

Synthèse des recommandations de pratiques kinésithérapiques pour la prise en charge des pathologies prévalentes impliquant de la douleur

Auteur : DEMONT Anthony

Relecteurs : MARTIN Sébastien, CHAUMEIL Théo, BENAÏSSA Leïla

Introduction

Les traitements kinésithérapiques ont grandement évolué durant les dernières décennies avec l'accroissement des données scientifiques mettant en lumière l'efficacité de certaines prises en charge telles que l'approche biopsychosociale incluant des exercices actifs et de l'éducation et conseils fournis au patient pour la gestion de ses symptômes chez un patient atteint d'une lombalgie chronique. Il y a encore 20 ans, la kinésithérapie était encore vue comme un traitement « complémentaire » au traitement médicamenteux, c'est-à-dire venant en complément de médicaments proposés systématiquement en première intention pour l'ensemble des pathologies impliquant de la douleur. L'augmentation croissante du nombre d'études contrôlées randomisées et d'études observationnelles prospectives évaluant l'efficacité de la kinésithérapie met en avant que pour la majorité des pathologies impliquant comme principal symptôme de la douleur, la kinésithérapie est au minimum un traitement de seconde intention et pour beaucoup d'entre elles, un traitement de première intention retrouvé supérieur en termes d'efficacité aux traitements médicamenteux usuels. Il est ainsi nécessaire pour améliorer la qualité des soins proposés aux patients que les kinésithérapeutes aient une pratique se basant sur les attentes du patient, son expérience mais aussi les données probantes de la science.

Cette synthèse vise à rapporter les recommandations de pratiques kinésithérapiques issues de la littérature scientifique pour la prise en charge des pathologies les plus prévalentes impliquant de la douleur comme symptôme principal. Elle vise aussi sur le court terme à faciliter l'harmonisation des pratiques kinésithérapiques pour la prise en charge des pathologies impliquant de la douleur et sur le long terme à améliorer la qualité des soins fournis aux patients en leur proposant un traitement individualisé, répondant à leurs objectifs, basé sur les données probantes de la science et ajusté par l'expérience du thérapeute (principe : « *Evidence-based practice* »).

Méthodologie de réalisation de cette synthèse

L'élaboration de cette synthèse des traitements kinésithérapiques recommandés pour la prise en charge des pathologies prévalentes impliquant de la douleur a suivi un processus systématique de revue de la littérature scientifique visant à extraire les recommandations les plus récentes publiées par les institutions nationales et internationales oeuvrant dans le domaine de la santé telles que la Haute Autorité de Santé, le National Institute for Health and Care Excellence, etc... En l'absence de recommandations récentes, les résultats revues systématiques et méta-analyses

ont été extraits pour formuler des recommandations à partir des niveaux de preuve des études incluses. Par pathologie, les traitements ont été classés par grade de recommandation (grade A, B, C ou avis d'experts) reprenant la méthodologie utilisée par la Haute Autorité de Santé (Tableau 1) (1).

Grade de recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
Grade A Preuve scientifique établie	Niveau 1 <ul style="list-style-type: none"> - Essais contrôlés randomisés avec une taille d'échantillon élevé, - Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, - Analyse de décision basée sur des études méthodologiquement bien conduites.
Grade B Présomption scientifique	Niveau 2 <ul style="list-style-type: none"> - Essais contrôlés randomisés avec une petite taille d'échantillon, - Essais contrôlés non-randomisés méthodologiquement bien menés, - Études de cohorte.
Grade C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 <ul style="list-style-type: none"> - Études cas-témoin,
	Niveau 4 <ul style="list-style-type: none"> - Études contrôlées avec risque de biais élevé, - Études rétrospectives, - Série de cas, - Études épidémiologique et descriptive (transversale, longitudinale).
Grade D Preuves contradictoires	Niveau 5
Avis d'experts Absence de preuve scientifique disponible	Niveau 5

Tableau 1. Grade de recommandations basé sur la méthodologie de la Haute Autorité de Santé et le niveau de preuve scientifique fourni par la littérature

Pathologies musculosquelettiques, neuromusculaires et pelviennes

Parmi l'ensemble des pathologies musculosquelettiques, neuromusculaires et pelviennes impliquant de la douleur, 13 familles de pathologies ont été sélectionnées.

