



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



FAITES LE POINT



Synthèse des recommandations de traitements kinésithérapiques pour la prise en charge de patients présentant une pathologie impliquant de la douleur

Overview of guidelines on physiotherapy interventions for the management of patients with a disease that may involve pain



Demont Anthony

Demont Anthony^{a,b,c,*}, Martin Sébastien^c,
Chaumeil Théo^c

^a Inserm 1123 ECEVE, faculté de médecine, université Paris-Diderot, Paris, France

^b École universitaire de kinésithérapie Centre-Val de Loire, université d'Orléans, Orléans, France

^c Cabinet kinésithérapie Paris 9^e, 6 rue Petrelle, 75009 Paris, France

Reçu le 19 mai 2021 ; accepté le 11 juin 2021

MOTS CLÉS

Douleur ;
Kinésithérapie ;
Traitement
non-médicamenteux ;
Prise en charge

Résumé

Introduction. – Ces dernières décennies ont vu l'accroissement significatif des données scientifiques mettant en lumière des avancées majeures concernant l'efficacité des traitements kinésithérapiques, basés pour certains d'entre eux sur une approche biopsychosociale, tels que des exercices actifs ainsi que l'éducation et conseils fournis au patient pour la gestion de ses symptômes. Il est ainsi nécessaire pour garantir une qualité optimale de soins dispensés aux patients présentant une pathologie impliquant de la douleur comme symptôme principal que les kinésithérapeutes mettent à jour leurs pratiques au regard des connaissances médicales avérées en les associant aux attentes et valeurs des patients.

Objectif. – Décrire les recommandations de traitements kinésithérapiques issues de la littérature scientifique pour la prise en charge des pathologies les plus prévalentes impliquant de la douleur comme symptôme principal.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anthony.demont@gmail.com (D. Anthony).

<https://doi.org/10.1016/j.douler.2021.06.007>

1624-5687/© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Méthode. – L'élaboration de cette synthèse 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. En l'absence de recommandations récentes, les résultats de revues systématiques avec ou sans méta-analyses ont été extraits pour formuler des recommandations à partir des niveaux de preuve des études incluses.

Résultats. – Parmi l'ensemble des pathologies musculosquelettiques, neuromusculaires et pelviennes impliquant de la douleur, 14 pathologies ont été sélectionnées et pour lesquelles des recommandations de traitements kinésithérapiques ont pu être extraites à partir de 17 guides de pratiques cliniques identifiées.

Conclusion. – Pour toutes les pathologies sélectionnées et selon les attentes et objectifs du patient, il est globalement recommandé de l'encourager à réaliser de manière régulière des exercices actifs visant à améliorer sa fonction (mobilité, contrôle moteur, force et endurance) et réduire sa douleur, associé à des conseils et de l'éducation pour améliorer la gestion de ses 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 son état de santé.
© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pain;
Physiotherapy;
Non-pharmacological
treatment: Care
management

Summary

Background. – The last few decades have seen a significant increase in scientific data highlighting major advances in the efficacy of physiotherapy interventions, some of which are based on a biopsychosocial approach, such as active exercises as well as education and advice provided to the patient for the management of their symptoms. It is thus necessary to guarantee an optimal quality of care for patients with a disease involving pain as a main complaint that physiotherapists update their practices with regard to proven medical knowledge by associating them with the patients' expectations and values.

Purpose. – To describe the recommendations of physiotherapy treatments from the scientific literature for the management of the most prevalent diseases involving pain as the main complaint.

Method. – The elaboration of this overview followed a systematic process of review of the scientific literature aiming to extract the most recent guidelines published by national and international institutions working in the field of health. In the absence of recent guidelines, the results of systematic reviews with or without meta-analyses were extracted to formulate recommendations based on the levels of evidence of the included studies.

Results. – Among all musculoskeletal, neuromuscular and pelvic diseases involving pain, 14 diseases were selected for which recommendations for physiotherapy treatments could be extracted from 17 identified clinical practice guidelines.

