologie grave du rachis (spondylodiscite infectieuse, myélome, métastases osseuses...etc) et retenir ainsi le cadre global des lombalgies communes.

1. La lombalgie aiguë (*lumbago*)

C'est une crise douloureuse intense, lombaire basse de durée brève, inférieure à 7 jours; avec blocage rachidien et souvent position antalgique. Ce tableau est souvent déclenché par un évènement précis : un effort de soulèvement, une position assise trop longtemps maintenue. A l'examen, on retrouve une douleur provoquée et il n'y a plus de mobilité du rachis, les contractures para vertébrales sont évidentes. Il n'y a pas de signes neurologiques. Les radiographies sont habituellement inutiles en phase aiguë, sauf quand le patient a plus de 50 ans ou lorsque la clinique laisse subsister un doute quant au diagnostic de lombalgie commune. L'évolution immédiate est favorable, la guérison étant généralement obtenue en moins de 1 semaine. Toutefois la lombalgie aiguë peut se transformer en fond douloureux chronique. On peut assister à la répétition des lumbagos au rythme de un à trois par an parfois même pendant plusieurs années. Ces épisodes cessent généralement lorsque le disque est dégénéré.

- Le traitement du lumbago aigu est toujours médical [3,4].
- Le repos n'est pas un traitement du lumbago. Il est parfois imposé par l'intensité des douleurs, mais doit être le plus bref possible. Il faut tout faire pour favoriser la reprise progressive et rapide des activités, en particulier en rassurant le malade.
- Le traitement médicamenteux symptomatique peut associer antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et myorelaxants. Les massages et la rééducation n'ont pas de place à la phase aiguë.

- Les manipulations vertébrales peuvent être efficaces, mais ne peuvent être réalisées que si le diagnostic de lombalgie commune est certain, et n'être pratiquées, légalement, que par des médecins.
- Dans de rares cas, la persistance d'une douleur intense peut justifier des infiltrations péridurales de dérivés corticoïdes.
- La persistance anormale d'une incapacité fonctionnelle marquée peut justifier la confection d'une orthèse lombaire (lombostat rigide, plâtré ou en résine). Le port d'une ceinture de soutien lombaire en couil baleiné, à l'occasion des efforts professionnels ou de loisir, peut être utile dans les formes récidivantes.

2. Lombalgies chroniques communes

· Définition

La lombalgie chronique se définit par la persistance de douleurs lombaires invalidantes au-delà de 3 à 6 mois. Elle est rare (5 %), mais c'est la forme grave de la lombalgie commune du fait de son retentissement socio-professionnel et économique. Elle survient le plus souvent chez des sujets aux antécédents de lumbago (ou lombosciatique) à répétition, laissant persister une douleur lombaire permanente. Mais elle peut être inaugurale, survenant progressivement sans facteur déclenchant.

· Examen clinique

L'interrogatoire est évocateur de par le siège de la douleur (lombaire bas), son rythme mécanique et son mode évolutif (à l'inverse du lumbago, elle entrave peu les activités). L'examen clinique est pauvre : douleurs lombaires, irradiant souvent dans les fesses, la partie postérieure des cuisses, plus rarement les jambes, sans topographie radiculaire précise ; limitation modérée des mobilités, globale ou plus souvent élective ; points douloureux électifs à la palpation. La manœuvre de Lasègue réveille la douleur lombaire. Il n'y a pas de signe neurologique ou général.

· Examens complémentaires

La pratique de radiographies simples du rachis lombaire est justifiée. Elles montrent dans la grande majorité des cas des lésions d'arthrose lombaire, sans aucun parallélisme radio-clinique. Il est rare qu'elles soient normales, mais les anomalies peuvent être discrètes, contrastant avec un tableau clinique sévère. L'intérêt principal est de confirmer l'absence de lésions évoquant une lombalgie symptomatique.

Des examens biologiques simples destinés à s'assurer de l'absence de signes biologiques d'inflammation sont justifiés au moindre doute clinique.

En l'absence de signes de souffrance radiculaire, les autres examens complémentaires (TDM, IRM) n'ont aucune indication.

· **Évolution spontanée**

L'évolution spontanée est, dans la grande majorité des cas, favorable, et il est important d'en avertir les malades. Il est exceptionnel qu'elle conduise à une invalidité marquée dans les activités quotidiennes ou à un déficit moteur durable des membres inférieurs. Elle peut, par contre conduire à un handicap sévère dans les activités professionnelles lorsque celles-ci nécessitent une sollicitation importante du rachis. C'est ce qui fait l'importance du retentissement socio-économique en particulier chez les travailleurs de force et justifie son traitement précoce et aussi efficace que possible.