1. La lombalgie non-spécifique :

La lombalgie non-spécifique est définie comme une douleur lombaire non attribuée à une pathologie objectivable ou une lésion anatomique observable (ex : infection, tumeur, ostéoporose, fracture de la colonne lombaire, etc...) et causée par plusieurs facteurs de risque présent conjointement (ex : effort physique soutenu, facteurs psychosociaux tels qu'un épisode de stress, de fatigue, de troubles du sommeil, etc...) (2). La lombalgie non-spécifique est généralement classée en 3 sous-types : lombalgie aiguë (épisode de moins de 6 semaines),

subaiguë (de 6 à 12 semaines) et chronique (de 12 semaines à plus) et peut inclure des traitements différents en fonction des déficits retrouvés et des facteurs psychosociaux identifiés.

	Grade A	Grade B	Grade C	Grade D	
Lombalgie non-spécifique		Exercices thérapeutiques visant à la récupération de la mobilité	Education et conseils fournis au patient pour la gestion de ses symptômes	Exercices basés sur des mouvements de flexion	Techniques de traction
	Aigüe ou subaigüe	Exercices thérapeutiques visant la récupération progressive de l'endurance, de la force musculaire et de la coordination	Étirements	Techniques neurodynamiques du membre inférieur	Thérapie à base d'ultrasons et de laser
		Exercices thérapeutiques visant la centralisation et la préférence directionnelle	Thérapie manuelle (mobilisations et manipulations)	Massage	Techniques de traction
	Chronique	Exercices thérapeutiques visant la récupération progressive de l'endurance, de la force musculaire et de la coordination	Étirements	Thérapie manuelle (mobilisations et manipulations)	Thérapie à base d'ultrasons et de laser

Tableau 2. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de la lombalgie non-spécifique issues de la Haute Autorité de Santé, 2019 (3) et des auteurs Babatunde et al, 2017 (4)

2. La cervicalgie non-spécifique :

La cervicalgie non-spécifique est définie comme une douleur cervicale non attribuée à une pathologie objectivable ou une lésion anatomique observable (ex : infection, tumeur, fracture de la colonne cervicale, coup du lapin, etc...) et causée par plusieurs facteurs de risque présent conjointement (ex : effort physique soutenu, facteurs psychosociaux tels qu'un épisode de stress, de fatigue, de troubles du sommeil, etc...) (2). La cervicalgie non-spécifique est généralement classée en 3 sous-types : cervicalgie aiguë (épisode de moins de 6 semaines), subaiguë (de 6 à 12 semaines) et chronique (de 12 semaines à plus) et peut inclure des traitements différents en fonction des déficits retrouvés et des facteurs psychosociaux identifiés.

	Grade A	Grade B	Grade C	
Cervicalgie non-spécifique	Aiguë	Education et conseils pour l'amélioration de la fonction et la gestion de la douleur	Thérapie cognitivo-comportementale : exposition graduée à la douleur	
	Subaiguë	Exercices de renforcement musculaire du rachis cervical et de la région scapulo-thoracique	Thérapie cognitivo-comportementale : exposition graduée à la douleur	Collier cervical
			Education et conseils pour l'amélioration de la fonction et la gestion de la douleur	Électrothérapie (TENS) et traitement par ultrasons ou par laser Thérapie manuelle : mobilisations ou manipulations articulaires
	Chronique	Exercices physiques : renforcement musculaire et aérobie	Thérapie cognitivo-comportementale : exposition graduée à la douleur	Dry-needling
		Education et conseils pour l'amélioration de la fonction et la gestion de la douleur		

Tableau 3. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de la cervicalgie non-spécifique issues de l'Association Américaine de Physiothérapie, 2018 (5) et les auteurs Babatunde et al, 2017 (4)

3. Les troubles associés à un fléau cervical :

Les troubles associés à un fléau cervical sont le terme utilisé pour décrire les lésions (ex : entorse cervicale) et dysfonctions (ex : raideur cervical, céphalées, vertiges...) pouvant apparaître à la suite de mouvements soudains d'accélération-décélération de la tête (6). Ces troubles sont considérés comme les conséquences les plus fréquentes après un accident de la voie publique (ex : accident de la route) et sont souvent utilisés comme synonyme avec le fléau cervical (7,8). Toutefois, le fléau cervical fait référence au mécanisme lésionnel plutôt qu'à la présence de symptômes tels que de la douleur, de la raideur, des spasmes musculaires et des céphalées, en l'absence de lésion ou de pathologie affectant une structure cervicale.

