

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 21 mai 2026
Par DELEU Laura**

**Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge au comptoir des
patients atteints de sciatgie.**

Membres du jury :

Président : Monsieur **Lebegue Nicolas**, Professeur d'Université, Université de Lille.

Directeur, conseiller de thèse : Monsieur **Lebegue Nicolas**, Professeur
d'Université, Université de Lille.

Assesseur(s) : Madame **D'Haeyere-Charbonneau Sophie**, Docteur en pharmacie,
Adjoint, Halluin ; Madame **Courcelle Anne**, Docteur en pharmacie, Enseignante LRU
à l'Université de Lille ; Madame **Delcroix Flore**, Masseur-kinésithérapeute, Halluin.



UFR3S - Pharmacie
Enseignants et Enseignants-chercheurs

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services
FABRE

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87

Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87

Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26

Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais

Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique



UFR3S-Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.



Remerciements

À mon président de jury et directeur de thèse,
Monsieur le Professeur Lebegue, je vous remercie sincèrement pour la confiance que vous m'avez témoigné en dirigeant ces recherches et pour avoir accepté de présider ce jury.

Aux membres du jury,
Je tiens à exprimer ma gratitude à Madame D'Haeyere-Charbonneau, Madame Courcelle et Madame Delcroix pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

À la pharmacie Bahous et à la pharmacie Corbisé,
Je vous remercie pour l'accueil et la confiance que vous m'avez témoignés tout au long de mon cursus. Ces expériences à vos côtés ont été déterminantes pour ma formation. Merci de m'avoir transmis votre savoir-faire et de m'avoir permis d'appréhender la réalité du métier avec autant de bienveillance.

À la pharmacie du Manoir,
Je tiens à remercier Madame Delehonte et Madame Mensier pour l'accueil lors de mon stage de sixième année. Au-delà de la transmission de votre savoir-faire, votre bienveillance et vos qualités humaines sont pour moi une véritable source d'inspiration. Mes remerciements s'adressent également à toute l'équipe pour son accueil, sa disponibilité et sa bonne humeur partagée au quotidien. Apprendre à vos côtés est une étape clé de mon parcours.

À ma famille,
Merci pour vos petits mots de soutien si précieux. Votre présence à mes côtés, peu importe la distance, a été un pilier essentiel tout au long de ces années.

À ceux qui ont croisé ma route,
Merci d'avoir été un soutien à un instant donné, même si la vie sépare parfois. Chacun de vous a, à sa manière, contribué à la personne que je suis aujourd'hui.

À mon grand-père, Robert,
Aujourd'hui tu ne peux pas être physiquement présent, mais ton amour ne cesse de me guider. Tu me manques.

À ma copine Coralie,
Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir toujours soutenue. Tes conseils ont toujours été très justes. Merci.

À mon amie si précieuse, Rebiha,
Merci d'avoir partagé ton appartement et de m'avoir permis de tant rigoler. Tu feras un merveilleux médecin.

À mes amies, Camille, Majdeline et Suzanne,
Merci d'avoir rendu ces années plus joyeuses, plus faciles. On est passé par tellement d'émotions, entre les pleurs, les rires, le stress, les échecs, les réussites, les révisions et les voyages. Merci de

m'avoir épaulée dans les moments les plus durs et félicitations pour avoir réussi à me supporter.
Merci d'être vous.

À mes parents, Pascal et Béatrice, et à ma sœur Estelle,
Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir toujours réconfortée quand j'en avais besoin. Si
j'en suis là c'est grâce à vous mais c'est aussi pour vous. Je vous aime.

Table des matières

Liste des abréviations	1
Liste des figures	2
Liste des tableaux.....	3
I. Introduction	4
II. Épidémiologie et physiopathologie de la sciatique.....	5
a. Épidémiologie de la sciatgie	5
b. Physiopathologie de la sciatgie	8
b.1 Anatomie de la colonne vertébrale	8
b.2 Disques intervertébraux.....	9
b.3 Moelle épinière	10
b.4 Nerf sciatique.....	11
b.5 Sciatgie	13
b.5.1 Définition et généralités	13
b.5.2 Étiologies fréquentes de la sciatgie	14
b.5.2.a Sciatgie vraie	14
b.5.2.b Fausse sciatgie.....	15
b.5.3. Conclusion	18
III. Diagnostic et évaluation	18
a. Diagnostic et évaluation de la douleur	18
b. Signes d'alerte et de gravité.....	22
IV. Prise en charge – Généralités	23
a. Traitements non pharmacologiques	24
a.1 Kinésithérapie	24
a.2 Thérapies corps-esprit et approches complémentaires	25
a.2.1 Thérapies cognitives et comportementales (TCC).....	25
a.2.2 Acupuncture.....	26
a.2.3 Yoga et autres approches complémentaires.....	26
a.3 Physiothérapie et mesures physiques.....	27
a.3.1 Thermothérapie	27
a.3.2 Massages	27
a.3.3 Ceinture lombaire	28
a.4 Tableau synthétique - interventions non médicamenteuses.....	29
b. Traitements pharmacologiques	30
b.1 Traitements médicamenteux conventionnels	30
b.1.1 Paracétamol.....	30
b.1.1.a Mécanisme d'action pharmacologique	30
b.1.1.b Effets indésirables	31
b.1.1.c Recommandations.....	31
b.1.2 Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).....	31
b.1.2.a Mécanisme d'action pharmacologique	32
b.1.2.b Effets indésirables	32
b.1.2.c Recommandations.....	32
b.1.3 Opioides.....	33
b.1.3.a Mécanisme d'action pharmacologique.....	33

b.1.3.b Effets indésirables	34
b.1.3.c Dépendance et mésusage.....	34
b.1.3.d Recommandations.....	34
b.1.4 Myorelaxants	34
b.1.4.a Mécanisme d'action pharmacologique	35
b.1.4.b Effets indésirables	36
b.1.4.c Recommandations.....	36
b.1.5 Corticoïdes.....	36
b.1.5.a Mécanisme d'action pharmacologique.....	36
b.1.5.b Effets indésirables	37
b.1.5.c Recommandations.....	37
b.1.6 Antidépresseurs et antiépileptiques	38
1.b.6.a Mécanisme d'action pharmacologique des antidépresseurs - Inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) .	38
1.b.6.b Effets indésirables des IRSNa.....	39
1.b.6.c Mécanisme d'action pharmacologique des antiépileptiques - gabapentinoïdes	39
b.1.6.d Effets indésirables des antiépileptiques - gabapentinoïdes	39
1.b.6.e Recommandations.....	40
b.2 Plantes médicinales.....	40
b.2.1 Harpagophytum	41
b.2.1.a Mécanisme d'action	41
b.2.1.b Effets indésirables	41
b.2.1.c Preuves scientifiques.....	41
b.2.2 Saule blanc.....	42
b.2.2.a Mécanisme d'action	42
b.2.2.b Effets indésirables	42
b.2.2.c Preuves scientifiques.....	42
b.2.3 Curcuma	43
b.2.3.a Mécanisme d'action	43
b.2.3.b Effets indésirables	43
b.2.3.c Preuves scientifiques.....	44
b.2.4 Ortie	44
b.2.4.a Mécanisme d'action	45
b.2.4.b Effets indésirables	45
b.2.4.c Preuves scientifiques.....	45
b.2.5 Patch Artcure	45
b.2.6 Cannabinoïdes (THC et CBD).....	46
b.2.6.a Mécanisme d'action	46
b.2.6.b Effets indésirables	46
b.2.7 Conclusion.....	46
b.3 Biothérapies / Traitements innovants	47
c. Perspectives et thérapies émergentes	47
V. Prise en charge au comptoir.....	49
a. Approche thérapeutique	49
b. Conseils et prévention	51

b.2 Conseils médicamenteux au comptoir	51
b.2.1 Paracétamol.....	51
b.2.2 Les AINS.....	52
b.2.3 Opioïdes.....	55
b.2.4 Myorelaxants	55
b.2.5 Plantes.....	57
2.b.5.a Harpagophytum	57
2.b.5.b Saule blanc.....	58
2.b.5.c Curcuma	58
2.b.5.d Ortie.....	59
2.b.5.e Huiles essentielles.....	59
b.1 Conseils non-médicamenteux au comptoir	59
b.1.1 Exercices physiques et étirements	59
b.1.2 Posture et ergonomie	60
b.1.3 Thermothérapie	63
b.1.4 Massages et automassages.....	64
b.1.5 Ceinture lombaire	64
b.1.5.a Prescription et délivrance à l'officine	64
b.1.5.b Choix du type de ceinture.....	65
b.1.5.c Conseils au comptoir : interrogatoire et adaptation.....	66
b.1.5.d Prise de mesure et essayage.....	67
b.1.5.e Mise en place	68
b.1.5.f Entretien et précautions.....	69
b.1.6 Kinésithérapie et rééducation	69
b.1.7 Relaxation et gestion du stress	70
b.1.8 Alimentation	71
b.3 Conseils spécifiques grossesse et allaitement.....	72
c. Le rôle du pharmacien d'officine	73
c.1 La pharmacie clinique.....	73
c.2 Pharmacovigilance.....	75
c.3 Prévention mésusage	75
c.4 Coordination interprofessionnelle	76
c.5 Suivi thérapeutique	77
c.6 Éducation thérapeutique.....	77
c.7 Santé publique.....	78
VI. Conclusion.....	78
VII. Bibliographie	80

Liste des abréviations

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

AUC : Aire sous la courbe

SLR : Straight Le Rias

StEP : Standardised Evaluation of Pain

HAS : Haute Autorité de Santé

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

EVA : Échelle Visuelle Analogique

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

IEC : Injection Épidurale de Corticostéroïdes

TCA : Antidépresseurs Tricycliques

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine et Noradrénaline de type a

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

SNC : Système Nerveux Central

THC : Tétrahydrocannabinol

CBD : Cannabidiol

rTMS : Stimulation Magnétique Transcrânienne Répétitive

tDCS : Stimulation Transcrânienne à Courant Continu

HAL : Hyper Articles en Ligne

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

OMEDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

LPPR : Liste des Produits et des Prestations Remboursables

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMF : Praticien en Médecine de Famille

PMO : Praticien Médicale Ordonnateur

CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Liste des figures

Figure 1 : Les différentes parties de la colonne vertébrale.....	8
Figure 2 : Vertèbres vue de haut	9
Figure 3 : Vertèbres de profil.....	10
Figure 4 : Le disque intervertébral.....	10
Figure 5 : La colonne vertébrale et le système nerveux.....	11
Figure 6 : Représentation du trajet anatomique du nerf sciatique et de son territoire de douleur associé	12
Figure 7 : Schéma illustrant les racines du nerf sciatique	13
Figure 8 : Schéma de l'approche officinale d'un patient atteint de sciatalgie	50
Figure 9 : Illustration du dos du chat (117).....	59
Figure 10 : Illustration du pont fessier (118)	59
Figure 11 : Illustration de la bonne posture ergonomique en position assis (119).....	60
Figure 12 : Illustrations des exemples de postures à adapter (120).....	61
Figure 13 : Illustration d'une ceinture corset Orliman (127)	64
Figure 14 : Illustration d'une ceinture de soutien lombaire Orliman (128)	64
Figure 15 : Illustration d'une ceinture de soutien lombaire adaptée à un surpoids Orliman (129)	65
Figure 16 : Illustration d'une ceinture de soutien lombaire adaptée pour femme enceinte Orliman (130)	66
Figure 17 : Illustration de la procédure standard de mise en place et ajustement de la ceinture lombaire (Modèle Thuasne LombaStart) (131).....	67

Liste des tableaux

Tableau 1 : Prévalence totale de la douleur sciatique selon la situation professionnelle chez les hommes et les femmes, dans la population générale de 18-64 ans.....	5
Tableau 2 : Prévalence totale de la douleur sciatique selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité, chez les hommes et les femmes, dans la population active occupée de 18-64 ans.....	7
Tableau 3 : Outil de notation basé sur le modèle (i) pour les éléments d'évaluation clinique et la probabilité prédite correspondante de sciatique	19

I. Introduction

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent la première cause de morbidité liée au travail en France mais également en Europe et dans le monde, selon des études de la santé du travail.(1) Fréquents et lourdement impactants sur le plan socio-économique, les TMS constituent un problème de santé publique majeur.

Selon une étude menée par J. Gourmelen publiée par l'Inserm en 2007, près de 55 % des adultes âgés de 30 à 64 ans ont déclaré avoir souffert de lombalgie au moins un jour au cours des 12 mois précédents, ce qui souligne la forte prévalence de cette pathologie dans la population française.(2) Toutefois, cet article ne distingue pas les lombalgies des sciatalgies, regroupant l'ensemble des douleurs dorsales sous une même appellation, ce qui constitue une limite importante pour une analyse plus fine.

Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux sciatalgies, qui s'inscrivent dans les TMS du rachis. On parle de sciatiques vraies lorsqu'il s'agit d'une atteinte radiculaire, c'est-à-dire une irritation ou une compression directe du nerf sciatique (souvent par une hernie discale). En revanche, on parle de fausse sciatique lorsqu'il s'agit de douleurs projetées qui ne résultent pas d'une atteinte du nerf lui-même (atteinte non radiculaire).

Ce champ lexical est souvent source de confusion : les termes sciatiques, sciatalgies, lombalgies et douleur sciatique sont employés de manière interchangeable, alors qu'ils recouvrent des réalités cliniques différentes. Cette distinction sera approfondie au cours de ce travail.

La sciatalgie se manifeste typiquement par une douleur unilatérale partant du bas du dos et descendant dans la fesse, la cuisse, voire jusqu'au pied. Cette douleur peut engendrer une gêne importante dans la vie quotidienne, altérer la qualité de vie des patients, et conduire à des arrêts de travail prolongés.

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine occupe une place importante dans la détection et la prise en charge des sciatalgies de par sa proximité avec le patient et sa capacité à orienter rapidement le patient vers une prise en charge adaptée. Son rôle est crucial puisqu'il intervient souvent en première ligne, que ce soit pour conseiller un traitement symptomatique ou pour repérer les signes d'alertes nécessitant une consultation médicale. De par sa position au centre du parcours de soins, le pharmacien joue un rôle clé dans l'accompagnement thérapeutique, la prévention des récidives par l'éducation du patient, les conseils posturaux, ou encore l'encouragement à l'activité physique adaptée. Il est donc essentiel que ce professionnel de santé dispose des connaissances et des outils nécessaires pour intervenir efficacement, en synergie avec les autres acteurs de santé.

Pour répondre à ces enjeux, cette thèse s'organisera en cinq parties, incluant cette partie introductive. Après un rappel de l'épidémiologie et de la physiopathologie de la douleur sciatique, nous aborderons les modalités de sa prise en charge, puis nous nous intéresserons au rôle du

pharmacien d'officine dans l'accompagnement de ces patients. Une étude de cas viendra illustrer les situations rencontrées au comptoir, avant de proposer des pistes d'optimisation de cette prise en charge.

II. Épidémiologie et physiopathologie de la sciatique.

a. Épidémiologie de la sciatgie

Selon les données du Baromètre de Santé publique France de 2021 (1), la prévalence totale de douleurs sciatiques déclarées dans la population générale âgée de 18 à 64 ans est estimée à 19,2%. Une différence marquée selon le sexe est observée : les femmes présentent une prévalence nettement plus élevée (23,3%) comparée à celle des hommes (14,8%), mettant en évidence une vulnérabilité accrue des femmes à ces types de troubles musculosquelettique.

Par ailleurs, une tendance croissante de la prévalence avec l'âge est observable. Chez les hommes, la prévalence passe de 4,6% chez les 18-29 ans à 20,2% chez les 45-64 ans. On retrouve une similitude chez les femmes, avec une progression de 12,9% à 27,0% aux mêmes âges. Cette évolution montre l'impact probable du vieillissement, de la fatigue physique et de l'accumulation des facteurs de risques.

Tableau 1 : Prévalence totale de la douleur sciatique selon la situation professionnelle chez les hommes et les femmes, dans la population générale de 18-64 ans.