· **Traitement des lombalgies communes chroniques [2,5]:**

§ Le traitement médicamenteux est uniquement symptomatique, par voie locale ou générale:

- les médicaments antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et myorelaxants sont réservés aux poussées subaiguës ;
- les infiltrations périurales de dérivés corticoïdes peuvent être utiles lors des poussées ;
- la corticothérapie générale n'a aucune place ;
- le traitement médicamenteux peut faire appel aux psychotropes, les lombalgies chroniques ayant un retentissement psychologique quasi-constant ;

§ des techniques physiques de relaxation ou une psychothérapie peuvent être utiles ;

§ le repos doit être limité, et non inutilement poursuivi ;

§ les massages, la physiothérapie ont peu d'indications ;

§ les tractions vertébrales n'ont d'intérêt que lors des poussées subaiguës ;

§ le soutien lombaire par une ceinture de maintien en tissu baleiné peut contribuer au soulagement des douleurs et à la reprise des activités mais l'immobilisation en corset rigide n'a pas d'intérêt.

§ La rééducation est un élément essentiel du traitement : rééducation active avec gymnastique de renforcement des muscles du tronc, correction des troubles statiques (techniques d'adaptation posturale), apprentissage des techniques d'ergonomie rachidienne (verrouillage de la charnière lombo-sacrée en particulier). Le succès de cette rééducation nécessite la compréhension par le malade des techniques et des exercices enseignés, et surtout son implication active par la répétition régulière à domicile des exercices. Une série initiale de 15 séances en moyenne est suffisante.

§ La chirurgie doit rester d'indication tout à fait exceptionnelle. Les interventions proposées sont, le plus souvent, des arthrodèses intervertébrales. Les résultats, à moyen et long terme, sont inconstants et on risque d'aggraver l'état du malade et d'entraîner une invalidité plus sévère.

Place des myorelaxants

Les myorelaxants constituent une classe thérapeutique parmi les plus utilisées dans la prise en charge des lombalgies. Une étude américaine sur les habitudes de prescriptions des médecins traitant les patients lombalgiques a estimé que 35% des patients consultant un médecin généraliste recevaient comme prescription un myorelaxant [6]. Le terme « myorelaxants » est vaste et inclut un grand nombre de molécules ayant des structures chimiques, des mécanismes d'action et des indications très différents. Les myorelaxants peuvent être divisés en 2 grandes catégories : les antispasmodiques et les antispastiques.

- **les antispasmodiques** sont utilisés pour diminuer le spasme associé à différentes pathologies douloureuses dont la lombalgie. Ils peuvent être sub-divisés en 2 groupes : les benzodiazépines et les non-benzodiazépines.

***Les benzodiazépines** sont utilisées comme anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, anticonvulsivants et/ou myorelaxants [7,8]. Il en existe de nombreuses molécules ayant des caractéristiques pharmacologiques très différentes. Ainsi, le tétrazépam (Myolastan*) reste la molécule préférée dans le cas des lombalgies parce qu'il existe des études ayant prouvé son efficacité dans cette indication avec une dose quotidienne de 50 mg/j donnée le soir au coucher. Il est à signaler que le risque d'accoutumance existe avec cette classe thérapeutique et donc le traitement doit être prescrit le moins longtemps possible (traitement de 10 à 20 jours).

***Les non-benzodiazépines** incluent une variété de produits qui peuvent avoir une action au niveau cérébral ou médullaire. Leur mécanisme d'action sur le système nerveux central n'est pas encore complètement élucidé. De nombreuses molécules existent dans cette classe mais nous n'aborderons que celles commercialisées au Maroc :

· Le thiocolchicoside (Coltramyl*): c'est un analogue synthétique d'un glucoside naturel du colchique. Ce médicament lancé en 1959 possède des propriétés antalgiques et anti-inflammatoires observées sur des modèles animaux. Son efficacité a été démontrée cliniquement dans de nombreuses études cliniques [9-11]. Il a une action centrale par blocage des synapses des interneurons médullaires et sous corticaux et serait un agoniste Gabaergique. Le principal et plus fréquent effet secondaire rencontré en pratique clinique au cours de l'utilisation des myorelaxants est la sédation ; or le thiocolchicoside est dénué d'effets sédatifs. Il faut signaler aussi l'association thiocolchicoside-paracétamol (Relaxol*) qui associe donc l'effet antalgique du paracétamol à l'effet myorelaxant du thiocolchicoside.

La tizanidine (Sirdalud*) : Cette molécule a montré sur les études animales qu'en plus de ses effets antalgique et myorelaxant une action gastroprotectrice [12,13]. La prise de Sirdalud* peut provoquer les effets secondaires suivants: somnolence, confusion, fatigue, vertiges, sécheresse buccale, nausées et légère baisse de la tension. Une toxicité hépatique est également signalée dans 5% des cas avec des transaminases à trois fois la normale (d'où l'importance de surveiller les transaminases). Il est à signaler cependant qu'aux doses faibles, comme celles utilisées lors des tensions musculaires douloureuses des lombalgies, les effets indésirables du médicament sont généralement peu marqués et passagers.