	Grade A	Grade B	Grade C	Avis d'experts	
Troubles associés à un fléau cervical	Aiguë	Exercices actifs mobilisant l'ensemble de l'amplitude du mouvement et renforçant les muscles scapulaires et cervicaux	Conseils et éducation visant la réassurance et l'entretien des comportements habituels (lutte contre la kinésiophobie et l'hyper vigilance)	Thérapie manuelle incluant des manipulations et/ou des mobilisations passives des articulations cervicales	Massage et thermothérapie
		Immobiliser par collier cervical et repos <i>(recommandation contre son utilisation)</i>		Électrothérapie incluant du TENS	Utilisation de coussins cervicaux <i>(recommandation contre son utilisation)</i>
			Conseils et éducation visant la réassurance et l'entretien des comportements habituels (lutte contre la kinésiophobie et l'hyper vigilance)	Thérapie cognitivo-comportementale	Utilisation de coussins cervicaux (recommandation contre son utilisation)
	Chronique		Exercices actifs mobilisant l'ensemble de l'amplitude du mouvement et renforçant les muscles scapulaires et du cou	Rééducation vestibulaire	Thérapie manuelle incluant des manipulations et/ou des mobilisations passives des articulations cervicales
				Électrothérapie <i>(recommandation contre son utilisation)</i>	

Tableau 4. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement des troubles associés à un fléau cervical, issues du Conseil National de la Santé et de la Recherche Médicale du Gouvernement Australien, 2008 (9)

4. La capsulite rétractile de l'épaule :

La capsulite rétractile de l'épaule, également appelée épaule gelée, est une affection caractérisée par une raideur et une douleur de l'articulation de l'épaule. Les facteurs psychosociaux tels qu'une période de troubles du sommeil, d'anxiété... ont un rôle majeur dans le développement et l'installation d'une capsulite rétractile, au-delà des efforts physiques sollicitant l'épaule.

	Grade B	Grade C	Grade D	Avis d'experts
Capsulite rétractile de l'épaule	Education et conseils fournis au patient : pronostic de l'évolution de la pathologie, promotion la modification de l'activité et favoriser la mobilité sans symptôme	Utilisation d'appareils à ondes de choc, d'ultrasons ou basés sur la stimulation électrique	Manipulation de l'articulation gléno-humérale	
	Exercices à faible intensité visant à améliorer la mobilité de l'épaule			
	Étirements des muscles de l'épaule	Thérapie manuelle de l'articulation gléno-humérale (mobilisations)		

Tableau 5. *Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de la capsulite rétractile, issues de l'Association Américaine de la Physiothérapie, 2013 (10)*

5. La tendinopathie de la coiffe des rotateurs, des épicondyliens médiaux et latéraux et des ischio-jambiers :

La tendinopathie est à son stade aigu une pathologie liée à une sensibilisation et/ou un défaut de cicatrisation du tendon, potentiellement associé à une prolifération désordonnée des ténocytes, des anomalies intracellulaires dans les ténocytes, une rupture des fibres de collagène et une augmentation subséquente de la matrice non collagène. La tendinopathie est un terme générique incluant de nombreuses présentations cliniques différentes (stade aiguë, stade chronique, avec présence de lésions objectivables ou avec absence de lésion et marquant une sensibilisation du tendon, ou enfin affectant la gaine synoviale) associées à la surutilisation des tendons et la présence de facteurs psychosociaux facilitant l'installation des symptômes.