Population générale de 18-64 ans	Nombre de cas (*)	Prévalence (%)	IC 95 %	
Total	3 395	19,2	18,4	19,9
Homme	1 292	14,8	13,9	15,8
Femme	2 103	23,3	22,2	24,5
Homme 18-29 ans	93	4,6	3,5	5,8
Homme 30-44 ans	350	14,8	13,1	16,7
Homme 45-64 ans	849	20,2	18,7	21,8
Femme 18-29 ans	218	12,9	11,0	15,0
Femme 30-44 ans	676	25,5	23,4	27,6
Femme 45-64 ans	1 209	27,0	25,4	28,7
Homme Travail	978	15,3	14,2	16,4
Homme Etudes	23	2,9	1,7	4,6
Homme Chômage	100	14,8	11,5	18,7
Homme Retraite	127	18,6	15,2	22,4
Homme Autres inactifs	64	27,8	20,7	35,9
Femme Travail	1 458	23,4	22,1	24,7
Femme Etudes	46	7,2	5,0	9,9
Femme Chômage	183	25,3	21,6	29,4
Femme Retraite	175	24,8	20,7	29,2
Femme Autres inactifs	241	34,6	30,1	39,3

(*) Le nombre de cas de douleurs déclarées pour un TMS est celui observé dans l'échantillon du Baromètre de Santé publique France 2021, avant pondération.

Source : Santé publique France (3). IC 95% : Intervalle de confiance à 95%.

De plus, on voit une variation des résultats selon la situation professionnelle. Par exemple, chez les hommes inactifs hors retraite, la prévalence atteint 27,8% et chez les femmes 34,6%, soit les

proportions les plus élevées observées. Cela peut nous interroger sur le lien entre inactivité et santé musculosquelettique.

On remarque aussi des disparités selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité (Tableau 2). Chez les hommes, ce sont les secteurs des arts, spectacles et activités récréatives (19,0%) suivis de l'agriculture, sylviculture et pêche (18,4%), qui affichent les prévalences les plus élevées. Chez les femmes, le secteur des activités immobilières se démarque nettement avec une prévalence de 33,5%, un chiffre particulièrement élevé en comparaison avec d'autres secteurs comme l'information et communication (13,9%) ou l'industrie manufacturière (18,7%).

De part ces résultats, on peut suggérer que les douleurs sciatiques ne sont pas uniquement liées à l'âge ou au sexe, mais également aux conditions de travail, au type d'emploi occupé, et aux inégalités sociales à travers le monde professionnel.

En conclusion, les données du Baromètre de Santé publique France montrent que la douleur sciatique est une problématique de santé majeure, touchant environ un actif sur cinq. Si les facteurs biologiques comme l'âge, et le sexe sont des déterminants évidents, l'analyse plus précise montre une influence de l'environnement socio-professionnel. On observe de fortes prévalences dans des secteurs très variés (immobilier, agriculture, arts) ce qui démontre que les risques ne sont pas uniquement liés à la force physique mais également à des contraintes posturales et pénibilités physiques.

Ces précisions soulignent donc bien la nécessité de prévention adaptée à chaque secteur d'activité. Il faut certes traiter la pathologie mais encore plus agir sur les conditions de travail et promouvoir une meilleure ergonomie pour réduire ces inégalités de santé au sein de la population active.

Tableau 2 : Prévalence totale de la douleur sciatique selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité, chez les hommes et les femmes, dans la population active occupée de 18-64 ans.

Actifs occupés 18-64 ans	Nombre de cas (*)	Prévalence (%)	IC 95 %	
Total	2 436	19,2	18,3	20,1
Homme	978	15,3	14,2	16,4
Femme	1 458	23,4	22,1	24,7
Homme 1_Agriculteurs exploitants	34	18,5	11,6	27,2
Homme 2_Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	101	17,5	13,6	22,0
Homme 3_Cadres et professions intellectuelles supérieures	205	11,1	9,4	13,0
Homme 4_Professions Intermédiaires	274	14,9	13,0	17,0
Homme 5_Employés	94	12,8	10,1	16,0
Homme 6_Ouvriers	264	18,2	15,8	20,7
Femme 1_Agriculteurs exploitants	15	24,8	12,3	41,5
Femme 2_Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	62	23,7	17,6	30,7
Femme 3_Cadres et professions intellectuelles supérieures	241	17,4	15,0	19,9
Femme 4_Professions Intermédiaires	506	22,0	19,9	24,2
Femme 5_Employés	515	25,7	23,4	28,2
Femme 6_Ouvriers	103	28,1	22,6	34,2
Homme A_Agriculture sylviculture et pêche	39	18,4	12,1	26,3
Homme C_Industrie manufacturière	152	16,8	13,8	20,0
Homme D_Production et distribution d'électricité de gaz de vapeur et d'air	15	9,6	4,7	17,0
Homme E_Production et distribution d'eau assainissement gestion des déchets	9	9,1	2,6	21,3
Homme F_Construction	86	17,8	13,7	22,6
Homme G_Commerce réparation d'automobiles et de motocycles	81	15,6	11,8	20,1
Homme H_Transports et entreposage	79	17,5	13,4	22,2
Homme I_Hébergement et restauration	29	13,7	8,8	20,1
Homme J_Information et communication	37	9,1	6,1	12,9
Homme K_Activités financières et d'assurance	22	9,8	5,8	15,1
Homme L_Activités immobilières	13	17,8	8,3	31,5
Homme M_Activités spécialisées scientifiques et techniques	37	10,7	7,2	15,1
Homme N_Activités de services administratifs et de soutien	28	12,5	7,3	19,6
Homme O_Administration publique	86	16,3	12,5	20,7
Homme P_Enseignement	45	13,0	9,1	17,8
Homme Q_Santé humaine et action sociale	53	15,4	11,0	20,7
Homme R_Arts spectacles et activités récréatives	15	19,0	9,6	32,0
Homme S_Autres activités de services	9	17,5	6,6	34,6
Homme W_Autres	143	15,8	12,9	19,0
Femme A_Agriculture sylviculture et pêche	19	20,4	10,9	33,2
Femme C_Industrie manufacturière	92	18,7	14,6	23,4
Femme D_Production et distribution d'électricité de gaz de vapeur et d'air	9	20,2	9,0	36,2
Femme E_Production et distribution d'eau assainissement gestion des déchets et dépollution				
Femme F_Construction	16	25,0	13,7	39,6
Femme G_Commerce réparation d'automobiles et de motocycles	128	25,6	21,1	30,6
Femme H_Transports et entreposage	43	27,0	19,0	36,3
Femme I_Hébergement et restauration	42	26,3	18,7	35,2
Femme J_Information et communication	29	13,9	8,8	20,5
Femme K_Activités financières et d'assurance	50	22,0	15,8	29,4
Femme L_Activités immobilières	31	33,5	21,1	47,9
Femme M_Activités spécialisées scientifiques et techniques	65	18,9	14,1	24,4
Femme N_Activités de services administratifs et de soutien	35	23,4	15,0	33,7
Femme O_Administration publique	158	25,6	21,2	30,4
Femme P_Enseignement	168	22,2	18,5	26,2
Femme Q_Santé humaine et action sociale	345	24,7	21,9	27,7
Femme R_Arts spectacles et activités récréatives	19	19,8	10,6	32,0
Femme S_Autres activités de services	23	17,5	10,4	26,9
Femme W_Autres	182	23,8	20,0	28,0

(*) Le nombre de cas de douleurs déclarées pour un TMS est celui observé dans l'échantillon du Baromètre de Santé publique France 2021, avant pondération.

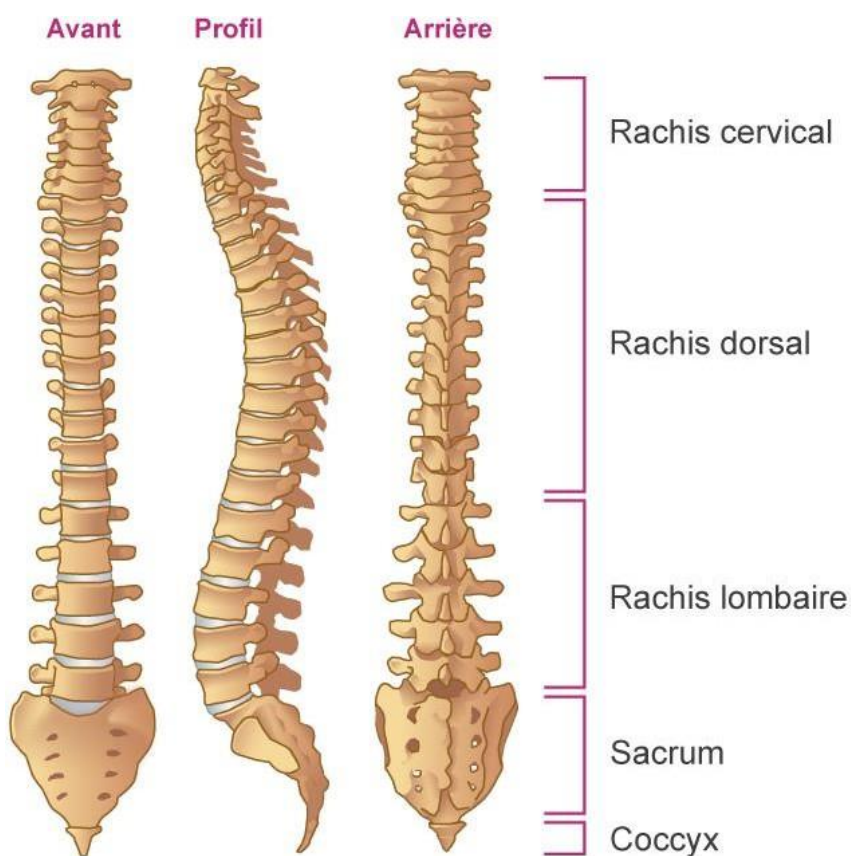
Source : Santé publique France (3). IC 95% : Intervalle de confiance à 95%.

b. Physiopathologie de la sciatalgie

b.1 Anatomie de la colonne vertébrale

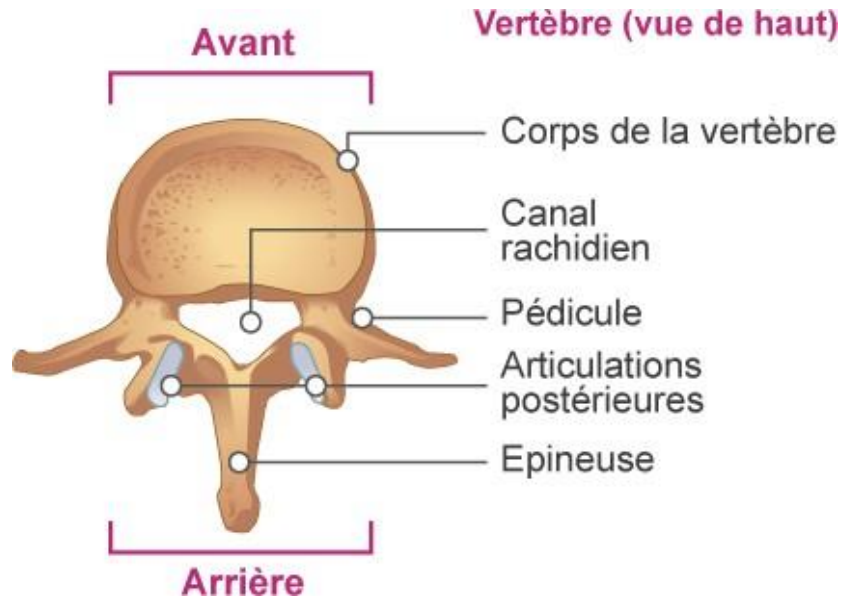
Pour contextualiser, la colonne vertébrale est un empilement de 33 os, qu'on appelle des vertèbres. Elles sont réparties en cinq groupes : 7 cervicales, 12 thoraciques, 5 lombaires, 5 sacrées fusionnées et 4 coccygiennes fusionnées. Ces vertèbres sont empilées verticalement et reliées par des facettes articulaires à l'arrière de la colonne, qui permettent un mouvement entre les os de la colonne.

Figure 1 : Les différentes parties de la colonne vertébrale.



Source : Adaptée de la Société Française de Rhumatologie. (4)

Figure 2 : Vertèbres vue de haut.



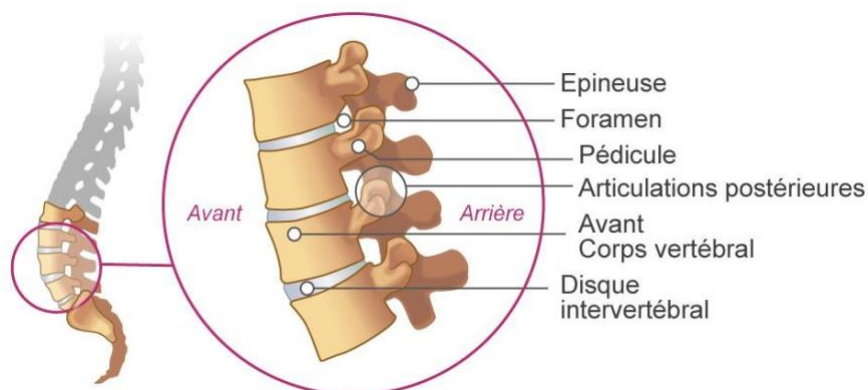
Source : Adaptée de la Société Française de Rhumatologie. (4)

b.2 Disques intervertébraux

Les vertèbres sont stabilisées par des ligaments et sont séparées par des disques intervertébraux qu'on retrouve entre chaque vertèbre. Ces disques, constitués d'eau, de fibres et de cartilages, permettent d'amortir des chocs éventuels, de maintenir les vertèbres ensemble et de permettre une certaine mobilité, flexibilité et liberté de mouvement. Un disque intervertébral est constitué de 2 parties : un anneau fibreux (partie périphérique) et un noyau pulpeux (partie centrale). (5)

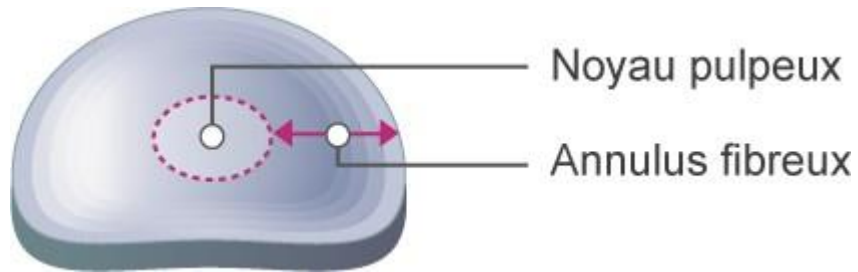
Ces disques intervertébraux sont très importants, car leur dégradation ou leur déplacement peut entraîner une compression des racines nerveuses, responsables de sciatalgies.

Figure 3 : Vertèbres de profil



Source : Adaptée de la Société Française de Rhumatologie. (4)

Figure 4 : Le disque intervertébral.



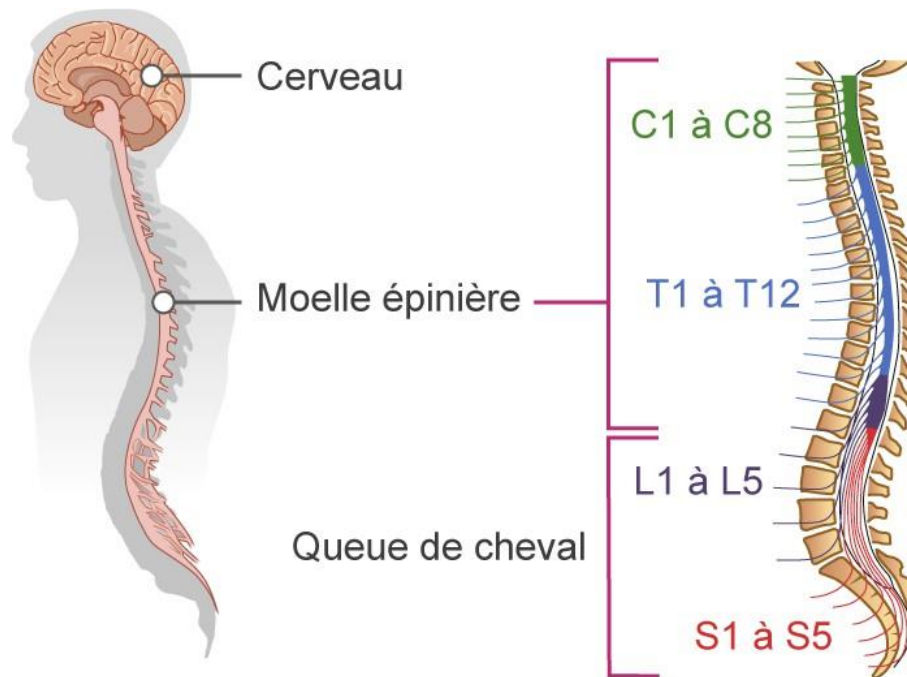
Source : Adaptée de la Société Française de Rhumatologie. (4)

Dans le cadre de cette étude, nous allons nous concentrer sur la région lombosacrée, en particulier les vertèbres lombaires L4 à L5 et les vertèbres sacrées fusionnées S1 à S3 car c'est de là qu'émergent les racines du nerf sciatique.

b.3 Moelle épinière

La colonne vertébrale présente une fonction de résistance souple pour le tronc mais également une fonction protectrice de la moelle épinière. La moelle épinière joue un rôle très important, elle permet la transmission des messages nerveux entre le cerveau et l'ensemble du corps. C'est de là que sortent, entre chaque espace intervertébral, les racines motrices et sensibles, qui vont donner naissance aux nerfs.(6)

Figure 5 : La colonne vertébrale et le système nerveux.