Conclusion. – For all selected diseases and depending on the patient's expectations and goals, it is broadly recommended to encourage the patient to perform regular active exercises to improve function (mobility, motor control, strength and endurance) and reduce pain, combined with education to improve symptom management. Passive modalities such as stretching, massage, ultrasound or laser therapy, and manual therapy (joint mobilizations and manipulations) may help reduce pain in the short term, but should not be the only and primary treatment strategies offered to the patient to achieve lasting improvement.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Ces dernières décennies ont vu l'accroissement significatif des données scientifiques mettant en lumière des avancées majeures concernant l'efficacité des traitements

kinésithérapiques, basés pour certains d'entre eux sur une approche biopsychosociale, tels que des exercices actifs ainsi que l'éducation et conseils fournis au patient pour la gestion de ses symptômes [1,2]. Il y a encore 20 ans, la kinésithérapie était vue comme un traitement

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

| Grade de recommandations | Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature |
|---|--|
| Grade A Preuve scientifique établie | Niveau 1 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 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 Études cas-témoin Niveau 4 Études contrôlées avec risque de biais élevé, Études rétrospectives, Série de cas, Études épidémiologique et descriptive (transversale, longitudinale) |
| Grade D Preuves contradictoires Avis d'experts Absence de preuve scientifique disponible | Niveau 5 Niveau 5 |

« *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 telles que la lombalgie ou la cervicalgie non-spécifique [3]. 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 de nombreuses 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 [1,2].

Il est ainsi nécessaire pour garantir une qualité optimale de soins dispensés aux patients que les kinésithérapeutes mettent à jour leurs pratiques au regard des connaissances médicales avérées en les associant aux attentes et valeurs des patients.

Cette synthèse a pour objectif de décrire les recommandations de traitements kinésithérapiques issues de la littérature scientifique pour la prise en charge des pathologies les plus prévalentes impliquant de la douleur comme symptôme principal.

Méthode

L'élaboration de cette synthèse 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 (liste exhaustive en [Annexe 1](#)). En l'absence de recommandations récentes, les résultats de revues systématiques avec ou sans méta-analyses ont été extraits pour formuler des recommandations à partir des niveaux de preuve des études incluses ([Annexe 1](#)). La recherche de recommandations de pratiques cliniques et de revues systématiques avec ou sans méta-analyses a été effectuée jusqu'à décembre 2020. Par pathologie, les traitements kinésithérapiques 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](#)) [4].

Résultats

Parmi l'ensemble des pathologies musculosquelettiques, neuromusculaires et pelviennes impliquant de la douleur, 14 pathologies ont été sélectionnées et pour lesquelles les traitements kinésithérapiques rapportés par grade de recommandation tirée de 17 guides de pratiques cliniques [5–21] sont présentés dans le [Tableau 2](#).

Tableau 2 Recommandations de traitements kinésithérapiques pour la prise en charge de patients présentant une pathologie prévalente sélectionnée impliquant de la douleur.

| | Grade A | Grade B | Grade C | Grade D | Avis d'experts |
|--|--|---|--|---|--|
| Lombalgie non-spécifique chronique [5,6] | Exercices actifs visant la récupération de la mobilité Exercices actifs visant la récupération progressive de l'endurance, de la force musculaire et de la coordination | Éducation et conseils fournis au patient pour la gestion de ses symptômes | Thérapie manuelle: mobilisations et manipulations articulaires | Thérapie à base d'ultrasons et de laser | |
| Cervicalgie non-spécifique chronique [6,7] | Exercices actifs: renforcement musculaire et aérobie | Thérapie cognitivo-comportementale: exposition graduée à la douleur Éducation et conseils pour l'amélioration de la fonction et la gestion de la douleur | Collier cervical Électrothérapie (TENS) et traitement par ultrasons ou par laser Thérapie manuelle: mobilisations ou manipulations articulaires Dry-needling (puncture sèche) | | |
| Troubles associés à un fléau cervical [8] | | Conseils et éducation visant la réassurance et l'entretien des comportements habituels (lutte contre la kinésiophobie et l'hyper vigilance) Exercices actifs mobilisant l'ensemble de l'amplitude du mouvement et renforçant les muscles scapulaires et du cou | Thérapie cognitivo-comportementale: exposition graduée à la douleur Rééducation vestibulaire | | Utilisation de colliers cervicaux (recommandation contre son utilisation) Thérapie manuelle: manipulations et/ou mobilisations passives des articulations cervicales Électrothérapie (recommandation contre son utilisation) |