	Grade A	Grade B	Grade C	Avis d'experts
Tendinopathie de la coiffe des rotateurs, des épicondyles latérale et médiale et des ischio-jambiers	Exercices de contractions isométriques des muscles en lien avec les déficiences tendineuses <i>(en première phase de traitement en cas de tendinopathie réactive)</i>	Technique de laser à faible intensité pour les stades aigüe et chronique de tendinopathie		Conseils visant à modifier les activités du patient pour réduire la charge et modifier le volume d'activité <i>(en première phase de traitement en cas de tendinopathie réactive et chronique)</i>
	Exercices de mouvements actifs lents incluant des résistances élevées pour améliorer la force de l'unité muscle-tendon et la gestion de la charge <i>(en deuxième et troisième phase de traitement en cas de tendinopathie réactive ou chronique)</i>	Appareil à ondes de choc de type focal et radial ayant des effets à court terme pour le stade aigüe <i>(recommandation contre son utilisation)</i>	Exercices d'étirement pour améliorer l'amplitude de mouvement <i>(en deuxième phase de traitement de tendinopathie chronique)</i>	Traitement des déficiences des chaînes cinétiques pour l'amélioration des mouvements locaux et régionaux <i>(en première phase de traitement en cas de tendinopathie réactive et chronique)</i>
	Exercices de contractions isométriques prolongées à réaliser dans toutes les amplitudes de tension du tendon <i>(en deuxième et troisième phase de traitement en cas de tendinopathie réactive)</i>	Utilisation de bande de tape <i>(recommandation contre son utilisation)</i>	Techniques de tissus mous telles que le massage superficiel et profond	Mouvements spécifiques en lien avec les activités sportives et personnelles du patient <i>(en troisième phase de traitement en cas de tendinopathie réactive et chronique)</i>
	Thérapie cognitivo-comportementale : exposition graduée à la douleur pour les patients présentant de la douleur		Techniques à base d'ultrasons pour les stades aigüe et chronique	Education visant à instaurer une routine d'échauffement avant la réalisation d'une activité contraignante <i>(en</i>

Grade A	Grade B	Grade C	Avis d'experts
chronique ou une sensibilisation centrale (<i>en deuxième phase de traitement en cas de tendinopathie réactive ou chronique</i>)			<i>dernière phase de traitement en cas de tendinopathie réactive et chronique pour la reprise du sport</i>)
Thérapie manuelle à base de mobilisations des articulations adjacentes à la tendinopathie pour des effets à court terme		Appareil à ondes de choc de type focal et radial ayant des effets expérimentaux pour le stade chronique en utilisant : faible énergie, 2000 chocs, 3 session avec une semaine d'intervalle	Exercices spécifiques à la réintégration sportive en précision de compétition (<i>en dernière phase de traitement en cas de tendinopathie réactive et chronique pour la reprise du sport</i>)

Tableau 6. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, des épicondyliens médiaux latéraux et des ischio-jambiers, issues de l'Université de l'État de l'Ohio, Etats-Unis, 2017 (11)

	Grade A	Grade B	Grade C	Grade D	Avis d'experts
Tendinopathie d'Achille	Exercices de renforcement musculaire (excentrique)	Thérapie par laser à basse intensité	Étirement de la cheville	Utilisation d'une talonnette	Mobilisation des tissus mous
			Orthèse de pied durant la course		Utilisation de bande de tape sur le tendon d'Achille

Tableau 1. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de la tendinopathie d'Achille, issues de l'Association Américaine de la Physiothérapie, 2018 (12)

6. La douleur de la coiffe des rotateurs de l'épaule :

Le phénomène d'apparition de la douleur de la coiffe des rotateurs de l'épaule est complexe et fait appel à une combinaison de facteurs physiques tels que les mouvements répétitifs de l'épaule, particulièrement au-dessus de l'horizontale, et des facteurs liés au mode de vie impliquant le vieillissement, la diminution de la force musculaire, des antécédents médicaux tels que du diabète, la surconsommation médicamenteuse telle que les fluoroquinolones et la consommation de cigarettes. Ces facteurs sont susceptibles de réduire la capacité de l'épaule à faire face aux gestes de la vie quotidienne et en conséquence de la rendre plus facilement douloureuse.