Source : Adaptée de la Société Française de Rhumatologie. (4)

b.4 Nerf sciatique

Le nerf sciatique est à la fois sensitif et moteur : il assure la sensibilité et certains mouvements d'une partie du membre inférieur. Ce nerf est le plus volumineux du corps, tant par son épaisseur que par sa longueur. Il est initialement constitué de fibres nerveuses provenant des racines spinales L4 à S3, issues de la moelle épinière, qui se rassemblent pour donner ce nerf sciatique.

En quittant le pelvis par le foramen ischiatique majeur, le nerf sciatique passe en arrière de l'articulation coxo-fémorale et traverse la région du muscle piriforme, le plus souvent en passant en dessous de ce dernier. Puis il poursuit son trajet verticalement dans la face postérieure de la cuisse. Au niveau du creux poplité, il se sépare en deux pour donner le nerf tibial et le nerf fibulaire commun.

Le nerf fibulaire commun est constitué des rameaux postérieurs L4 à S2. Il passe au niveau de la face latérale du genou et contourne le col de la fibula où il se sépare en deux branches, une superficielle, destinée aux muscles de la loge latérale de la jambe (muscle long fibulaire et muscle court fibulaire), et une branche profonde, destinée aux muscles de la loge antérieure (muscle tibial antérieur, muscle long extenseur des orteils).

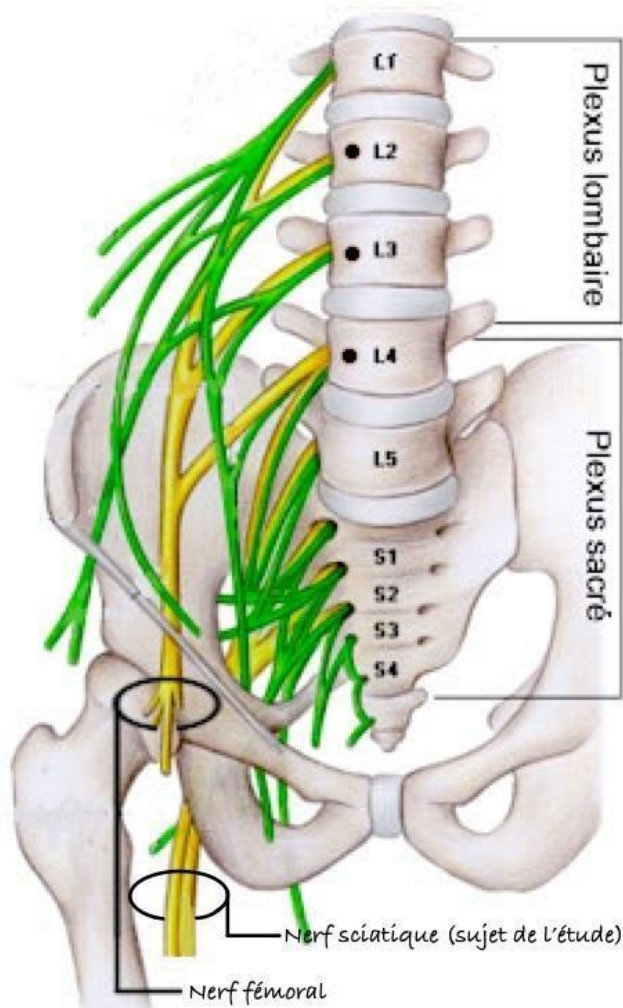
Le nerf tibial est quant à lui constitué des rameaux antérieurs de L4 et S3. Il va descendre dans le compartiment postérieur de la jambe et innerver les muscles postérieurs de la jambe (triceps sural). Il permet l'innervation sensorielle de la plante du pied.(7)

Figure 6 : Représentation du trajet anatomique du nerf sciatique et de son territoire de douleur associé.



Source : Adaptée du site Mon Ostéopathe Paris. (8)

Figure 7 : Schéma illustrant les racines du nerf sciatique.



Source : Adaptée du site Chiro NORD. (9).

b.5 Sciatalgie

b.5.1 Définition et généralités

La sciatalgie désigne une douleur suivant le trajet du nerf sciatique. Souvent unilatérale, elle peut débuter dans la fesse, irradier à l'arrière de la cuisse, puis se terminer au niveau du pied. Il est important de rappeler que la sciatalgie n'est pas une pathologie, mais un symptôme dont les causes sont multiples.

En effet, on peut distinguer dans les sciatalgies les sciatiques vraies qui sont des atteintes neuronales directes (compression, inflammation ou lésion de la racine ou du tronc nerveux), et les fausses sciatiques. Dans cette dernière, le trajet douloureux projeté (origine articulaire, ligamentaire, musculaire ou encore viscérale), soit une irritation directe sans atteinte structurelle de la fibre nerveuse.

b.5.2 Étiologies fréquentes de la sciatalgie

b.5.2.a Sciatalgie vraie

Hernie discale :

La cause la plus fréquente est la sciatalgie d'origine discale, généralement liée à une hernie discale lombaire. Cette dernière correspond à une compression du nerf sciatique dû à une migration du noyau pulpeux à travers l'anneau fibreux ; ce qui entraîne des douleurs dans la région lombaire. La localisation la plus fréquente est L4-L5 ou L5-S1.(10)

Dans les cas les plus graves, le noyau pulpeux comprime plusieurs racines nerveuses lombaires et sacrées ce qui peut donner un syndrome de la queue de cheval, qui représente une urgence médicale nécessitant une intervention chirurgicale rapide.

Sténose lombaire :

La sténose lombaire de la colonne vertébrale est une cause fréquente de douleurs lombaires chez les personnes âgées (> 60 ans). Elle est le résultat d'un rétrécissement du canal spinal ou des vertèbres spinales, exerçant une pression sur la moelle épinière ou sur des racines nerveuses.(11) Son évolution est lente et insidieuse : le patient va passer par plusieurs symptômes dont la sciatalgie, dans laquelle l'apparition d'une paralysie ou d'un syndrome de la queue de cheval est une urgence.

Il faut également inclure dans ces "vraies" sciatalgies les atteintes directes du nerf, qu'elles soient tumorales comme le schwannome ou le péricyome intraneural, ou inflammatoires systémiques comme dans la maladie de Behçet (vasculaire).

Le spondylolisthésis :

Une des maladies fréquentes, touchant environ 20% de la population adulte, est le spondylolisthésis. Il est le résultat d'un glissement d'une vertèbre vers l'avant par rapport à la vertèbre sous-jacente et pouvant entraîner douleurs lombaires et compressions nerveuses. Il existe deux formes : la forme dégénérative dû à une dégénérescence progressive des structures de support de la colonne vertébrale et qui se développe généralement au niveau L4/L5 ; et la forme non dégénérative autour de L5/S1, qui est dû à un défaut ou à une fracture de la structure osseuse qui retient la vertèbre (isthme).(12)

Maladie de Behçet :

Des pathologies vasculaires peuvent également entraîner des douleurs sciatalgies. C'est le cas de la maladie de Behçet, dans laquelle un anévrisme de l'artère iliaque interne peut comprimer le tronc du nerf sciatique, comme le montre le cas publié dans la revue Rheumatology

International.(13) Le patient exprimait des douleurs sciatiques dans la jambe droite, sans lombalgies, associées à des paresthésies du mollet.

Périneuriome intraneural du nerf sciatique :

Certaines étiologies, plus rares mais importantes, méritent d'être connues, notamment pour éviter des erreurs de diagnostic.

Dans une autre observation, Bonhomme et al. (14) ont rapporté un cas de périneuriome intraneural du nerf sciatique responsable d'une sciatalgie chronique atypique. On est dans le cas d'une tumeur bénigne rare où une prolifération des cellules du périnèvre se développe, et forme une masse au sein du nerf, ce qui le comprime. Souvent le diagnostic est retardé en raison de la rareté de la lésion (1% des tumeurs des nerfs périphériques) et des symptômes peu spécifiques pouvant mimer une hernie discale. De plus, le diagnostic de certitude repose sur une analyse anatomopathologique, très peu réalisée, qui peut se confondre avec d'autres tumeurs bénignes ou malignes des gaines nerveuses.

Schwannome du nerf sciatique :

Par exemple, on y retrouve les tumeurs bénignes nerveuses telles que le schwannome du nerf sciatique. Il s'agit d'une tumeur de la gaine des nerfs périphériques. Au diagnostic, le patient va ressentir une masse palpable et douloureuse au niveau du nerf sciatique, associée à des douleurs radiculaires et discales. L'atteinte du nerf sciatique est très rare c'est pourquoi le diagnostic est souvent retardé, d'autant plus que les douleurs radiculaires sont là encore identiques à celle d'une sciatique par hernie discale.(15)

b.5.2.b Fausse sciatique

À l'inverse, les "fausses" sciatiques désignent des douleurs sans atteinte neuronale directe. On y retrouve le syndrome du piriforme et l'ischémie musculaire où le nerf est irrité par son environnement musculaire direct sans lésion initiale de sa structure. On retrouve également le syndrome de Maigne car il s'agit d'une douleur projetée issue de la charnière thoraco-lombaire mimant le trajet sciatique sans impliquer le nerf lui-même. De même, l'endométriiose pelvienne, la sciatalgie de grossesse ou encore la dysbiose intestinale sont considérées comme des fausses sciatiques, car la symptomatologie provient d'une inflammation de voisinage, d'une instabilité ligamentaire ou de tensions myofasciales plutôt que d'un conflit disco-radiculaire ou d'une atteinte neurologique propre.

Le syndrome du piriforme – Origine musculaire : hypothèse controversée :

Le nerf sciatique passe très proche du muscle piriforme, ce qui fait qu'une simple contraction, spasme, hypertrophie du muscle peut entraîner une irritation ou compression du nerf sciatique. Pendant longtemps, le muscle piriforme était systématiquement incriminé, notamment quand la douleur était au niveau de la fesse et irradiait derrière la cuisse. Mais aujourd'hui, cette hypothèse est remise en question par de nombreux spécialistes car il n'existe pas de test fiable pour affirmer que le piriforme est bien la cause de la douleur.

Un score d'évaluation sur 12 points a été conçu et pourrait faciliter le diagnostic de ce syndrome avec un diagnostic probable lorsqu'il est supérieur ou égal à 8. Ce score présente une bonne sensibilité (96,4%) et spécificité (100%).(16)

Néanmoins aujourd'hui encore trop de diagnostics de « syndrome du piriforme » sont posés de manière précipitée. La revue Journal of Pre-Clinical and Clinical Research souligne en 2024 que le syndrome du piriforme reste une entité anatomiquement complexe, dont le diagnostic doit s'appuyer sur une démarche d'exclusion rigoureuse et non se baser uniquement sur la localisation de la douleur.(17)

Ischémie musculaire – Origine vasculaire :

On a vu que dans la maladie de Behçet, un anévrisme de l'artère iliaque peut comprimer à la racine le nerf sciatique, ce qui en fait une sciatique vraie.

A l'inverse, certaines douleurs d'origine vasculaire peuvent imiter une sciatique sans atteinte du nerf sciatique : on parle alors de pseudo-sciatique ou fausse sciatique.

Par exemple, une ischémie musculaire du membre inférieur (due à une obstruction artérielle brutale) peut provoquer une douleur intense et soudaine dans la jambe, ressemblant à une douleur radiculaire, mais sans atteinte nerveuse. Le diagnostic d'exclusion se fait cliniquement : absence de topographie radiculaire typique du nerf sciatique, troubles vasculaires associés (pâleur, froid, abolition des pouls), et douleur non reproduite à la manœuvre de Lasègue.(18)

Syndrome de Maigne – Origine ligamentaire :

On parle ici d'une affection douloureuse touchant principalement le rachis thoracolumbaire (T12-L1) et la région fessière, pouvant parfois irradier vers la région inguinale ou la hanche. La branche postérieure du nerf spinal va être touchée. C'est pourquoi une douleur fessière peut être ressentie ce qui peut faire penser à une sciatique vraie. La présentation du syndrome de Maigne est très atypique, et il est donc indispensable d'éliminer un grand nombre de pathologies avant de pouvoir l'évoquer et avoir recours aux nombreuses manipulations décrites dans l'article The Maigne Syndrome du Journal de Traumatologie du Sport 2020.(19)

Endométriose pelvienne – Origine viscérale :

L'endométriose pelvienne profonde est une maladie gynécologique fréquente et responsable de douleurs pelviennes sévères pouvant s'accompagner de douleurs lombaires ressemblant aux sciatalgies. L'examen clinique ne suffit donc pas pour diagnostiquer avec certitude ce qui rend l'IRM pelvienne et l'examen gynécologique indispensables.(20)

La sciatalgie de grossesse :

Il est très fréquent que la femme enceinte se retrouve face à la sciatalgie dû à une modification hormonale et biodynamique (20 à 50% selon l'article publié dans Actualités pharmaceutiques.(21) Elle survient vers la 18ème semaine d'aménorrhée, puis va voir sa fréquence et son intensité augmenter jusqu'à l'accouchement.

Il existe plusieurs facteurs favorisant les douleurs de type sciatalgies pendant la grossesse. Les modifications hormonales jouent un rôle essentiel. La relaxine, hormone sécrétée durant la grossesse, entraîne un relâchement ligamentaire pouvant provoquer une instabilité du bassin, notamment de l'articulation sacro-iliaque pouvant entraîner une inflammation et une irritation des tissus articulaires et musculaires autour du nerf sciatique, créant des douleurs référées dans la fesse et la cuisse, souvent confondues avec une vraie sciatique (hernie discale par exemple). Ces effets peuvent être majorés par les modifications hormonales (dont la progestérone) et les changements posturaux de la grossesse.

De plus, la prise de poids, la perte de tonus de la ceinture abdominale, la grosseur de l'utérus et son antéversion modifient la posture et augmentent les contraintes mécaniques sur la colonne lombaire et le bassin. Ces facteurs peuvent entraîner une irritation des tissus proches du nerf sciatique, et plus rarement, une compression d'une racine nerveuse, responsable d'une véritable sciatique.

Dysbiose :

De plus en plus d'études s'intéressent au microbiote intestinal et à ses liens avec la santé globale. On sait aujourd'hui qu'un déséquilibre de cette flore, appelé dysbiose, peut entraîner une inflammation chronique de bas grade et participer au développement de certaines pathologies. Parmi elles, les douleurs lombaires chroniques commencent à être étudiées.

L'étude d'Antonio Martins Tieppo et al. (22) est particulièrement intéressante à ce sujet. Elle a comparé la composition bactérienne intestinale de deux groupes de personnes, l'un souffrant de lombalgies chroniques (40 patients) et l'autre sans douleurs (33 témoins).

Les résultats montrent des différences significatives : les patients douloureux présentaient une plus grande richesse microbienne, mais aussi une abondance plus élevée de certaines bactéries potentiellement pathogènes, comme *Clostridium difficile*, connue pour favoriser des états inflammatoires intestinaux. Au total, 52 espèces bactériennes différaient entre les deux groupes,

dont plusieurs associées à des maladies inflammatoires ou métaboliques. Ces données suggèrent que la lombalgie chronique pourrait être liée, au moins en partie, à un profil microbien intestinal particulier, susceptible de favoriser l'inflammation et la persistance de la douleur.