| Tableau 2 (Continued) | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| | Grade A | Grade B | Grade C | Grade D | Avis d'experts |
| Capsulite rétractile de l'épaule [9] | | Éducation et conseils fournis au patient : pronostic de l'évolution de la pathologie, promotion la modification de l'activité et favoriser la mobilité sans symptôme Exercices actifs à faible intensité visant à améliorer la mobilité de l'épaule Étirements des muscles de l'épaule | Thérapie par ondes de choc, ultrasons ou stimulation électrique | Thérapie manuelle : manipulation passive de l'articulation gléno-humérale | |
| 5 Tendinopathie de la coiffe des rotateurs, des épicondyles latérale et médiale et des ischio-jambiers [10] | Exercices actifs lents incluant des résistances élevées pour améliorer la force de l'unité muscle-tendon et la gestion de la charge (en deuxième et troisième phase de traitement en cas de tendinopathie réactive ou chronique) Thérapie cognitivo-comportementale : exposition graduée à la douleur pour les patients présentant de la douleur chronique ou une sensibilisation centrale (en deuxième phase de traitement en cas de tendinopathie réactive ou chronique) | Thérapie par laser à faible intensité pour les stades aiguë et chronique de tendinopathie Thérapie par ondes de choc de type focal et radial pour le stade aigu (recommandation contre son utilisation) | Techniques de tissus mous telles que le massage superficiel et profond Thérapie par ultrasons pour les stades aiguë et chronique | | 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 chronique</i>) Exercices actifs visant l'amélioration des mouvements locaux et régionaux de la tendinopathie (<i>en première phase de traitement en cas de tendinopathie chronique</i>) |

Tableau 2 (Continued)

| | Grade A | Grade B | Grade C | Grade D | Avis d'experts |
|---|--|--|--|---------|---|
| | Thérapie manuelle : mobilisations passives des articulations adjacentes à la tendinopathie pour des effets à court terme | Utilisation de bande de tape (recommandation contre son utilisation) | Thérapie par ondes de choc de type focal et radial pour le stade chronique | | Exercices incluant des mouvements spécifiques en lien avec les activités sportives et personnelles du patient (<i>en troisième phase de traitement en cas de tendinopathie chronique</i>) Education visant à instaurer une routine d'échauffement avant la réalisation d'une activité contraignante (en dernière phase de traitement en cas de tendinopathie chronique pour la reprise du sport) Exercices actifs spécifiques à la réintégration sportive en prévision d'une compétition (en dernière phase de traitement en cas de tendinopathie chronique pour la reprise du sport) |
| Douleur de la coiffe des rotateurs de l'épaule [11] | | Exercices de renforcement musculaire | Thérapie par ultrasons | | Cryothérapie (application dans les premières 48 heures après première douleur) Utilisation de thermothérapie(application de chaleur à partir de la 48 ^e heure post-douleur) |
| Spondylolisthésis [21] | | Thérapie manuelle : mobilisations passives de l'épaule | | | Mobilisations neurales visant les symptômes radiculaires ressentis par le patient (techniques neurodynamiques) |
| Ostéoarthrose de hanche [12] | Exercices actifs visant la flexibilité, le renforcement et l'endurance de la hanche | Éducation et conseils combinés à des exercices et/ou de la thérapie manuelle | Exercices actifs d'équilibre et fonctionnels | | |