	Grade B	Grade C	Avis d'experts
Douleur de la coiffe des rotateurs de l'épaule	Exercices de renforcement musculaire	Utilisation d'agents ultrasonographiques	Cryothérapie (application dans les premières 48 heures après première douleur)
	Thérapie manuelle (mobilisations) de l'épaule		Utilisation de packs de chaleur (application à partir de la 48ème heure post-douleur)

Tableau 8. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de la douleur de la coiffe des rotateurs de l'épaule, issues de l'UNSW, 2013 (13)

7. La spondylolisthésis et sténose lombaire :

Le spondylolisthésis est le glissement d'un corps vertébral par rapport au corps vertébral adjacent, pouvant mais pas systématiquement provoquer des symptômes ou des douleurs mécaniques ou radiculaires. Il peut être dû à des causes congénitales, acquises ou idiopathiques. Le spondylolisthésis est classé en fonction du degré de glissement d'un corps vertébral sur le corps vertébral adjacent.

Avis d'experts

Spondylolisthésis et sténose lombaire

Exercices visant les symptômes radiculaires ressentis par le patient (techniques neurodynamiques)

Tableau 9. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement du spondylolisthésis et de la sténose lombaire, issues de l'Association Nord-Américaine du Rachis par les auteurs Matz et al, 2015 (14)

8. L'ostéoarthrose de hanche et de genou :

L'arthrose est une affection dégénérative résultant d'une surcharge mécanique dans une articulation portante. La littérature scientifique permet de considérer que l'arthrose de la hanche résulte d'un certain nombre d'affections distinctes, chacune associée à des facteurs étiologiques uniques et à des traitements possibles qui partagent une voie finale commune. Le symptôme le plus courant de l'arthrose de la hanche est la douleur autour de l'articulation de la hanche (généralement située dans la région de l'aîne). Le vieillissement et les facteurs génétiques sont des causes importantes de l'arthrose symptomatique de la hanche.

	Grade A	Grade B	Grade C
Ostéoarthrose de hanche	Exercices visant la flexibilité, le renforcement et l'endurance de la hanche	Education et conseils combinés à des exercices et/ou de la thérapie manuelle	Exercices d'équilibre et fonctionnels
	Thérapie manuelle (mobilisation et/ou techniques de tissus mous)	Utilisation d'appareil à ultrasons associée à des exercices et de la thermothérapie à court terme pour la gestion de la douleur	

Tableau 10. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de l'ostéoarthrite de hanche, issues de l'Association Américaine de la Physiothérapie, 2017 (15)

	Grade B	Grade D
Ostéoarthrose de genou	Balnéothérapie	Électrothérapie (TENS)

Grade B	Grade D
Exercices actifs des articulations du genou	Utilisation d'un appareil à ultrasons
Utilisation d'une canne comme une aide à la marche si besoin	
Électrothérapie et stimulation électrique neuromusculaire (<i>recommandation contre son utilisation</i>)	
Exercices de renforcement musculaire	
Exercice de remise en charge du membre inférieur	
Auto-rééducation et éducation	

Tableau 11. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de l'ostéoartrite de genou, issues des auteurs McAlindon et al, 2014 (16)

9. La spondylarthrite ankylosante :

Les spondylarthropathies constituent un groupe diversifié de maladies inflammatoires articulaires qui partagent certains facteurs de prédisposition génétique et certaines caractéristiques cliniques. Ce groupe comprend principalement la spondylarthrite ankylosante, et d'autres maladies telles que le syndrome de Reiter. Les principales régions affectées par ces pathologies sont les articulations sacro-iliaques, les insertions osseuses de l'anneau fibreux des disques intervertébraux et les articulations apophysaires de la colonne vertébrale.

La spondylarthrite ankylosante est une arthropathie inflammatoire du squelette axial, qui touche généralement les articulations sacro-iliaques, les articulations apophysaires, les articulations costo-vertébrales et les articulations des disques intervertébraux. Il s'agit d'une maladie inflammatoire chronique évolutive provoquant une inflammation des articulations vertébrales pouvant entraîner une douleur et une raideur persistantes.