Dans « Votre dos vous remerciera », Gwénaëlle Dargnies (23) évoque que le mal de dos ne découle pas seulement de facteurs mécaniques mais qu'il peut être influencé par ce qui se passe dans le ventre, l'alimentation, la digestion, l'inflammation, ce qui rejoint l'idée qu'un déséquilibre intestinal (dysbiose) pourrait contribuer à la gêne ou à la douleur abdominale. Selon elle, ces douleurs abdominales ou inconforts digestifs peuvent favoriser la contracture musculaire, y compris au niveau lombaire, par le biais d'une contraction réflexe du tronc ou des muscles environnants, comme ceux situés autour des articulations sacro-iliaques.

b.5.3. Conclusion

En résumé, la distinction repose sur l'existence ou non d'une atteinte neuronale objective : si le nerf est structurellement touché, la sciatique est vraie; si l'origine est autre, elle est qualifiée de fausse. Il reste encore de nombreuses pathologies qui peuvent conduire ou mimer une sciatalgie : un conflit disco-radulaire sans hernie, l'arthrose lombaire, les infections vertébrales, les traumatismes vertébraux, les kystes synoviaux foraminaux, les trochantérites, la fibromyalgie, et pleins d'autres encore. Il est donc impératif de réaliser un diagnostic différentiel rigoureux pour mettre en place une prise en charge adaptée et rapide.

III. Diagnostic et évaluation

a. Diagnostic et évaluation de la douleur

Il a été précédemment mentionné que le diagnostic devait être rigoureux afin d'optimiser au mieux la prise en charge des patients.

Dans un article publié en 2023 par Charles James Hill (24), la prise en charge de la lombalgie est décrite comme se déclinant en trois temps : le diagnostic, le pronostic et la réponse au traitement. Bien que l'auteur emploie le terme générique de « lombalgie », il souligne la complexité du diagnostic différentiel, notamment vis-à-vis des hernies discales ou de la sciatique. L'article insiste sur le fait que les examens d'imagerie comme l'IRM (Imagerie par résonance magnétique) ou la tomodensitométrie ne permettent pas toujours de poser un diagnostic clair, ce qui peut conduire à des interventions chirurgicales inutiles, invasives et coûteuses.

En effet, l'IRM peut parfois être trompeuse : elle peut révéler des anomalies chez des patients asymptomatiques, ou à l'inverse, ne montrer aucune anomalie chez les patients présentant

pourtant des symptômes cliniques. Cela peut entraîner une mauvaise classification des patients et compromettre la pertinence de la prise en charge.

L'article mentionne le modèle de Stynes (25) comme outil diagnostique pour la sciatique. Ce modèle diagnostique clinique a été développé pour identifier la sciatique chez les patients consultant en soins primaires pour des douleurs lombaires irradiant vers les jambes. Il est important de noter que cette étude date de 2018, et que dans ce contexte, le terme « sciatique » ne recouvre pas l'ensemble des sciatalgies : il désigne exclusivement une atteinte radiculaire des racines nerveuses spinales. Autrement dit, les sciatalgies non radiculaires (douleurs projetées sans compression nerveuse) ne sont pas concernées par ce modèle.

Deux modèles ont été comparés :

- Le modèle (i) repose sur un diagnostic clinique avec un niveau de confiance élevé ($\geq 80\%$).
- Le modèle (ii) combine ce diagnostic clinique avec une confirmation par imagerie IRM.

Les quatre éléments cliniques suivants ont été retrouvés comme prédicteurs significatifs dans les deux modèles :

- Douleur irradiant sous le genou,
- Douleur à la jambe plus intense que la douleur dorsale,
- Tests de tension neurale positifs
- Déficit neurologique

D'autres éléments classiquement associés à la sciatique, comme la toux ou l'éternuement déclenchant la douleur et les modifications sensorielles subjectives (engourdissement, paresthésies), ont montré une valeur diagnostique faible ou non significative.

Les auteurs ont réalisé un outil de score simplifié à partir du modèle (i), dont la somme des points permet d'estimer la probabilité de sciatique :

Tableau 3 : Outil de notation basé sur le modèle (i) pour les éléments d'évaluation clinique et la probabilité prédite correspondante de sciatique.

Variable dans le modèle	Le patient :	Score
Changements sensoriels subjectifs	Signalez toute sensation de picotement ou d'engourdissement dans le membre inférieur concerné	1
Douleur sous le genou	Signaler une douleur sous le genou	2
Les douleurs aux jambes sont pires que les douleurs au dos	Ils signalent que leurs douleurs aux jambes sont pires que leurs douleurs au dos.	2
Tests de tension neuronale	Avoir un test d'élévation de la jambe tendue et/ou un test du nerf fémoral et/ou un test d'affaissement positifs	3
déficit neurologique	Avoir un myotome/un déficit réflexe ou sensoriel dans le membre inférieur concerné	2

Source : Adaptée de Hill et al. (2023) (24)

Le score total peut aller de 0 à 10 points avec une valeur seuil ≥ 5 qui suggère une forte probabilité de sciatique ($\geq 83\%$), dont une sensibilité de 0,85 et une spécificité de 0,88.

Ce score peut servir d'outil au diagnostic clinique dans les soins primaires, en permettant d'identifier les patients avec une forte probabilité de sciatique sans avoir systématiquement recours à l'imagerie.

En conclusion, cette étude souligne qu'en l'absence de critère de référence idéal pour la sciatique, le recours à un modèle diagnostique multivarié, fondé sur des éléments cliniques simples et reproductibles, constitue une approche solide. L'ajout d'une IRM améliore peu les performances et introduit des biais.

Un point essentiel est que les cliniciens ayant établi les diagnostics de référence se sont appuyés sur les mêmes éléments cliniques que ceux inclus dans le modèle, ce qui expose l'étude à un biais d'incorporation. Ce biais gonfle artificiellement les estimations de performance du modèle.

Les auteurs reconnaissent également l'incertitude dans le choix du critère de référence, et utilisent en complément une modélisation statistique par classes latentes pour atténuer ces limites. Ce modèle et cet outil de score peuvent être utilisés en clinique pour classer les patients, guider les décisions d'orientation et favoriser une prise en charge rapide.

Une étude de Chatprem, publiée en 2021 (26), renforce la fiabilité des scores cliniques de l'étude de Stynes (2018) en apportant un argument supplémentaire à l'utilisation d'outils cliniques dans le diagnostic des lombalgies. Cette étude visait à évaluer la probabilité de diagnostiquer les patients souffrant d'instabilité lombaire, en utilisant l'imagerie radiographique comme référence. Elle a été menée auprès de 140 patients souffrant de lombalgies chroniques, âgés de 20 à 60 ans. Parmi les 14 tests évalués, 3 se sont révélés pertinents pour diagnostiquer une instabilité lombaire :

- (i) repose sur la variation de l'espace interépineux en flexion-extension
- (ii) repose sur les mouvements intervertébraux accessoires passifs
- (iii) repose sur le test de cisaillement postérieur du bassin

Lorsqu'ils étaient tous positifs, la probabilité de présence d'une instabilité lombaire atteignait 67%. Ce modèle clinique présentait une spécificité très élevée (99,18%) et une bonne capacité de discrimination (AUC = 0,78), ce qui est intéressant pour identifier les patients à risque, même en l'absence d'imagerie.

Ce travail renforce les conclusions de Stynes sur l'utilité des scores cliniques. Ces 2 études montrent qu'un diagnostic clinique fondé sur des signes cliniques précis pouvait surpasser un modèle basé sur l'IRM et que certains tests manuels, simples et peu coûteux, peuvent prédire une instabilité lombaire avec une bonne fiabilité.

Enfin, cette étude montre aussi que les patients présentant une instabilité lombaire avaient généralement des symptômes plus longs et une fréquence d'irritation de la douleur plus élevée

que ceux sans instabilité lombaire. Ces symptômes peuvent orienter efficacement vers une bonne prise en charge sans avoir recours à l'imagerie ; à condition qu'ils soient bien interprétés. Ceci renforce donc encore une fois l'intérêt de l'évaluation clinique rigoureuse et l'utilisation de scores standardisés dans les soins de première intention.

La revue « Diagnostic Value of Assessment Tools for Sciatica in Clinical Practice » (2021) (27), a réalisé une recherche rigoureuse pour approfondir la performance des outils disponibles pour diagnostiquer la sciatgie en s'appuyant sur des revues scientifiques, des protocoles de méta-analyse, de la littérature grise (travaux scientifiques validés mais non publiés dans des revues commerciales, tels que les mémoires de fin d'études, ou les rapports d'essais cliniques). Elle conclut que l'évaluation et la catégorisation des patients sont de vrais défis notamment à cause de la variabilité des présentations cliniques et de l'absence de critères diagnostiques de critères universels. Mais l'examen clinique et l'anamnèse ont une place centrale pour le diagnostic. Les auteurs nous disent que certains tests peuvent servir d'orientation, sans pouvoir à eux seuls confirmer avec certitude la présence d'une sciatgie d'origine radiculaire.

Ils nous parlent de 2 outils qui se distinguent par leur potentiel diagnostique :

Le test de Lasègue modifié (SLR) :

Le test de Lasègue est un test d'évaluation de la jambe tendue (Straight Leg Rias ou SLR) qui est un des examens les plus utilisés en pratique courante. La revue nous dit qu'il a une sensibilité modérée à élevée (jusqu'à 63,46%) mais une moins bonne spécificité (45,88%) selon certaines études disponibles. Donc le test SLR positif permet de suspecter une irritation des racines nerveuses mais ne suffit pas pour poser un diagnostic différentiel entre sciatgie radiculaire et autre origine. On peut donc uniquement le considérer comme un outil de dépistage initial pour orienter vers des examens complémentaires.

L'outil StEP (Standardised Evaluation of Pain) (28) :

Développé par Scholz et al, l'outil StEP se voit comme un outil diagnostique très prometteur. C'est une méthode d'identification des sous-types de douleurs à travers un entretien structuré (16 questions) et d'un entretien physique standardisé (23 tests).

L'outil StEP s'est vu attribuer une sensibilité de 92% et une spécificité de 97% pour distinguer les douleurs radiculaires des douleurs lombaires dites « axiales ». Cet outil est même mieux que l'IRM niveau spécificité, même si l'IRM reste incontournable pour visualiser l'anatomie rachidienne (disques intervertébraux, racines nerveuses, canal rachidien, ...). Cet outil StEP permet d'évaluer les sous-types de douleurs selon les symptômes cliniques, les signes associés et la fonction somatosensorielle. Par exemple, certains patients ont une douleur radiculaire mais aussi une hyperalgésie localisée, des paresthésies ou une irritation précise dans le territoire L5 ou S1. Ce

test est précis et pourrait être un avantage considérable à la proposition de traitements antalgiques plus ciblés.

Enfin, on peut voir cet outil comme moyen d'orientation rapide et standardisé dans la pratique officinale quand le pharmacien souhaite recommander une consultation médicale ou adapter un conseil thérapeutique (notamment lorsque les traitements de première intention ne fonctionnent pas).

La revue souligne aussi que plusieurs éléments cliniques (âge, durée de la douleur, douleur plus intense dans la jambe que dans le dos, parésie, exacerbation par la toux ou les efforts, ...) permettraient d'augmenter la précision diagnostique. Mais la qualité de ces études reste variable et les auteurs conseillent des recherches complémentaires de meilleure qualité pour optimiser ces outils.

Cette revue montre que dans un contexte de sciatalgie, une évaluation clinique bien menée, appuyée par des outils structurés comme le StEP ou le SLR, est suffisamment pertinente et fiable pour établir une forte probabilité diagnostique sans imagerie systématique. Ce qui rejoint les résultats des modèles cliniques précédents et montre l'intérêt pour les professionnels de santé d'intégrer ces outils dans leur pratique quotidienne.

En conclusion, si les outils comme le StEP ou le SLR ne sont pas applicables au comptoir dans leur forme physique, ils sont transposables. Le pharmacien transforme l'examen clinique en questionnement structuré. Cette approche ne vise pas à poser un diagnostic médical, mais permet d'orienter le patient avec une précision accrue : soit vers une prise en charge officinale, soit vers une consultation médicale urgente.

b. Signes d'alerte et de gravité

Comme vu précédemment le terme sciatalgie n'est pas toujours employé dans les recommandations, mais il est généralement compris lorsqu'on parle de lombalgie.

Les signes d'alertes restent globalement les mêmes et leurs recherches doivent faire partie intégrante de la démarche de tout praticien. Il faut surtout être attentif à l'association de plusieurs de ces critères de gravité, car c'est souvent leur combinaison qui doit faire suspecter une pathologie sous-jacente.

Selon la HAS, il existe 4 niveaux de « drapeaux » :

- Rouges : les plus alarmants, liés à un risque de pathologie grave,
- Jaunes : les facteurs psychosociaux associés à un risque accru de chronicité,
- Bleus : les facteurs pronostiques liés aux représentations du travail et de l'environnement professionnel,
- Noirs : les facteurs liés à l'organisation de l'entreprise, au système de soins ou aux assurances.

Ce qui nous intéresse plus particulièrement ici, ce sont les drapeaux rouges et jaunes. En effet, ils représentent les signes cliniques et psychosociaux les plus accessibles lors d'un échange au comptoir. À l'inverse, les drapeaux bleus et noirs concernent des problématiques administratives, organisationnelles ou liées au système de soins, qui sont plus complexes à évaluer dans le cadre de l'officine et nécessitent des professionnels spécialisés, comme le médecin du travail.

Parmi les drapeaux rouges, on retrouve notamment : une douleur d'aggravation progressive, présente au repos (en particulier la nuit), des symptômes neurologiques étendus, une paresthésie au niveau du pubis, un traumatisme important, une perte de poids inexplicquée, des antécédents de cancers, un syndrome fébrile, une consommation de drogue par voie intraveineuse, un traitement prolongé par corticoïdes, une déformation structurale de la colonne, des douleurs thoraciques, un âge inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans, de la fièvre ainsi qu'une altération de l'état général.

Les drapeaux jaunes eux répertorient les problèmes psychosociaux comme la dépression, l'anxiété, le stress, des attitudes ou représentations inappropriées vis-à-vis du mal de dos, les comportements douloureux inappropriés, ainsi que les problèmes liés au travail.

C'est donc à partir de cette recherche systématique de signes d'alerte que la prise en charge du patient peut débuter. (29)

IV. Prise en charge - Généralités

(30)

La sciatalgie est une forme de lombalgie avec irradiation, due à une atteinte du nerf sciatique. Les recommandations de la HAS sur la lombalgie commune s'appliquent en grande partie à sa prise en charge mais certaines situations nécessitent une approche plus spécifique. Il est essentiel que la prise en charge soit centrée sur le patient en prenant en compte son vécu et l'impact de la douleur sur sa qualité de vie. On parle ici de prise en charge bio-psycho-sociale où la décision thérapeutique partagée occupe une place centrale.

La prise en charge repose également sur une collaboration pluridisciplinaire : kinésithérapeutes, rhumatologues, spécialistes de la médecine physique et de réadaptation, médecins du travail, spécialistes de la douleur, chirurgiens du rachis, et bien sûr pharmaciens, chacun joue un rôle complémentaire pour optimiser au mieux la prise en charge et la qualité de vie du patient.

Pour rappel, la sciatalgie est une douleur irradiante suivant le trajet du nerf. Il est donc primordial que sa prise en charge soit basée d'abord sur des traitements non pharmacologiques, et sur des traitements pharmacologiques qu'en cas de besoin. Ces derniers ne sont pas systématiquement recommandés car il y a une balance bénéfique/risque à prendre en compte, tandis que les traitements non pharmacologiques sont fortement recommandés. Les recommandations de la HAS (Haute autorité de santé) insistent sur cette hiérarchisation.

a. Traitements non pharmacologiques

La HAS a publié un guide méthodologique où elle regroupe plusieurs recommandations internationales afin d'améliorer la prise en charge de la lombalgie et de la sciatalgie. Il existe un consensus international sur l'importance de l'activité physique régulière et adaptée, ainsi que sur les exercices supervisés, considérés comme le traitement de base. Ces activités doivent être personnalisées selon les préférences du patient, et débuter dès la phase aiguë, en étant poursuivies même après amélioration des symptômes, à visée préventive.