Tableau 2 (Continued)

| | Grade A | Grade B | Grade C | Grade D | Avis d'experts |
|----------------------------------|---|--|---------|------------------------|----------------|
| Ostéoarthrose du genou [13] | Thérapie manuelle : mobilisation passive et/ou techniques de tissus mous de la hanche | Thérapie par ultrasons associée à des exercices actifs et de la thermothérapie à court terme pour la gestion de la douleur Exercices actifs visant l'amélioration de la mobilité des articulations du genou Utilisation d'une canne comme une aide à la marche si besoin Électrothérapie et stimulation électrique neuromusculaire (recommandation contre son utilisation) Exercices actifs de renforcement musculaire Exercice actifs de remise en charge du membre inférieur Auto-rééducation et éducation | | Thérapie par ultrasons | |
| Spondylarthrite ankylosante [14] | Thérapie cognitivo-comportementale : exposition graduée à la douleur Éducation à la compréhension de la pathologie et à la gestion des facteurs de risque Étirements Exercices actifs de renforcement musculaire, posturaux et aérobie Balnéothérapie | Thérapie manuelle : mobilisation passive des articulations affectées et massage des tissus mous Thérapie manuelle : manipulation des articulations affectées (recommandation contre son utilisation) | | | |

Tableau 2 (Continued)

| | Grade A | Grade B | Grade C | Grade D | Avis d'experts |
|---|--|---|--|---------|----------------|
| Céphalée de tension [15] | | Éducation à la compréhension de la pathologie et la gestion des facteurs de risque | Thérapie manuelle : mobilisations passives des articulations cervicales, massage et étirements des muscles cervicaux et crâniens | | |
| Syndrome douloureux régional complexe [16] | | Thérapie cognitivo-comportementale : exposition graduée à la douleur Exercices actifs de renforcement musculaire et aérobie Thérapie miroir | Exercices actifs visant à améliorer la mobilité du membre atteint Thérapie manuelle : mobilisations articulaires de la région atteinte | | |
| Fibromyalgie [17,20] | Exercices actifs de renforcement musculaire et aérobie | Imagerie motrice graduelle | Thérapie cognitivo-comportementale : exposition graduée à la douleur | | |
| Syndrome de douleur pelvienne chronique [18,19] | | Exercices aérobie | Exercices actifs de renforcement musculaire visant le plancher pelvien Thérapie cognitivo-comportementale : exposition graduée à la douleur | | |

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 présents conjointement (ex : effort physique soutenu, facteurs psychosociaux tels qu'un épisode de stress, de fatigue, de troubles du sommeil, etc..) [22]. 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. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la lombalgie non-spécifique chronique sont issues de celles de la *Haute Autorité de Santé*, publiées en 2019 [5] et des auteurs Babatunde et al., publiées en 2017 [6].

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..) [22]. 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. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la cervicalgie non-spécifique chronique sont issues de celles de l'*Association Américaine de Physiothérapie*, publiées en 2018 [7] et des auteurs Babatunde et al., publiées en 2017 [6].

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/ou dysfonctions (ex : raideur cervicale, céphalées, vertiges..) pouvant apparaître à la suite de mouvements soudains d'accélération-décélération de la tête [23]. Ces troubles sont considérés comme les conséquences les plus fréquentes après un accident de la voie publique (ex : accident de la route) [24,25]. 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. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique des troubles associés à un fléau cervical sont issues de celles du *Conseil National de la Santé et de la Recherche Médicale du Gouvernement Australien*, publiées en 2008 [8].

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 que des troubles du sommeil ou du stress prolongé ont un rôle majeur dans le développement et l'installation d'une capsulite rétractile, au-delà des efforts physiques sollicitant l'épaule. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la capsulite rétractile de l'épaule sont issues de celles de l'*Association Américaine de Physiothérapie*, publiées en 2013 [9].

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

La tendinopathie est à son stade aiguë 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).

L'association de contraintes mécaniques inadaptées aux capacités du tendon et la présence de facteurs psychosociaux peuvent faciliter l'installation et le maintien des symptômes tels que la douleur.

Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, des épicondyliens médiaux et latéraux et des ischio-jambiers sont issues de celles de l'*Université de l'État de l'Ohio*, États-Unis, publiées en 2017 [10].

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. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la douleur de la coiffe des rotateurs de l'épaule sont issues de celles de l'*Université de Nouvelle-Galles du Sud*, Australie, publiées en 2013 [11].