	Grade A	Grade B
Spondylarthrite ankylosante	Thérapie cognitivo-comportementale : exercices d'exposition graduée à la douleur	Thérapie manuelle : mobilisation, massage
	Éducation à la compréhension de la pathologie et à la gestion des facteurs de risque	Thérapie manuelle : manipulation (<i>recommandation contre son utilisation</i>)

Grade A

Grade B

Étirement

Renforcement musculaire,
exercices posturaux et aérobie

Balnéothérapie

Tableau 2. *Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de la pelvi spondylite rhumatismale, issues du National Institute for Health and Care Excellence, 2018 (17)*

10. La céphalée de tension :

La céphalée de tension est actuellement incomplètement comprise. Il s'agit du type de céphalée primaire le plus courant : sa prévalence au cours de la vie dans la population générale varie selon les études de 30 à 78 %. Parallèlement à cela, il s'agit de la forme de céphalée la moins étudiée parmi les céphalées primaires, malgré le fait qu'elle ait le plus fort impact socio-économique. La céphalée de tension est un trouble neurologique caractérisée par une prédisposition à des attaques de céphalées légères à modérées avec peu de symptômes associés. Les mécanismes périphériques de douleur sont les plus susceptibles de jouer un rôle dans les céphalées de tension épisodiques peu fréquentes et celles fréquentes, tandis que les mécanismes centraux de douleur jouent un rôle plus important dans les céphalées de tension chroniques.

Grade B

Grade C

Education à la compréhension de la pathologie et la gestion des facteurs de risque

Thérapie manuelle :
mobilisations, massage,
étirements

Céphalée de tension

Thérapie cognitivo-
comportementale : exercices
d'exposition graduée à la douleur

Exercices de résistance et aérobie

Tableau 3. *Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de la céphalée de tension, issues des auteurs Côté et al, 2019 (18)*

11. Le syndrome douloureux régional complexe :

Le syndrome douloureux régional complexe est un terme désignant une variété d'états cliniques caractérisés par une douleur chronique persistante. Il s'agit d'une affection qui peut se développer après le traumatisme d'un membre. Le SDRC peut être considéré comme une douleur neuropathique régionale post-traumatique associée à d'autres troubles provoquant des symptômes disproportionnés par rapport à l'état lésionnel identifié.

	Grade A	Grade B	Grade C
Syndrome douloureux régional complexe	Imagerie motrice graduelle	Thérapie miroir	Exercices physiques
			Thérapie manuelle : mobilisations

Tableau 4. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement du syndrome douloureux régional complexe, issues du Collège Royal des Médecins Généralistes, 2018 (19)

12. La fibromyalgie :

La fibromyalgie est une maladie caractérisée par un ensemble de symptômes incluant une douleur chronique, une raideur et une sensibilité musculaire, tendineuse et articulaire exacerbée, sans inflammation détectable. La fibromyalgie ne provoque pas de lésions ou de déformations corporelles. La fatigue touche 90 % des patients et les troubles du sommeil sont fréquents. La fibromyalgie peut être associée à d'autres affections rhumatismales et au syndrome du côlon irritable. Il n'existe pas de test médical définitif pour le diagnostic de la fibromyalgie et les symptômes de la fibromyalgie peuvent varier avec le temps. Le diagnostic est établi en éliminant les autres causes possibles en lien avec les symptômes identifiés. La fibromyalgie est donc considérée comme un trouble systémique impliquant des anomalies biochimiques, neuroendocriniennes et physiologiques, entraînant un trouble du traitement de la nociception et de la perception de la douleur.

	Grade A	Grade C
Fibromyalgie	Exercices de renforcement musculaire et aérobie	Thérapie cognitivo-comportementale : exercices d'exposition graduée à la douleur

Tableau 5. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement de la fibromyalgie, issues de l'Alliance Européenne des Associations de Rhumatologie, 2016 et des auteurs Macfarlane et al., 2017 (20)

13. Le syndrome de douleur pelvienne chronique :

La douleur pelvienne chronique est communément définie comme une douleur intermittente ou continue localisée au niveau du bas-ventre, du bassin ou des structures intra pelviennes, qui dure au moins 3 à 6 mois (21,22). Si des mécanismes de douleur chronique et de sensibilisation centrale sont présents, l'affection est considérée comme chronique, quelle que soit la durée. La sensibilisation centrale est caractérisée par une amplification ou une perception sensorielle accrue, où des stimuli qui ne sont normalement pas douloureux sont maintenant perçus comme tels. La douleur pelvienne chronique chez la femme n'est pas exclusivement associée au cycle menstruel, aux rapports sexuels ou à la grossesse, et est suffisamment handicapante pour provoquer une incapacité fonctionnelle.