Dans cette approche pluridisciplinaire, la kinésithérapie occupe une place centrale. Les exercices supervisés sont systématiquement recommandés. Certains pays, comme le Canada, valorisent également les exercices aquatiques, tandis qu'aux États-Unis, le Yoga est souvent proposé. En revanche, les techniques passives telles que les tractions lombaires, ultrasons, TENS seuls sont globalement déconseillées.

L'impact psychologique de la douleur, notamment en cas de chronicité, justifie aussi le recours aux interventions psychologiques comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Le mode de vie influence aussi l'évolution des douleurs sciatiques, ce qui justifie les conseils adaptés en officine.

a.1 Kinésithérapie

Les séances de kinésithérapie sont essentielles pour soulager la douleur nerveuse qui descend le long de la cuisse et du mollet jusqu'au pied. Elles sont conseillées en première intention avec les techniques neurodynamiques puis par la suite pour consolider le soulagement de la sciatalgie avec des exercices d'étirements musculaires au niveau du piriforme, des lombaires, des ischio jambiers ainsi que des exercices de renforcement musculaire des muscles abdominaux, des muscles stabilisateurs du tronc, et les fessiers. Elles visent à mobiliser progressivement le nerf sciatique afin de réduire son irritation.

Plusieurs exercices sont possibles : étirements dynamiques mettant d'abord en tension le côté non douloureux, puis mobilisation progressive du côté douloureux, dans l'objectif de faciliter la remise en charge. Il est primordial que ces exercices soient réalisés de façon progressive, sans forcer, et en interrompant en cas de douleur excessive ; il faut prendre le temps, ne pas forcer et s'arrêter en cas de douleur.(30) Il est aussi important d'étirer la zone douloureuse, en réalisant des exercices d'étirements du muscle piriforme, des lombaires, de renforcer les muscles stabilisateurs du tronc, les fessiers et les abdominaux, et détendre les ischio-jambiers. (31)

Les recommandations de la HAS 2024 confirment que les exercices supervisés, la rééducation active et les approches combinées sont au cœur de la prise en charge, tandis que les techniques passives isolées (tractions, ultrasons, TENS seul) ne sont pas recommandées.

Une étude importante de Fritz et al (32) s'est intéressée à l'efficacité de la kinésithérapie démarrée tôt en cas de sciatique aiguë. Via un essai clinique contrôlé randomisé, elle a montré que les patients orientés rapidement vers un kinésithérapeute (en plus des soins habituels) avaient une amélioration bien plus importante de leur douleur et de leur incapacité à 6 mois (et même 1 an), par rapport à ceux qui recevaient uniquement les soins habituels.

On se rend donc compte que plus la kinésithérapie est démarrée tôt, meilleur est le rétablissement du patient sur le long terme.

a.2 Thérapies corps-esprit et approches complémentaires

a.2.1 Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Utilisées depuis de nombreuses années et dont l'efficacité est largement documentée dans la littérature, les TCC sont recommandées par de nombreuses sociétés savantes internationales. Elle repose sur le modèle bio-psycho-social en intégrant les dimensions médicales, fonctionnelles, émotionnelles et socio-professionnelles du patient. Les croyances et représentations du patient sur sa douleur jouent un rôle clé dans la chronicité. Certains patients peuvent être persuadés que douleurs chroniques signifient maladies graves, ou être envahis par des pensées négatives entraînant une mauvaise gestion de la douleur limitant toute adaptation.

Les études de Morley et al (33) ainsi que de van Tulder et al (34) montrent que l'association d'un traitement médicamenteux et de TCC donne de meilleurs résultats qu'un simple traitement médicamenteux. Une étude anglaise, publiée en 2010, a également démontré, grâce à un questionnaire, que l'ajout de 6 séances de TCC à un traitement usuel améliore significativement les capacités fonctionnelles, diminue la peur, l'évitement et les handicaps, tout en étant coût-efficace. (35)

Pour maximiser leur efficacité, les TCC doivent être proposées le plus précocement possible et adaptées aux caractéristiques psychologiques du patients (comorbidités psychosociales, kinésiophobie, motivation au changement, attentes, crédibilité aux traitements, ...). En pratique, l'objectif est d'engager activement les patients dès les premières séances pour développer leurs capacités d'adaptation. On va se focaliser sur les besoins qui sont propres au patient pour qu'il trouve ses propres solutions : être actif, recherche des positions de confort, utiliser l'environnement, réinterpréter la douleur, utiliser la distraction, savoir utiliser les médicaments de secours, valoriser les techniques physiques antalgiques, utiliser la relaxation, garder l'esprit positif en évitant la dramatisation.

Il est important de rappeler au patient que le but des TCC n'est pas de guérir la douleur, mais de permettre un meilleur vécu avec celle-ci. Les TCC vont utiliser comme outils l'éducation et l'information, la reformulation des croyances, l'apprentissage des stratégies individuelles, la déconcentration, la distraction, les auto-injonctions positives, la réévaluation des projets,

l'appropriation du succès, ainsi que des techniques d'humour, de personnalisation, de réactivation physique, de relaxation, et de gestion du stress et peuvent être proposées par des psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, médecins. (36)

a.2.2 Acupuncture

La méta-analyse de Han et al. (37) a montré que l'acupuncture avait des effets significatifs sur le soulagement de la douleur dans la sciatique, avec une amélioration du seuil de douleur, du score EVA (Échelle Visuelle Anatomique qui permet une auto-évaluation de l'intensité de la douleur) et du taux d'efficacité global par rapport aux traitements médicamenteux classiques. Même si quelques effets indésirables ont été rapportés, ils étaient moins fréquents et généralement plus légers que ceux observés avec les analgésiques.

Dans l'ensemble, l'acupuncture apparaît donc comme une option à la fois plus efficace et plus sûre que les traitements conventionnels pour la sciatique.

a.2.3 Yoga et autres approches complémentaires

Le yoga, par la variation des postures, permet d'étirer et de gagner une multitude de muscles, notamment les muscles posturaux profonds, multifidus, diaphragme, muscle transverse de l'abdomen et d'autres stabilisateurs de hanche. Il associe étirements, gainage mais aussi exercices respiratoires et exercices d'auto-agrandissement.(23)

Dans nos vies modernes incluant un mode de vie sédentaire, on passe beaucoup de temps en position assise entraînant une faible sollicitation de nos muscles, accentuée avec l'âge. Dix minutes d'étirements quotidiens sont recommandées dès le plus jeune âge, ainsi que le yoga, la marche et certains sports très bénéfiques comme la natation ou le vélo.

Cette approche bio-psycho-sociale et individualisée présente un fort potentiel de succès puisqu'elle rend le patient acteur de sa prise en charge et de ses progrès.

a.3 Physiothérapie et mesures physiques

a.3.1 Thermothérapie

Il existe un consensus selon lequel la chaleur soulage la douleur, notamment grâce aux compresses chaudes, même si certaines confusions persistent sur leur usage. Une étude expérimentale (38) sur un modèle de rat présentant une lésion du nerf sciatique (modèle de constriction chronique) a cherché à comprendre le mécanisme nerveux impliqué. Elle a montré

que les compresses chaudes (40-42°, trois fois par semaine pendant trois semaines) réduisent la douleur sciatique en diminuant la transmission de facteurs inflammatoires et synaptiques des nerfs lésés vers le cerveau. Ce traitement a aussi amélioré la conduction nerveuse et augmenté l'expression de protéines de réparation (comme S100), tout en réduisant les marqueurs inflammatoires (TNFalpha, CD68) et la synaptophysine, associée à la douleur neuropathique. Ces résultats confirment donc l'efficacité et la sécurité potentielles des compresses chaudes pour atténuer la douleur sciatique et limiter la propagation des signaux inflammatoires et douloureux au système nerveux central.

Même si peu de preuves existent encore sur le sujet, il existe des baumes, gels, patchs chauffants. Des essais contrôlés ont examiné les thérapies de stimulation par la chaleur superficielle et par le froid chez l'adulte souffrant de lombalgies.(39) Ils ont montré que la thermothérapie permet en effet une réduction de la douleur et de l'invalidité mais qui reste faible et à court terme. Le traitement par le froid est encore plus limité avec peu d'études qui plus est de mauvaise qualité. D'autres revues (40) ont également montré l'efficacité de la thérapie thermique superficielle continue et de bas niveau pour soulager la douleur, facilement utilisable en automédication avec un rôle important dans la pratique clinique aujourd'hui. C'est surtout la capsaïcine (41,42), composé actif retrouvé dans les piments, qui utilisée sous forme de patch retient l'attention, car elle dispose du plus grand nombre de preuves cliniques dans les douleurs neuropathiques. Ces topiques peuvent venir compléter l'action du massage, en induisant une chaleur ou sensation de chaleur d'origine chimique, ce qui les distinguent clairement de la thermothérapie physique vue avec les compresses chaudes.

a.3.2 Massages

Un protocole d'une revue systématique et une méta-analyse ont été publiés pour évaluer l'efficacité et la sécurité de la thérapie Tuina pour la sciatique. (43) La Tuina est une forme de massage utilisée depuis des millénaires par la Médecine Traditionnelle Chinoise pour soulager les douleurs. Ce type de massage repose sur la circulation de l'énergie vitale, qui est bloquée ou déséquilibrée provoquant la douleur. (44)

De façon plus générale, ce protocole souligne l'intérêt des massages dans la prise en charge de la sciatique : ils permettent de dilater les capillaires, d'accélérer la circulation sanguine, d'améliorer la microcirculation, de réduire l'accumulation de facteurs douloureux locaux et, parfois, d'éliminer la douleur.

a.3.3 Ceinture lombaire

Plusieurs études se sont intéressées à l'efficacité des ceintures lombaires dans la lombalgie.

Par exemple, un essai randomisé publié en 2009 (Calmels et al., Spine Journal) (45) a évalué les effets d'une ceinture lombaire élastique sur la capacité fonctionnelle, l'intensité de la douleur et les coûts médicaux associés chez 97 patients souffrant de lombalgie subaiguë. Les auteurs ont montré que le port de ceinture apportait des bénéfices sur l'état fonctionnel, la diminution de la douleur ainsi que sur la réduction de la consommation médicamenteuse.

En 2018, une revue systématique publiée dans les Annales de Réadaptation et de Médecine Physique a analysé plusieurs études portant sur les ceintures lombo-pelviennes chez les patients lombalgiques.(46) Elle conclut que, dans la majorité des cas, le port d'une ceinture lombaire permet une diminution significative de la douleur et une amélioration de la qualité de vie. Cependant, les auteurs insistent sur le fait que le port de ceinture doit s'accompagner d'une prise en charge globale comprenant une bonne hygiène, des séances de kinésithérapie et une correction des gestes et postures pour éviter la chronicité.

Néanmoins, il est important de souligner que ces études ne concernent pas directement les sciatalgies, mais les lombalgies non spécifiques. À ce jour, il n'existe pas de preuve scientifique solide démontrant l'efficacité des ceintures lombaires spécifiquement dans le traitement des sciatalgies. Toutefois, il reste tout à fait plausible que la ceinture puisse être utile dans certains cas de sciatique, en limitant les mouvements douloureux, en réduisant la charge mécanique sur la colonne et en améliorant la posture.

Dans le livre "Douleurs d'origine vertébrale" de Robert Maigne (47), il est aussi fait mention de l'utilisation de corsets rigides dans les cas de sciatalgies aiguës. En effet, ce dispositif, qui agit en limitant, en conditionnant les mouvements, en supprimant les mouvements extrêmes et en diminuant les contraintes sur le segment vertébro-discale, peut contribuer à réduire l'irritation des structures nerveuses et la douleur.

La HAS quant à elle, envisage le port de ceinture lombaire ou d'un corset mais uniquement sur une courte durée afin d'aider à la reprise d'activités.

a.4 Tableau synthétique - interventions non médicamenteuses

Intervention	Niveau de preuve / consensus	Recommandations principales
Activité physique adaptée	Élevé	Recommandée par HAS, consensus international

Exercices supervisés (kiné active)	Élevé	Recommandée par HAS, soutenue par NICE pour la rééducation
Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	Modéré à fort	Recommandée dans la lombalgie chronique (HAS, études Cochrane)
Yoga, activités aquatiques	Modéré	Alternatives validées, surtout pour le renforcement postural et la gestion du stress
Techniques passives isolées (TENS seuls, ultrasons, tractions)	Faible / non recommandé	Déconseillées (HAS, consensus international)
Thermothérapie	Faible	Utilisation symptomatique (automédication)
Massages	Faible	/
Ceinture lombaire	Faible (pour les sciatalgies)	Envisagé sur courte durée (HAS)

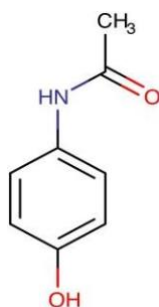
b. Traitements pharmacologiques

b.1 Traitements médicamenteux conventionnels

(48)

b.1.1 Paracétamol

(49,50)



Structure du Paracétamol - Crédit : DrugBank (51)

b.1.1.a Mécanisme d'action pharmacologique

Bien que son mode d'action soit encore à l'étude, le mécanisme du paracétamol repose sur plusieurs voies identifiées. Au niveau central, il réduit la production de prostaglandines en inhibant les cyclo-oxygénases, ce qui lui confère son activité antipyrétique. Son action antinociceptive est liée à une interaction avec les voies sérotoninergiques descendantes, renforçant ainsi le contrôle inhibiteur sur la transmission du signal douloureux. Enfin, une partie du paracétamol se conjugue à l'acide arachidonique dans le cerveau et la moelle épinière pour former un métabolite actif, l'AM404. Cette molécule est capable d'inhiber les enzymes COX-1 et COX-2 ainsi que la synthèse de prostaglandines E2 dans les macrophages, tout en agissant sur les récepteurs TRPV1, impliqués dans la modulation de la douleur.

En plus de son action sur les COX et les récepteurs TRPV1, l'AM404 agit sur le système endocannabinoïde. Il inhibe la recapture de l'anandamide, augmentant ainsi sa concentration, ce qui permet d'activer les récepteurs CB1. Cette activation au niveau des voies de la douleur renforce l'effet antinociceptif du paracétamol. (52)

b.1.1.b Effets indésirables

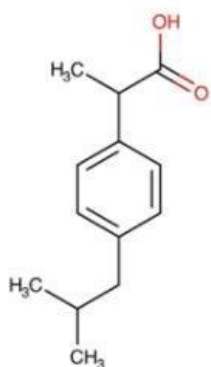
Le paracétamol est métabolisé par le foie et peut en cas de surdosage lui être toxique. Dans d'autres rares cas, il peut entraîner des troubles allergiques, cutanés, et hématologiques.

b.1.1.c Recommandations

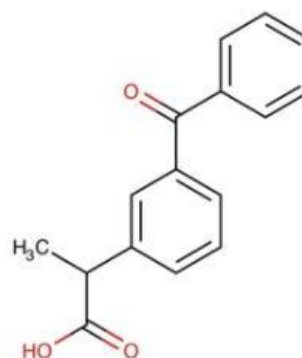
Les avis sont controversés, alors que la majorité ne le recommande pas, le Canada et les États-Unis le recommandent. Mais la HAS en France se base sur un manque d'efficacité démontrée et donc ne le propose qu'à visée symptomatique. Selon une méta-analyse de Cohen et al. (53), évaluant l'efficacité du paracétamol, il a été conclu que le paracétamol n'améliore ni la douleur, ni l'incapacité, ni le sommeil dans le cadre d'une lombalgie aiguë.

b.1.2 Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)

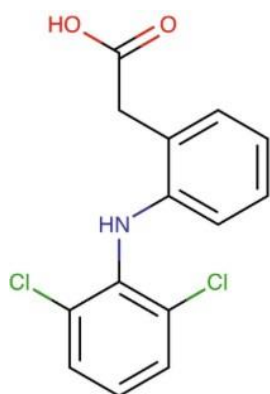
(54-57)



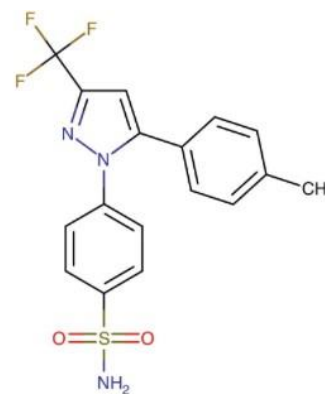
Structure de l'Ibuprofène (58)



Structure du Kétoprofène (59)



Structure du Diclofénac (60)



Structure du Célécoxib (61)

b.1.2.a Mécanisme d'action pharmacologique

L'efficacité des AINS repose sur leur capacité à inhiber les enzymes cyclo-oxygénase (COX). On distingue deux isoformes :

- La COX-1 : enzyme constitutive impliquée dans la protection de la muqueuse gastrique et la fonction rénale. Son inhibition est responsable de la majorité des effets indésirables.
- La COX-2 : enzyme induite par les phénomènes inflammatoires.