Le spondylolisthésis

Le spondylolisthésis est le glissement d'un corps vertébral par rapport au corps vertébral adjacent, pouvant mais pas systématiquement provoquer des symptômes tels que de la douleur nociceptive ou neuropathique. 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. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la douleur causée par un spondylolisthésis sont issues de celles des auteurs Matz et al., publiées en 2016 [21].

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 au niveau de la région de l'aîne). Le vieillissement et les facteurs génétiques sont des facteurs de risque importants de l'arthrose symptomatique de la hanche. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la douleur causée par une ostéoarthrose de hanche et de genou sont issues de celles de l'Association Américaine de Physiothérapie, publiées en 2017 [12] et des auteurs McAlindon et al., publiées en 2014 [13].

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. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la douleur causée par une spondylarthrite ankylosante sont issues de celles du National Institute for Health and Care Excellence, publiées en 2017 [14].

La céphalée de tension

La céphalée de tension est actuellement incomplètement comprise. Il s'agit de la céphalée primaire, sans cause

pathoanatomique, la plus prévalente : 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 épisodes de céphalées légères à modérées avec peu de symptômes associés. Les mécanismes périphériques de transmission et de traitement de la nociception sont les plus susceptibles de jouer un rôle dans les céphalées de tension épisodiques peu fréquentes et fréquentes, tandis que les mécanismes centraux de traitement de la nociception et de perception de la douleur jouent un rôle plus important dans les céphalées de tension chroniques. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la céphalée de tension sont issues de celles des auteurs Côté et al., publiées en 2019 [15].

Le syndrome douloureux régional complexe

Le syndrome douloureux régional complexe est une pathologie satisfaisant aux critères de Budapest [26] :

- une douleur continue, disproportionnée au regard de tout événement déclenchant connu,
- le patient doit rapporter au moins 1 symptôme dans 3 catégories distinctes parmi les 4 catégories suivantes :
 - sensitif,
 - vasomoteur,
 - sudomoteur/œdème,
 - moteur/trophique ;
- Au moment de l'examen médical, doivent être retrouvés au moins 1 signe clinique dans 2 catégories distinctes parmi les 4 catégories suivantes :
 - sensitif,
 - vasomoteur,
 - sudomoteur/œdème,
 - moteur/trophique ;
- Il n'existe pas d'autre pathologie pouvant mieux rendre compte de la symptomatologie.

Il s'agit d'une affection qui peut se développer après le traumatisme physique d'un membre.

Le syndrome douloureux régional complexe peut être caractérisé par une douleur neuropathique régionale post-traumatique associée à d'autres troubles provoquant des symptômes disproportionnés par rapport à l'état lésionnel initial.

Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique du syndrome douloureux régional complexe sont issues de celles du Royal College of Physicians, publiées en 2018 [16].

La fibromyalgie

La fibromyalgie est une maladie caractérisée par un ensemble de symptômes tels qu'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 à un 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. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique de la fibromyalgie sont issues de celles des auteurs Macfarlane et al., publiées en 2017 [17] et de celles de l'*Institut National de Santé et de la Recherche Médicale*, publiées en 2020 [20].

Le syndrome de douleur pelvienne chronique

Le syndrome de 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 [18,19]. Si des mécanismes impliquant de la douleur chronique et une sensibilisation centrale sont présents, l'affection est considérée comme chronique, quelle que soit la durée. Le syndrome de 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. Les recommandations présentées pour la prise en charge kinésithérapique du syndrome de douleur pelvienne chronique sont issues des auteurs Jarrell et al., publiées en 2005 [18] et des auteurs Doiron et Nickel, publiées en 2018 [19].

Conclusion

Pour toutes les pathologies sélectionnées et selon les attentes et objectifs du patient, il est globalement recommandé de l'encourager à réaliser de manière régulière des exercices actifs visant à améliorer sa fonction (mobilité, contrôle moteur, force et endurance) et réduire sa douleur associé à des conseils et de l'éducation pour améliorer la gestion de ses 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 son état de santé.