- **les antispastiques** : médicaments utilisés pour réduire la spasticité entravant la fonction (dans les maladies neurologiques). Le baclofène (Lioréal*) reste la molécule la plus prescrite. Ils ne font pas partie des médicaments habituellement prescrits dans les lombalgies communes.

Selon la méta-analyse de van Tulder et al. [14] qui regroupe les essais contrôlés et randomisés publiés jusqu'en 2002, concernant les traitements conservateurs des lombalgies, les myorelaxants sont reconnus pour avoir une efficacité supérieure au placebo au cours des lombalgies. D'après ces auteurs, la majorité des études randomisées et contrôlées de qualité supérieure, comparant un myorelaxant à un placebo rapporte une amélioration plus importante de la douleur dans le groupe des myorelaxants. Il apparaît également de manière forte que les différents myorelaxants ont une efficacité comparable au cours de la lombalgie dans les rares études comparatives publiées [15].

En résumé, les myorelaxants sont un groupe de médicaments très hétérogène regroupant de nombreuses molécules ayant des propriétés pharmacocinétiques différentes. Les études publiées dans la littérature montrent une efficacité supérieure des myorelaxants par rapport au placebo dans les lombalgies aiguës et chroniques. C'est ainsi qu'ils figurent dans les recommandations thérapeutiques de plusieurs sociétés savantes [3-5]. La prescription doit donc être personnalisée en fonction du patient et de sa maladie (existence de contracture, patient anxieux...) et du type de myorelaxant (résultat escompté, effets secondaires...). Il n'y a pas de différence démontrée sur le plan efficacité entre les différents myorelaxants. Les différences, par contre, existent sur le plan tolérance : le thiocolchicoside étant parmi les myorelaxants les mieux tolérés. Il est en effet dénué d'effet sédatif et n'entraîne pas de risque d'accoutumance contrairement aux benzodiazépines. Ces derniers peuvent être préférés quand au contraire l'effet sédatif et/ou anxiolytique est recherché.

Références

1. Carey TS, Evans AT, Hadler NM, Lieberman G, Kalsbeek WD, Jackman AM, et al. Acute severe low back pain. A population-based study of prevalence and care-seeking. *Spine* 1996;21:339-44.
2. Borenstein DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol* 1999;11(2):151-7.

3. Royal College of General Practitioners. Clinical guidelines for the management of acute low back pain. London: RCGP; 1998.
4. Burton AK, Waddell G. Clinical guidelines in the management of low back pain. *Bailliere's Clin Rheumatol* 1998;12:17-35.
5. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* 2001;26(22):2504–13.
6. Cherkin DC, Wheeler KJ, Barlow W, Deyo RA. Medication use for low back pain in primary care. *Spine* 1998;23(5):607–14.
7. Arbus L, Fajadet B, Aubert D, Morre M, Goldfinger E. Activity of tetrazepam in low back pain. *Clinical Trials Journal* 1990;27(4): 258–267.
8. Salzmann E, Pforringer W, Paal G, Gierend M. Treatment of chronic low-back syndrome with tetrazepam in a placebo controlled doubleblind trial. *J Drug Dev* 1992;4:219–228.
9. Marcel C, Rezvani Y, Revel M. [Evaluation du thiocolchicoside en monothérapie dans le lumbago douloureux: Résultats d'une étude randomisée contre placebo]. *La Presse Médicale* 1990;24(19):1133–1136.
10. Tüzün F, Ünal H, Öner N, et al. Étude multicentrique, randomisée, en double aveugle, contrôlée versus placebo évaluant l'efficacité de la thiocolchicoside au cours de la lombalgie aiguë. *Rev Rhum* 2003 ; 70 : 736–742
11. Kentenci A, Ozcan E, Karamursel S. Assessment of efficacy and psychomotor performances of thiocolchicoside and tizanidine in patients with acute low back pain. *J Clin Pract* 2005; 59: 764–770
12. Sirdalud Ternelin Asia-Pacific Study Group. Efficacy and gastroprotective effects of tizanidine plus diclofenac versus placebo plus diclofenac in patients with painful muscle spasms. *Current Therapeutic Research* 1998;59(1):13–22.
13. Berry H, Hutchinson D. A multicentre placebo-controlled study in general practice to evaluate the efficacy and safety of tizanidine in acute low-back pain. *The Journal of International Medical Research* 1988;16:75–82.
14. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD004252. DOI: 10.1002/14651858.CD004252.
15. Chou R, Peterson K, Helfand M. Comparative Efficacy and Safety of Skeletal Muscle Relaxants for Spasticity and Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 28 :140-75