En bloquant ces enzymes, les AINS stoppent la synthèse des prostaglandines.

b.1.2.b Effets indésirables

Les AINS sont des médicaments où il faut être particulièrement vigilant :

- Risque digestif : dyspepsies, ulcères gastroduodénaux et hémorragies digestives.

- Risque rénal et cardiovasculaire : insuffisance rénale fonctionnelle et augmentation du risque thrombotique (particulièrement avec les COXIBs)
- Autres : neurotoxicité (céphalées, vertiges) et risque de masquage de symptômes infectieux.

b.1.2.c Recommandations

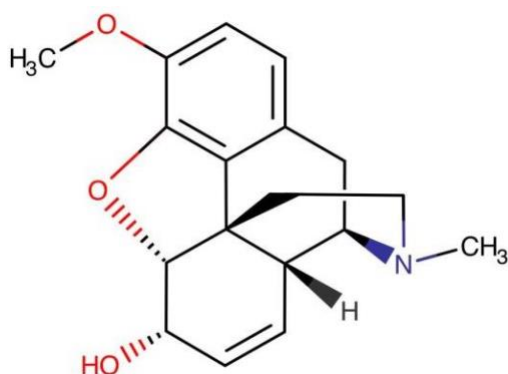
Il y a un consensus fort où seuls les Danois ne le recommandent pas. La HAS recommande l'utilisation des AINS mais à une dose minimale efficace, à une durée la plus courte possible pour éviter les effets indésirables. En effet, les AINS ont une toxicité gastro-intestinale, hépatique et cardio-rénale, surtout s'il y a présence de facteurs de risque chez le patient. Il est donc primordial avant l'instauration d'un traitement AINS de vérifier ces facteurs de risque, puis d'avoir une évaluation clinique.

La HAS précise également que les COXIB peuvent être utilisés dans le traitement de la sciatgie, bien qu'ils ne présentent pas une supériorité d'efficacité par rapport aux AINS.(56) Ils sont toutefois à privilégier si le patient présente une fragilité digestive ou des antécédents d'ulcères gastriques contre-indiquant les AINS. Néanmoins, selon la Commission de la Transparence, les AINS sont à privilégier en première intention pour la sciatique, le choix d'un COXIB doit faire l'objet d'une évaluation du risque cardiovasculaire.

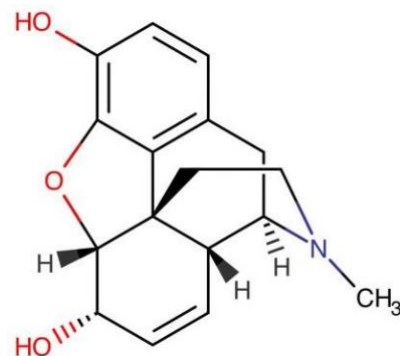
L'aspirine est aussi fréquemment utilisé en automédication par les patients alors qu'elle n'est pas adaptée à la prise en charge de la sciatgie. En raison de son mécanisme d'action irréversible et de sa cinétique, l'aspirine est plus efficace comme anti-agrégant plaquettaire à faible dose que comme un anti-inflammatoire dans les douleurs radiculaires ; son rapport bénéfice/risque est jugé moins favorable que celui des AINS classiques recommandés.(48,62)

b.1.3 Opioides

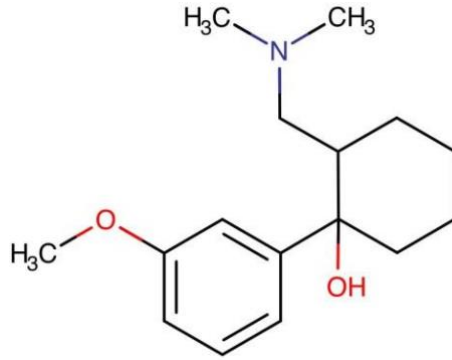
(63-65)



Structure de la Codéine (66)



Structure de la Morphine (67)



Structure du Tramadol (68)

b.1.3.a Mécanisme d'action pharmacologique

Le mécanisme d'action varie selon la molécule, mais repose sur l'interaction avec le système opioïde endogène :

- Codéine et Morphine : agonistes des récepteurs morphiniques sélectifs des récepteurs μ . Ils inhibent la transmission des messages douloureux au niveau du système nerveux central.
- Tramadol : agoniste des récepteurs μ et inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine, ce qui renforce l'inhibition descendante de la douleur au niveau médullaire.

b.1.3.b Effets indésirables

- Troubles digestifs : constipation (nécessitant souvent un traitement préventif) et nausées/vomissements
- Effets neuro-psychiques : somnolence, vertiges, confusion et risque de convulsions.

Le risque majeur est la dépression respiratoire en cas de surdosage.

b.1.3.c Dépendance et mésusage

Le risque d'accoutumance et de dépendance est central avec cette classe thérapeutique :

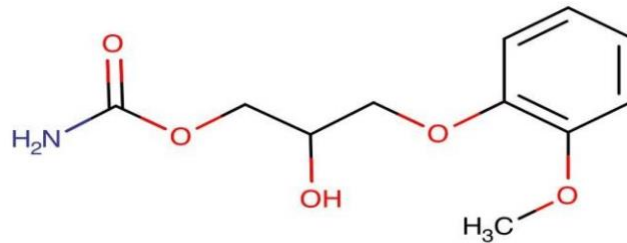
- Tolérance : baisse d'efficacité liée à une augmentation du nombre de récepteur, poussant à une augmentation des doses d'avis médical.
- Mésusage : changement d'humeur, anxiété, symptômes de sevrage lors de l'arrêt.

b.1.3.d Recommandations

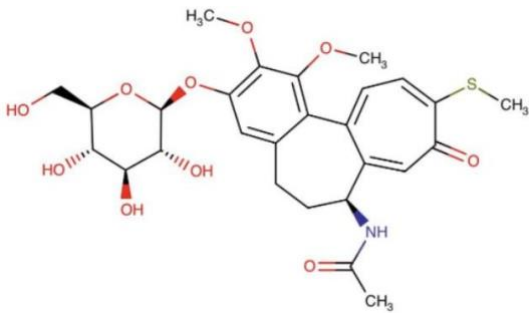
Ils ne sont pas recommandés en première intention. L'utilisation est très encadrée au vu des nombreux effets indésirables, et de la dépendance/tolérance qu'ils entraînent. Les opioïdes faibles (codéine, tramadol) sont proposés en deuxième intention si les AINS sont inefficaces ou contre-indiqués. Les opioïdes forts (morphine), eux, sont en derniers recours dans les formes réfractaires avec une surveillance stricte, à cause du risque de mésusage.

b.1.4 Myorelaxants

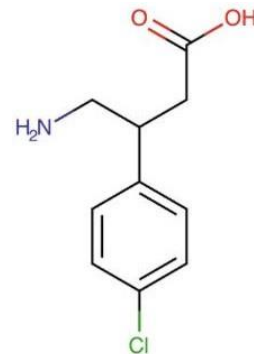
(69-72)



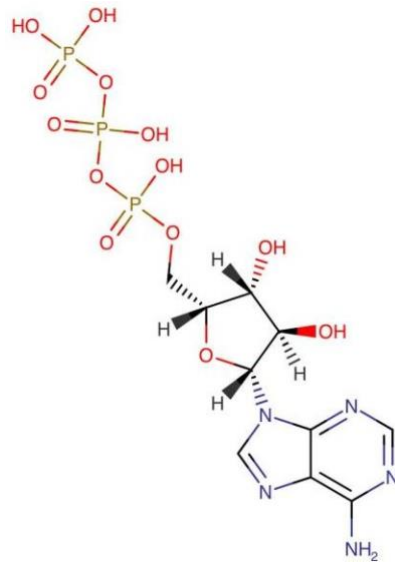
Structure du Méthocarbamol (73)



Structure du Thiocolchicoside (74)



Structure du Baclofène (75)



Structure de l'Atépadène (76)

b.1.4.a Mécanisme d'action pharmacologique

Les molécules utilisées dans le cadre de la sciatalgie sont à action centrale ou périphérique et agissent par :

- Dépression du SNC : le méthocarbamol exerce une action sédatrice globale entraînant un relâchement musculaire.
- Modulation neuronale : le thiocholchicoside et le baclofène agissent comme des antagonistes des récepteurs GABA et glycine au niveau spinal.
- Action métabolique direct : l'adénosine triphosphate (Atépadène) fournit l'énergie nécessaire au processus de relaxation de la fibre musculaire, permettant une action myorelaxante périphérique sans effet sédatif.

b.1.4.b Effets indésirables

Plusieurs effets indésirables sont rapportés comme somnolence, vertiges, hypotension, troubles digestifs, réactions cutanées, risque de dépendance (pour certains).

b.1.4.c Recommandations

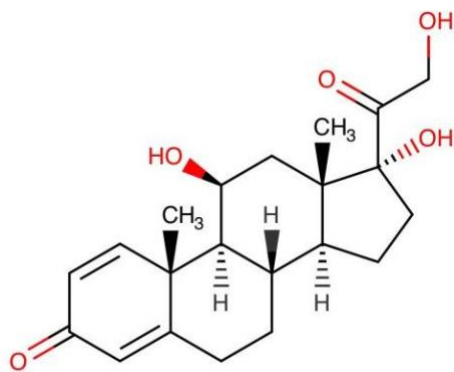
La HAS se joint aux belges, aux britanniques et aux danois pour une absence de recommandation à cause d'efficacité limitée et d'effets indésirables. De plus, le myorelaxant recommandé par les USA et le Canada, la cyclobenzaprine, n'est pas disponible en France.

Les myorelaxants incluent également l'adénosine triphosphate (Atepadene). Son efficacité clinique est un débat mais une étude randomisée (Bannwarth et al., 2005) suggère un bénéfice à

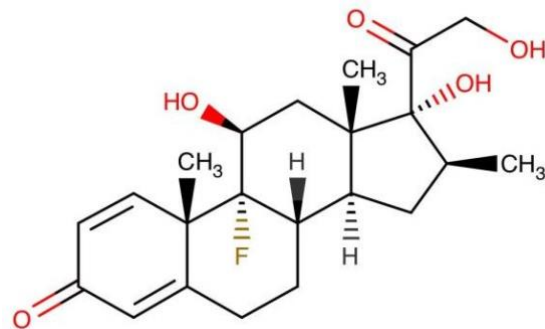
court terme dans les lombalgies subaiguës. Son mécanisme d'action purement périphérique repose sur le soutien du métabolisme énergétique nécessaire à la relaxation de la fibre musculaire. Toutefois en raison d'une biodisponibilité orale limitée, il reste un traitement d'appoint, particulièrement intéressant chez les patients où la sédation (induite par les myorelaxants centraux comme le Lumirelax) doit être évitée.(77,78)

b.1.5 Corticoïdes

(79-81)



Structure de la Prednisolone (82)



Structure de la Bétaméthasone (83)

b.1.5.a Mécanisme d'action pharmacologique

Les corticoïdes de synthèse, utilisés comme médicaments, agissent par :

- Action anti-inflammatoire : à forte dose, ils diminuent la réponse inflammatoire en inhibant la synthèse et la libération de médiateurs de l'inflammation.
- Transcription protéique : ils traversent la membrane cellulaire et se lient à un récepteur cytoplasmique spécifique. Ce complexe va migrer dans le noyau pour interagir avec l'ADN et stimuler la synthèse de l'ARN messager codant pour la fabrication de protéines, notamment la lipocortine (protéine inhibitrice de la phospholipase A2).

b.1.5.b Effets indésirables

Les effets indésirables sont nombreux et à redouter lors d'un traitement à dose élevée ou sur une durée prolongée :

- Troubles électrolytiques : hypokaliémie, rétention hydrosodée avec risque d'hypertension artérielle et d'insuffisance cardiaque congestive.
- Troubles métaboliques et endocriniens : obésité facio-tronculaire, effet diabétogène
- Troubles musculosquelettiques : atrophie musculaire, ostéoporose, fractures

- Troubles oculaires : glaucome et cataracte
- Troubles cutanés : atrophie cutanée, fragilité de la peau, retard de cicatrisation.

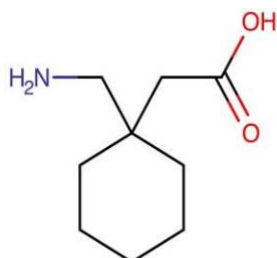
b.1.5.c Recommandations

Il n'y a pas assez de données pour recommander les corticoïdes par voie orale. Néanmoins, des infiltrations épidurales peuvent être possible mais sont réservées à des cas très ciblés (radiculalgie persistante sévère).

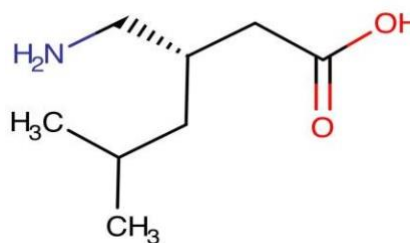
Lors d'un essai contrôlé randomisé multicentrique portant sur l'injection épidurale de corticostéroïdes (IEC) pour la sciatique (84), les chercheurs ont démontré un bénéfice limité à court terme mais aucun bénéfice durable pour les patients atteints de sciatique que ce soit au niveau de la douleur, de la fonction ou de la nécessité chirurgicale. Ces résultats montrent aussi que la sciatique n'est pas une affection spontanément résolutive. La plupart des patients participant à l'étude WEST présentent encore des douleurs et un handicap important à la fin de l'étude. Cet essai montre bien qu'à partir du moment où les douleurs sont ressenties depuis plusieurs mois, on peut parler de douleurs chroniques avec séquelles, et qu'il faut une prise en charge selon une approche multidisciplinaire.

Les IEC n'ont ni réduit les arrêts de travail, ni le besoin de chirurgie ou d'intervention, ni les programmes de gestion de la douleur ou encore d'autres techniques d'injection. De plus, ils ont un coût considérable sur le système de santé sans réel bénéfice à moyen ou long terme. Ce contraste reste d'ailleurs d'actualité malgré l'optimisation des pratiques par le guidage sous imagerie. Si ce guidage permet d'assurer une précision anatomique du dépôt et de sécuriser le geste technique en évitant les structures vasculaires, il ne semble pas suffisant pour modifier significativement l'évolution clinique globale ou réduire la durée des arrêts de travail.

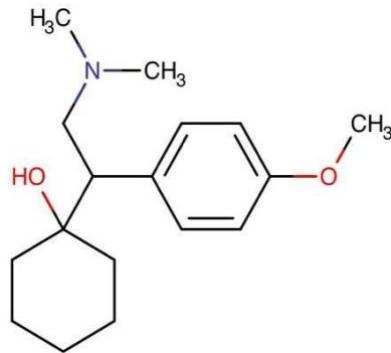
b.1.6 Antidépresseurs et antiépileptiques



Structure de la Gabapentine (85)



Structure de la Prégabaline (86)



Structure de la Venlafaxine (87)

1.b.6.a Mécanisme d'action pharmacologique des antidépresseurs - Inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa)

(88)

Le mécanisme d'action des IRSNa repose sur une double inhibition de la recapture des neurotransmetteurs :

- Inhibition de la recapture de la Sérotonine (5-HT) et de la Noradrénaline (NA) en bloquant les transporteurs pré-synaptiques de ces deux amines, ce qui augmente leur disponibilité dans la fente synaptique
- Modulation des voies descendantes de la douleur : ici utilisée pour leur efficacité antalgique qui passe un renforcement des voies inhibitrices descendantes situées au niveau de la moelle épinière. Cette modulation chimique permet de freiner la transmission des messages nociceptifs (douloureux) vers les centres supérieurs.