Financement

Les auteurs n'ont disposé d'aucun financement pour la réalisation de ce travail.

CRediT

Conception de l'étude ou du projet : Anthony Demont, Sébastien Martin

Collecte des données : Anthony Demont

Analyse : Anthony Demont, Sébastien Martin

Élaboration de la méthodologie : Anthony Demont, Théo Chaumeil, Sébastien Martin

Suivi du projet : Anthony Demont, Théo Chaumeil, Sébastien Martin

Validation : Anthony Demont, Théo Chaumeil, Sébastien Martin

Représentation des travaux : Anthony Demont, Théo Chaumeil

Rédaction du manuscrit initial : Anthony Demont

Relecture/révisions du manuscrit : Anthony Demont, Théo Chaumeil, Sébastien Martin

Remerciements

Les auteurs remercient l'association Ville-Hôpital Lutte contre la douleur pour la diffusion des travaux réalisés.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

supplément en ligne. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.douler.2021.06.007>.

Références

- [1] Benton AD, Benton DC. Evolution of physiotherapy scholarship: a comparative bibliometric analysis of two decades of English published work. *Physiother Res Int* 2019;24(2):e1760.
- [2] Jesus TS, Gianola S, Castellini G, Colquhoun H, Brooks D. Evolving Trends in Physiotherapy Research Publications between 1995 and 2015. *Physiotherapy Canada* 2019;72(2):122–31.
- [3] Jones RJE, Santaguida P. Evidence-based practice and health policy development: the link between knowledge and action. *Physiotherapy* 2005;91(1):14–21.
- [4] Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]; 2013 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.
- [5] Haute Autorité de Santé. Fiche mémo: Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. In: Rapport d'élaboration. [Internet]; 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf.
- [6] Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, Jordan JL, Corp N, Humphries K, et al. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access

- services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS ONE* 2020;15(7):e0235364.
- [7] Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, Devaney LL, Clewley D, Walton DM, et al. Neck Pain: Revision 2017. *J Orthop Sports Phys Ther* 2017;47(7):A1–83.
- [8] Clinical guidelines for best practice management of acute and chronic whiplash-associated disorders - UQ eSpace [Internet]. [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:266894>.
- [9] 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;43(5):A1–31.
- [10] Vicenzino B. Tendinopathy: evidence-informed physical therapy clinical reasoning. *J Orthop Sports Phys Ther* 2015;45(11):816–8.
- [11] 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. Disponible sur: <https://rcs.med.unsw.edu.au/sites/default/files/rcs/page/RotatorCuffSyndromeGuidelines.pdf>.
- [12] 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;47(6):A1–37.
- [13] 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;22(3):363–88.
- [14] National Institute for Health Care Excellence. Spondyloarthritis in over 16s: diagnosis and management [Internet]; 2017 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng65/resources/spondyloarthritis-in-over-16s-diagnosis-and-management-pdf-1837575441349>.
- [15] 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;23(6):1051–70.
- [16] Royal College of Physicians. Complex regional pain syndrome in adults (2nd edition) [Internet].; 2018 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/complex-regional-pain-syndrome-adults>.
- [17] Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* 2017;76(2):318–28.
- [18] 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;27(9):869–910.
- [19] Doiron RC, Nickel JC. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Can Urol Assoc J* 2018;12(6 Suppl 3):S161–3.
- [20] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Expertise collective - Fibromyalgie (2020) [Internet]; 2020 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/fibromyalgie>.
- [21] 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;16(3):439–48.
- [22] Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet* 2012;379(9814):482–91.
- [23] Walton DM, Elliott JM. An integrated model of chronic whiplash-associated disorder. *J Orthop Sports Phys Ther* 2017;47(7):462–71.
- [24] Gwilym SE, Stace RM. Whiplash associated disorder. *Bone & Joint* 2015;4(1):37–9.
- [25] 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 (PhilaPa 1976)* 1995;20(8 Suppl):15–73S.
- [26] Harden NR, Bruehl S, Perez RSGM, Birklein F, Marinus J, Maihofner C, et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the « Budapest Criteria ») for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain* 2010;150(2):268–74.