	Grade A	Grade B	Grade C
Le syndrome de douleur pelvienne chronique		Exercices aérobies	Exercices de renforcement musculaire visant le plancher pelvien
			Thérapie cognitivo-comportementale : exercices d'exposition graduée à la douleur

Tableau 6. Recommandations pour la pratique kinésithérapique du traitement du syndrome de douleur pelvienne chronique, issues des auteurs Doiron et al, 2018 (22)

Conclusions

Pour toutes ces pathologies, il est globalement recommandé d'encourager le patient à réaliser de manière régulière des exercices actifs visant à améliorer la fonction (mobilité, contrôle moteur, force et endurance) et réduire la douleur associés à des conseils et de l'éducation pour améliorer la gestion des symptômes. Les traitements passifs tels que les étirements, le massage, les thérapies par ultrasons ou lasers et la thérapie manuelle (mobilisations et manipulations articulaires) peuvent aider pour réduire la douleur sur le court terme mais ne doivent pas être les seules et principales stratégies de traitement à proposer au patient pour améliorer durablement les symptômes.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 1]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
2. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012 Feb 4;379(9814):482–91.
3. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo : Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Rapport d'élaboration. [Internet]. 2019. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf
4. Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178621.
5. Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, Devaney LL, Clewley D, Walton DM, et al. Neck Pain: Revision 2017. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 Jun 30;47(7):A1–83.
6. Walton DM, Elliott JM. An Integrated Model of Chronic Whiplash-Associated Disorder. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 Jul;47(7):462–71.
7. Gwilym SE, Stace RM. Whiplash associated disorder. *Bone & Joint* 360. 2015 Feb 1;4(1):37–9.
8. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining 'whiplash' and its management. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1995 Apr 15;20(8 Suppl):1S-73S.
9. Clinical guidelines for best practice management of acute and chronic whiplash-associated disorders - UQ eSpace [Internet]. [cited 2021 Mar 5]. Available from: <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:266894>
10. Kelley MJ, Shaffer MA, Kuhn JE, Michener LA, Seitz AL, Uhl TL, et al. Shoulder Pain and Mobility Deficits: Adhesive Capsulitis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2013 May 1;43(5):A1–31.
11. Vicenzino B. Tendinopathy: Evidence-Informed Physical Therapy Clinical Reasoning. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2015 Oct 31;45(11):816–8.
12. Martin RL, Chimenti R, Cuddeford T, Houck J, Matheson J w., McDonough CM, et al. Achilles Pain, Stiffness, and Muscle Power Deficits: Midportion Achilles Tendinopathy Revision 2018. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018 Apr 30;48(5):A1–38.
13. The University of New South Wales, Medicine, Rural Clinical School. Clinical practice guidelines for the management of rotator cuff syndrome in the workplace [Internet]. 2013. Available from: <https://rcs.med.unsw.edu.au/sites/default/files/rcs/page/RotatorCuffSyndromeGuidelines.pdf>
14. Matz PG, Meagher RJ, Lamer T, Tontz WL, Annaswamy TM, Cassidy RC, et al. Guideline summary review: An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis. *Spine J*. 2016 Mar;16(3):439–48.
15. Cibulka MT, Bloom NJ, Enseki KR, Macdonald CW, Woehrle J, McDonough CM. Hip Pain and Mobility Deficits-Hip Osteoarthritis: Revision 2017. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 Jun;47(6):A1–37.
16. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014 Mar;22(3):363–88.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Spondyloarthritis in over 16s: diagnosis and management [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 5]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng65/resources/spondyloarthritis-in-over-16s-diagnosis-and-management-pdf-1837575441349>
18. Côté P, Yu H, Shearer HM, Randhawa K, Wong JJ, Mior S, et al. Non-pharmacological

management of persistent headaches associated with neck pain: A clinical practice guideline from the Ontario protocol for traffic injury management (OPTIMa) collaboration. *Eur J Pain*. 2019 Jul;23(6):1051–70.

19. Royal College of Physicians. Complex regional pain syndrom in adults (2nd edition) [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 5]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/complex-regional-pain-syndrome-adults>

20. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2017 Feb 1;76(2):318–28.

21. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 Sep;27(9):869–910.

22. Doiron RC, Nickel JC. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Can Urol Assoc J*. 2018 Jun;12(6 Suppl 3):S161–3.