1.b.6.b Effets indésirables des IRSNa

(88)

Les IRSNa présentent des risques de :

- Troubles gastro-intestinaux : nausées, vomissements, constipation, sécheresse buccale
- Risques cardiovasculaires : hypertension artérielle, allongement de l'intervalle QT
- Troubles neuropsychiatriques : levée d'inhibition suicidaire
- Troubles neuro-sensoriels : vertiges, somnolences, céphalées.

1.b.6.c Mécanisme d'action pharmacologique des antiépileptiques - gabapentinoïdes

(89,90)

Dans le cadre de la sciatalgie, on peut voir passer des ordonnances de gabapentine ou prégabaline qui sont des analogues structuraux du GABA. Leur mécanisme d'action est distinct de celui des médicaments agissant sur les récepteurs GABAergiques. Le mécanisme d'action repose sur une interaction spécifique avec des canaux ioniques :

- Liaison à la protéine auxiliaire $\alpha 2\delta$ des canaux calciques voltage-dépendants dans le système nerveux central
- Réduction de l'influx calcique ce qui entraîne une diminution de l'entrée de calcium dans les terminaisons nerveuses présynaptiques
- Modulation des neurotransmetteurs : modulation de l'excitabilité neuronale en diminuant la libération du glutamate, de la substance P et de la noradrénaline qui sont des neurotransmetteurs pro-nociceptifs. C'est pourquoi ces médicaments sont efficaces sur la douleur neuropathique de la sciatalgie.

b.1.6.d Effets indésirables des antiépileptiques - gabapentinoïdes

(89,90)

Pour la gabapentine et la prégabaline, les effets indésirables sont très proches et sont :

- Troubles du système nerveux : vertiges, somnolence, céphalées, ataxie, tremblements
- Troubles digestifs : sécheresse buccale, constipation, flatulences
- Troubles du métabolisme : augmentation de l'appétit, prise de poids
- Troubles généraux : oedèmes périphériques
- Risque de mésusage : dépendance et symptôme de sevrage à l'arrêt du traitement.

1.b.6.e Recommandations

La HAS recommande le recours aux antidépresseurs ou aux antiépileptiques en cas de douleurs chroniques neuropathiques ou lorsqu'une comorbidité psychiatrique est associée. Toutes les sciatalgies ne présentent pas une composante neuropathique. En effet, les douleurs dites « sciatique » peuvent être d'origine mécanique, inflammatoire ou neuropathique selon le mécanisme en cause. Seules les formes radiculaires avec atteinte du nerf ou de sa racine correspondent à une douleur neuropathique justifient l'emploi de traitements spécifiques tels que la duloxétine, la gabapentine ou la prégabaline.

Une douleur neuropathique est une douleur causée par une lésion ou une maladie du système somatosensoriel. Les douleurs neuropathiques sont fréquentes chez les patients souffrant de sciatalgie et sont particulièrement douloureuses. Une revue systématique récente apporte des preuves d'une efficacité équivalente, de qualité modérée, entre les antidépresseurs tricycliques (TCA) et la gabapentine/prégabaline. Elle ne met également en évidence aucune différence significative entre TCA et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (IRSNa), entre les IRSNa et les gabapentinoïdes, ou entre les opioïdes et les autres classes de médicaments. Ces résultats confirment et sont en adéquation avec les recommandations actuelles.

De plus, l'étude souligne que le choix entre ces molécules peut être guidé par le profil d'effets secondaires, la tolérance du patient et les comorbidités, plutôt que par la supériorité d'efficacité d'une classe sur l'autre. Cela renforce le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients, notamment pour l'information sur les effets indésirables, l'adaptation des traitements et la surveillance de la tolérance. Mais dans les formes mécaniques ou inflammatoires, ces molécules n'ont pas démontré d'efficacité et ne doivent pas être prescrites systématiquement.

Pour finir, la HAS nous parle de traitements non recommandés ou à éviter. Parmi eux, il y a les antibiotiques, la vitamine D, les anti-TNF, le Néfopam ou encore les patchs de lidocaïne, où l'efficacité est incertaine voir non démontrée.

b.2 Plantes médicinales

(91,92)

L'intérêt pour les plantes médicinales dans la prise en charge de la sciatalgie grandit, surtout quand les traitements classiques montrent leurs limites ou provoquent des effets indésirables. Plusieurs préparations issues de la médecine traditionnelle ont montré des résultats intéressants dans des études cliniques et précliniques.

b.2.1 Harpagophytum

(93)

L'harpagophytum (*Harpagophytum procumbens*), appelé Griffes du diable, est l'une des substances végétales les plus connues pour son action anti-inflammatoire et analgésique. Appartenant à la famille des Pédaliacées, elle est originaire des régions du Sud de l'Afrique. On utilise principalement le tubercule secondaire coupé et séché qui est la partie active.

b.2.1.a Mécanisme d'action

Grâce aux iridoïdes (composés actifs), l'Harpagophytum va avoir un effet anti-inflammatoire en inhibant la synthèse de médiateurs pro-inflammatoires, notamment les prostaglandines et certains leucotriènes par une action sur les enzymes COX-2 et lipoxygénase.

b.2.1.b Effets indésirables

On sait que les plantes sont généralement bien tolérées mais elles peuvent parfois entraîner quelques effets non voulus :

- Troubles digestifs : diarrhées, nausées, vomissements, douleurs abdominales
- Troubles métaboliques : c'est pourquoi cette plante est déconseillée en cas d'ulcère gastroduodéal
- Réactions d'hypersensibilités : éruptions cutanées, urticaire.

b.2.1.c Preuves scientifiques

(94)

Des revues systématiques et des essais contrôlés randomisés ont confirmé l'intérêt de cette plante dans la gestion de la douleur chronique. Une revue, évaluant l'efficacité de l'harpagophytum sur la lombalgie non spécifique chronique, a donné des preuves solides de son utilisation. L'efficacité est démontrée avec des extraits titrés à une dose quotidienne équivalente à 50 mg d'harpagosides pour le traitement des poussées aiguës de lombalgies chroniques. L'action de l'harpagophytum est due à l'inhibition de médiateurs de l'inflammation, avec une action non immédiate (2 à 4 semaines).



Photo de la plante harpagophytum - Crédit : Arkopharma (95)

b.2.2 Saule blanc

(96)

L'écorce de saule (*Salix alba*), très utilisée en Europe pour ses propriétés analgésiques et anti-inflammatoires, a aussi montré son efficacité dans le traitement des lombalgies.

b.2.2.a Mécanisme d'action

L'écorce de saule est considérée comme une forme naturelle et précurseur de l'aspirine via son composé actif principal : salicine. Après ingestion, la salicine est transformée par la flore intestinale puis par le foie en acide salicylique, qui va inhiber la synthèse des prostaglandines et réduire l'inflammation et la douleur.

b.2.2.b Effets indésirables

Ses effets indésirables sont similaires à l'aspirine :

- Hypersensibilité aux dérivés salicylés
- Troubles digestifs : nausées, douleurs gastriques (il ne faut surtout pas utiliser cette plante en cas d'ulcère gastroduodéal).

b.2.2.c Preuves scientifiques

(97)

Un essai contrôlé randomisé en double aveugle a évalué cette efficacité chez des patients souffrant d'exacerbation de lombalgies chroniques. Les participants ont reçu, pendant 4 semaines, soit un extrait d'écorce de saule (à dose faible de 120 mg de salicine, ou à haute dose de 240 mg de salicine), soit un placebo. Le tramadol était la seule médication de secours autorisée. A la fin de l'étude, le groupe ayant reçu la dose de 240 mg de salicine a présenté une proportion de patients sans douleur et sans recours au tramadol, significativement supérieur au groupe placebo. En conclusion, les patients ayant reçu le traitement placebo avaient plus besoin de tramadol que les autres. L'extrait d'écorce de saule peut donc être considéré comme un traitement utile pour la lombalgie, permettant de réduire le recours aux traitements de palier II (opioïdes).



Photo de la plante Salix alba - Crédit : Telabotanica - Licence : CC-BY-SA(98)

[b.2.3 Curcuma](#)

(99)

Le curcuma (*curcuma longa*), et son composé actif, la curcumine, sont reconnus pour leurs propriétés anti-inflammatoires. C'est une plante qu'on retrouve en Asie du Sud et du Sud-Est, et qui appartient à la famille des Zingibéracées. La partie utilisée est le rhizome (tige souterraine horizontale) qu'on va venir généralement ébouillanter, sécher et utiliser en poudre ou pour des extractions.

b.2.3.a Mécanisme d'action

Cette action anti-inflammatoire s'explique par la modulation de différents facteurs de transcription, ce qui va diminuer la synthèse des cytokines pro-inflammatoires. La curcumine présente un intérêt majeur, notamment pour la composante neuropathique de la sciatalgie. La curcumine présente dans le rhizome va agir sur plusieurs niveaux de la cascade inflammatoire en inhibant l'activation de facteur nucléaire central de l'inflammation et en réduisant des enzymes pro-inflammatoires comme la COX-2 et la lipoxigénase.

b.2.3.b Effets indésirables

À dose thérapeutique le curcuma présente quelques contre-indications :

- Troubles biliaires : de par ses propriétés cholagogues et cholérétiques elle est contre-indiquée en cas d'obstruction des voies biliaires.
- Troubles digestifs : en cas de surdosage il peut arriver des sécheresses buccales, des ballonnements, des irritations gastriques.

b.2.3.c Preuves scientifiques

(100)

Un essai clinique ouvert, randomisé et contrôlé a étudié l'efficacité de la curcumine en traitement d'appoint sur des douleurs neuropathiques (incluant la sciatalgie lombaire). En raison d'une mauvaise biodisponibilité orale de la curcumine, celle-ci a été formulée en phytosome (couplée à un vecteur lipidique) et associée à l'acide lipoïque. Cette stratégie de formulation a rendu son utilisation orale plus efficace. Les résultats ont montré que l'ajout de cette formule à base de curcumine et d'acide lipoïque entraînait une réduction de la douleur neuropathique de plus de 66% chez les patients souffrant de sciatalgie lombaire ; réduisant ainsi leur consommation d'AINS. Cet essai a ainsi prouvé que la curcumine a un rôle dans la gestion des syndromes neuropathiques principalement en complément des traitements conventionnels.



Photo de la plante curcuma longa - Crédit Laboratoire FENIOUX (101)

b.2.4 Ortie

(102)

L'ortie piquante (*Urtica dioica*) est reconnue en phytothérapie pour ses propriétés anti-inflammatoires, qui peuvent être bénéfiques dans la gestion des douleurs musculo-squelettiques. Cette plante très connue en Europe trouve son origine des régions tempérées d'Eurasie. On utilise la feuille pour ses propriétés anti-inflammatoires.

b.2.4.a Mécanisme d'action

La feuille d'ortie a un effet anti-inflammatoire car elle contient des acides phénoliques et des flavonoïdes. Ils vont agir en inhibant la synthèse des cytokines pro-inflammatoires (TNF-alpha et interleukine-1) et en réduisant la voie de la 5-lipoxygénase.

b.2.4.b Effets indésirables

Les effets indésirables sont très rares pour l'ortie avec quelques troubles digestifs, des réactions cutanées, et un effet diurétique à surveiller chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ou rénale sévère qui sont à risque d'oedèmes.

b.2.4.c Preuves scientifiques

(103)

De nombreuses publications décrivent l'utilisation traditionnelle de l'application locale de piqûres d'ortie pour soulager la douleur arthritique. Une étude croisée contrôlée randomisée en double aveugle a confirmé cette efficacité : elle a montré, par application cutanée de feuilles d'ortie, une réduction de la douleur et une amélioration de l'handicap chez les patients souffrant d'arthrose. Bien que cette étude démontre l'efficacité sur l'arthrose et non directement sur la sciatalgie, le résultat met en évidence l'action anti-inflammatoire locale et systémique de l'ortie. Cette action soutient son usage en complément dans la prise en charge des douleurs chroniques et inflammatoires.



Photo de la plante *Urtica dioica* - Crédit photo : Télabotanica - Licence : CC-BY-SA (104)

[b.2.5 Patch Artcure](#)

(92)

Le patch Artcure est un dispositif médical à base de composants naturels. Composé d'huiles essentielles (thym, citron, romarin, camomille et laurier), ce patch transdermique a montré un soulagement à court terme dans un essai contrôlé. Son action passe à la fois par les huiles essentielles et par un effet mécanique : en créant un gradient osmotique, il réduit la taille du noyau pulpeux et donc la pression sur le nerf.

b.2.6 Cannabinoïdes (THC et CBD)

(92,105-107)

Utilisé sous forme d'huile sublinguale, il a été testé chez les patients atteints de douleurs radiculaires chroniques. L'étude a montré une diminution de la douleur, bien que les résultats restent encore exploratoires.

b.2.6.a Mécanisme d'action

Il va y avoir une action sur les récepteurs CB1 et CB2 où le THC est un agoniste partiel de ces récepteurs. Il va donc moduler la transmission synaptique et diminuer l'hyperexcitabilité neuronale liée à la douleur. Le CBD (cannabidiol) possède des propriétés anti-inflammatoires, anxiolytiques et limite les effets psychoactifs du THC. De plus, en se fixant sur les récepteurs des voies de la douleur, les cannabinoïdes inhibent la libération de neurotransmetteurs excitateurs (comme le glutamate) et augmentent le seuil de perception douloureuse.

b.2.6.b Effets indésirables

Ils peuvent être fréquents et dépendent du ratio THC/CBD :

- Troubles neuropsychiatriques : somnolence, vertiges, troubles de la concentration, désorientation, hallucinations ou des réactions paranoïdes
- Troubles cardiovasculaires : tachycardie, palpitations et risque d'hypotension orthostatique
- Troubles digestifs : sécheresse buccale, nausées, constipation, diarrhées
- Dépendance et syndrome de sevrage à l'arrêt, ainsi que des risques de déclenchement de troubles psychotiques chez personnes prédisposés.

b.2.7 Conclusion

En conclusion, les substances d'origine naturelle démontrent un réel intérêt dans la prise en charge de la sciatalgie et des douleurs musculo-squelettiques, en s'appuyant sur des preuves cliniques solides. Ces études montrent que le recours aux opioïdes peut être réduit grâce à l'extrait de saule blanc ; que l'harpagophytum et l'ortie jouent un rôle anti-inflammatoire dans les douleurs articulaires et dorsales même si chacune à sa propre action ; et que la curcumine a un intérêt majeur sur la composante neuropathique de la sciatalgie. De plus, d'autres approches comme le patch Artcure qui apporte un soulagement à court terme des douleurs discales par sa double action (huiles essentielles et mécanique). Pour les cannabinoïdes, les études suggèrent une piste intéressante pour la diminution de la douleur radiculaire chronique.

Ces solutions naturelles ont un réel impact sur la douleur, mais se positionnent principalement en complément des traitements conventionnels, se plaçant comme une option pour optimiser le soulagement de la douleur et potentiellement réduire l'exposition aux risques des médicaments du palier II.

b.3 Biothérapies / Traitements innovants

On retrouve très peu d'études sur l'usage des biothérapies pour les sciatalgies. L'éventail étiologique conduit à des essais et des études spécifiques.

Le premier rapport sur les résultats à long terme d'un essai contrôlé randomisé évaluant l'efficacité d'un anti-TNF contre un placebo dans la sciatique induite par une hernie discale nous vient de l'étude FIRST II. (108) Cette étude a testé une perfusion unique d'infliximab. Les résultats à 3 mois n'ont montré aucune différence entre le traitement et le placebo. Après un an de suivi, 67% des patients du groupe infliximab et 63% du groupe placebo n'avaient plus de douleur, sans différence significative. Huit patients dans chaque groupe ont d'ailleurs dû être opérés. Des effets indésirables non graves (rhinite, diarrhée, otite moyenne) ont été rapportés uniquement dans le groupe infliximab. Les auteurs concluent que l'infliximab ne peut pas être recommandé dans cette indication.

Un autre essai, SCIATiC (109), qui comparait l'adalimumab à un placebo associé à la physiothérapie, a dû être interrompu prématurément en raison d'un recrutement insuffisant et de difficultés logistiques, ce qui limite encore plus les données disponibles sur les biothérapies dans cette indication.

c. Perspectives et thérapies émergentes

(110)

Face à ce défi de la douleur chronique, les chercheurs essaient d'innover pour améliorer la qualité de vie des patients. Parmi les nouvelles pistes, on a les techniques de neuromodulation non invasives. Elles sont vues comme des alternatives ou des compléments aux traitements habituels de la douleur neuropathique, comme c'est le cas pour la sciatalgie, qui naît d'une atteinte périphérique mais qui peut s'entretenir ensuite par des mécanismes centraux.

On sait aujourd'hui que la douleur chronique est liée à des changements profonds dans le système nerveux. Quand elle persiste longtemps, les circuits de la douleur se modifient : certains gènes s'expriment différemment, il y a des changements épigénétiques et cela conduit à une plasticité inadaptée. Concrètement, le cerveau et la moelle épinière deviennent trop sensibles, ce qui entraîne des modifications structurelles et fonctionnelles dans plusieurs zones cérébrales

impliquées dans le traitement de la douleur, et entretient un cercle vicieux qui favorise la chronicité.

Les techniques de neuromodulation non invasives cherchent justement à agir là-dessus. L'idée est d'utiliser le principe de l'induction électromagnétique ou de courants électriques appliqués depuis la surface du corps. Par exemple, un courant délivré par des électrodes placées sur le cuir chevelu peut modifier l'excitabilité des neurones et influencer les fonctions cérébrales. La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS), la stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS), la stimulation par ultrasons ou d'autres formes de stimulations électriques sont en cours d'évaluation. Mais ça ne se limite pas au cerveau : certaines approches visent aussi la moelle épinière, où elles peuvent réduire l'hyperexcitabilité des circuits douloureux.

L'avantage de ces techniques est qu'elles ne nécessitent pas de chirurgie, donc il y a moins de risques par rapport aux méthodes invasives comme la stimulation cérébrale profonde. De plus, elles permettent aussi des séances répétées, ce qui est important pour des maladies chroniques. Les études montrent de bons résultats encourageant pour le futur : la rTMS, par exemple, a montré une amélioration des douleurs après des lésions médullaires, des accidents vasculaires cérébraux, une sclérose en plaques ou des douleurs faciales. Le tDCS semble capable de moduler durablement l'activité synaptique grâce à son action sur les récepteurs NMDA, un mécanisme clé de la plasticité neuronale.

Cependant, il y a des limites : les effets observés ne durent pas dans le temps, il est difficile d'obtenir une modification durable de la plasticité cérébrale. C'est pourquoi les chercheurs insistent sur l'approfondissement de ces recherches, afin de mieux comprendre comment stabiliser ces effets et d'offrir un soulagement plus long aux patients.

Donc la neuromodulation non invasive représente une bonne perspective car elle agit directement sur les mécanismes qui entretiennent la douleur chronique. Elle pourrait permettre de compléter les médicaments et les thérapies classiques, en aidant à « rééduquer » le système nerveux plutôt que de seulement masquer les symptômes.

V. Prise en charge au comptoir

a. Approche thérapeutique

(111,112)

Le pharmacien d'officine est souvent en première ligne lorsqu'un patient consulte pour un mal de dos. Son rôle est double : identifier rapidement s'il s'agit d'une urgence nécessitant une

orientation vers un médecin, et proposer un conseil adapté lorsque la situation le permet. Pour cela, le pharmacien dispose d'un arbre décisionnel pour l'aider à guider son questionnement et à orienter son conseil. Cette méthodologie est une force puisqu'elle a été élaborée ou validée par un large panel d'experts représentant l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans cette prise en charge (médecins, spécialistes, kinésithérapeutes, ...)

Selon les recommandations du groupe d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2021 (dont le référentiel est accessible sur HAL), la première étape pour la prise en charge de la lombalgie et de la sciatique est la recherche de drapeaux rouges avant d'envisager tout traitements spécifiques. En effet comme vu précédemment, le pharmacien doit poser des questions ciblées pour vérifier la présence de ces signaux d'alertes, tels que :

- La douleur est-elle survenue brutalement ? Est-elle présente au repos, en particulier la nuit ?
- Où se situe la douleur ?
- Ressentez-vous des fourmillements, picotements, engourdissement, sensation de chaleur/froid, impression de courant électrique dans une ou deux jambes, ou au niveau du pubis ?
- Avez-vous subi un traumatisme récent ?
- Avez-vous perdu du poids de façon inexplicable récemment ?
- Avez-vous des antécédents de cancer, ou la présence d'un syndrome fébrile (fièvre) ?
- Consommez-vous des drogues par voie intraveineuse ?
- Bénéficiez-vous d'un traitement corticoïde de longue durée ?
- Avez-vous déjà eu une déformation structurale importante de la colonne vertébrale ?
- Présentez-vous des douleurs thoraciques ?
- Quel âge avez-vous ?
- Sentez-vous une altération de l'état général ?
- Avez-vous des difficultés à uriner ou des fuites urinaires ?
- Remarquez-vous une perte de sensibilité au niveau de votre périnée ?
- Avez-vous une perte du contrôle du sphincter anal (émission involontaire des selles) ou au contraire une constipation inhabituelle ?

Bien entendu, ces questions doivent être adaptées au contexte du patient, à son historique médical et à son profil. L'objectif est de s'assurer qu'il n'existe pas une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge spécifique, voire urgente. Si l'une des réponses du patient révèle la présence de l'un de ces drapeaux rouges, ou en cas de doute, le pharmacien doit l'orienter sans délai vers un médecin. Lorsque les drapeaux rouges sont écartés, il est également essentiel que le pharmacien s'intéresse aux drapeaux jaunes, c'est-à-dire aux facteurs psychosociaux susceptibles

de favoriser la chronicité (stress, anxiété, dépression, mauvaise perception de la douleur, mission de vie, contraintes sociales ou professionnelles, ...).

La prise en charge par traitements médicamenteux est rétrogradée en seconde intention derrière les conseils et les mesures non médicamenteuses. En première intention, le pharmacien place le patient dans une démarche active de gestion de sa douleur (on verra cela dans la partie « conseils »).

Si la douleur est chronique (ou à risque de le devenir) et qu'aucun drapeau rouge n'est présent, le pharmacien peut encourager le patient à consulter son médecin traitant. Il peut également évoquer l'intérêt d'une prise en charge par d'autres professionnels de santé accessible en première intention, tels que le kinésithérapeute (dans certaines conditions d'accès direct), l'ostéopathe ou le psychologue. Dans les autres cas, le médecin reste l'interlocuteur central pour décider d'une orientation vers des spécialistes tels que le rhumatologue, le médecin de rééducation fonctionnelle ou le médecin du travail. En cas de présence de drapeaux jaunes, il peut aussi suggérer un accompagnement en psychologie ou vers un travailleur social.

Si la douleur est aiguë et que le patient a besoin d'un soulagement rapide, le pharmacien peut proposer un anti-inflammatoire (AINS) oral ou local disponible sans ordonnance, en respectant scrupuleusement les précautions d'usage. Il doit considérer les antécédents médicaux du patient, les traitements en cours, les expériences antérieures de prise antalgique, les préférences du patient et le risque de mésusage. Cet AINS doit être utilisé sur la plus courte durée possible, à la dose efficace la plus faible.

Le pharmacien peut également proposer des baumes chauffants, patchs chauffants.

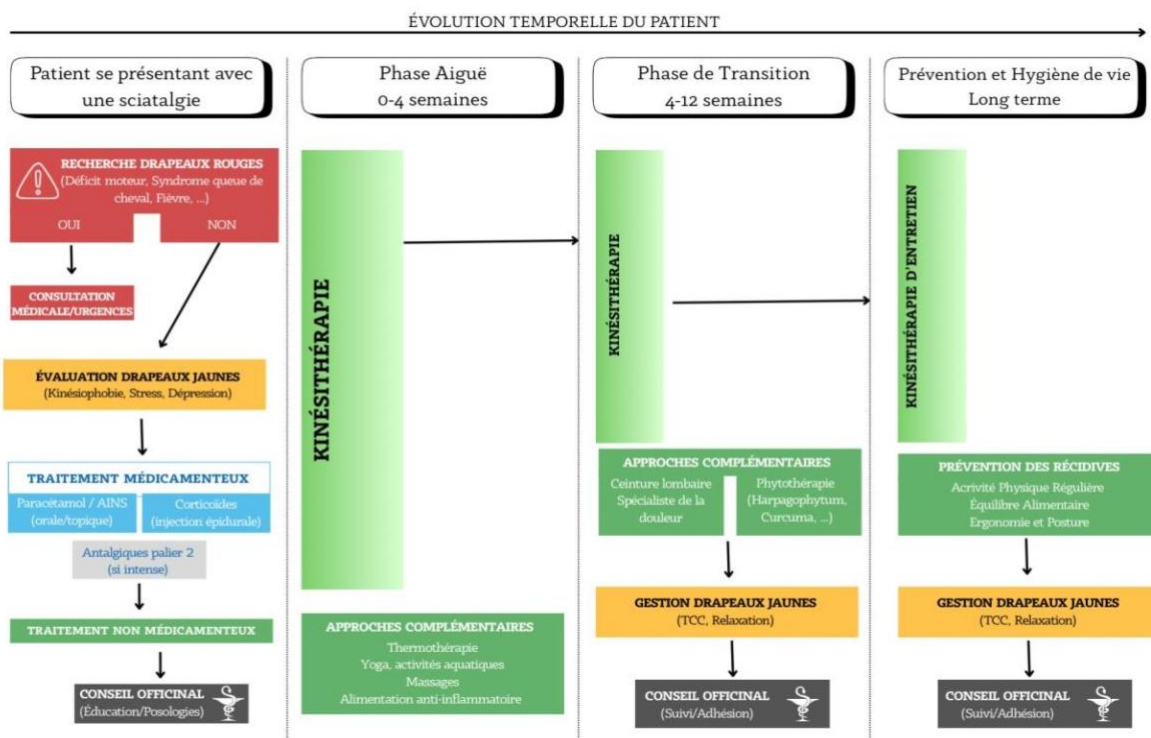


Figure 8 : Schéma de l'approche officinale d'un patient atteint de sciatalgie.

b. Conseils et prévention

b.2 Conseils médicamenteux au comptoir

b.2.1 Paracétamol

(49,50)

La délivrance de paracétamol ne doit jamais être banalisée. Il est essentiel de transmettre au patient des messages clés sur le risque de toxicité grave pour le foie (hépatotoxicité) en cas de surdosage.

Pour la posologie, il faut rappeler au patient :

- Commencer à la dose efficace la plus faible : 500 mg par prise
- Si la douleur est plus importante, passer à 1 g (1000 mg) par prise
- Respecter la dose maximale par jour : 3g (soit 3000 mg) maximum pour un adulte et enfant pesant plus de 50 kg en automédication
- Respecter un intervalle minimum de 4h à 6h entre chaque prise

Avant la délivrance, il est important de vérifier et d'adapter les posologies pour les populations à risque :

- Les patients pesant moins de 50kg
- Les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou d'insuffisance rénale sévère
- Les patients souffrant d'alcoolisme chronique ou de sevrage
- Déshydratation
- Réserves basses ou déficit en glutathion hépatique
- Personnes âgées.

Pour ces personnes à risque, il est recommandé que la dose quotidienne ne dépasse pas les 2 g/jour (2000 mg/jour). Il est aussi important de vérifier que le patient ne prend aucun autre médicament contenant du paracétamol (médicaments contre le rhume, l'état grippal, la douleur ou la fièvre, y compris les associations avec des opioïdes comme codéine, tramadol). Le pharmacien doit interroger le patient pour connaître ses habitudes d'automédication et s'assurer qu'il ne stocke pas inutilement des boîtes à son domicile. Enfin, on rappelle que la durée du traitement en cas de douleur est limitée à 5 jours maximum sans avis médical.

Concernant les signes de surdosage, il est pertinent de mentionner les 4 phases qui peuvent survenir en cas d'intoxication importante :

- Stade 1 (quelques heures) : Absence de symptômes ou seulement des nausées et vomissements.
- Stade 2 (24 à 72h) : Apparition de nausées, vomissements, douleurs abdominales (au niveau du foie)
- Stade 3 (3 à 4 jours) : Aggravation des vomissements, apparition de la jaunisse (ictère) et de troubles de la coagulation.
- Stade 4 (après 5 jours) : Soit un rétablissement complet, soit une insuffisance hépatique potentiellement mortelle.

L'idée est de faire comprendre au patient que même si les premiers signes ne semblent pas grave, ils doivent consulter immédiatement car les lésions hépatiques les plus sérieuses se développent après 1 à 3 jours. Il existe un antidote (N-acétylcystéine), qui plus est administré tôt, plus est efficace.

Si la douleur n'est pas soulagée ou s'aggrave au bout de 3 jours, le patient peut envisager de passer à un anti-inflammatoire non stéroïdienne (AINS) comme l'ibuprofène disponible sans ordonnance.

b.2.2 Les AINS

Avant de délivrer un AINS, le pharmacien doit s'assurer que le patient ne se trouve pas dans l'une des situations suivantes (55) :

- Allergie connue à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans le médicament,
- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise d'AINS ou d'un médicament apparenté comme l'acide acétylsalicylique (aspirine),
- Enceinte, à partir du début du 6ème mois de grossesse,
- Antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par AINS,
- Ulcère ou saignement de l'estomac ou de l'ingestion en évolution ou récidivant,
- Hémorragie intracrânienne,
- Insuffisance hépatique sévère,
- Insuffisance rénale sévère,
- Insuffisance cardiaque sévère,
- Lupus érythémateux disséminé.

Le pharmacien doit donc obligatoirement vérifier ces contre-indications en posant les bonnes questions et, si possible, en consultant l'historique du patient. En pharmacie, certains AINS peuvent être disponibles sans prescription médicale et sont donc destinés à l'automédication : aspirine, ibuprofène.

- Aspirine (500 mg et 1000 mg) (113)

La posologie varie selon le poids.

Chez l'enfant ou l'adulte de 30 à 50 kg : 60 mg/kg/jour à répartir en 4 à 6 prises.

Chez l'adulte de plus de 50 kg : 500 à 1000 mg toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser 3 g par jour.

Chez les personnes âgées : maximum 2 g par jour.

- Ibuprofène (200 mg et 400 mg) (54,56)

La dose dépend aussi du poids.

Chez l'adulte et chez l'enfant de plus de 30 kg (environ 11-12 ans) : 400 mg par prise, toutes les 6 à 8 heures, sans dépasser 3 prises par jour.

Il est préférable de commencer par 200 mg par prise. Si la douleur n'est pas soulagée, on peut passer à 400 mg.

À prendre avec un grand verre d'eau, de préférence au cours d'un repas pour limiter les risques d'irritation gastrique.

- Kétoprofène (25 mg) (114)

Réservé à l'adulte et à l'adolescent à partir de 15 ans.

À utiliser sur la durée la plus courte possible.

Posologie : 25 mg toutes les 6 à 8 heures, sans dépasser 3 prises par jour.

À prendre de préférence pendant les repas.

Il faut bien dire au patient qu'il ne faut pas dépasser 5 jours de traitement en automédication en cas de douleurs.

Si les douleurs ne sont pas soulagées, il faudra alors voir un médecin.

A ce stade le pharmacien n'a souvent pas d'autre option de traitement « fort », c'est pourquoi les conseils non médicamenteux occupent une place indispensable au comptoir.

Il existe des AINS par voie cutanée.(115) L'application locale de gels, crèmes ou emplâtres (ibuprofène, diclofénac) permet de cibler directement la zone douloureuse.

L'usage des AINS topiques, même si localement, reste soumise à des contre-indications formelles :

- Grossesse après la 20ème semaine
- Hypersensibilité locale ou systémique au produit ou d'autres AINS
- Peau lésée

Un point de vigilance sur ces topiques où l'exposition au soleil doit être limitée durant le traitement et jusqu'à 2 semaines après l'arrêt du traitement. Il est recommandé de couvrir la zone traitée par un vêtement.

Il est également essentiel de prévenir le patient d'éventuels effets indésirables :

- Irritations cutanées
- Réactions allergiques
- Effets indésirables systémiques (rappelés au-dessus)

Chez la personne âgée, ces traitements topiques se positionnent principalement comme un relais thérapeutique à la voie systémique. L'association d'un AINS par voie orale et d'un AINS par voie cutanée est déconseillée, particulièrement en automédication, en raison du risque accru d'effets indésirables systémiques (toxicité cumulative).

Si l'aspirine et l'ibuprofène sont les piliers de l'automédication, il est important de rappeler qu'une grande partie des AINS (dosages plus forts ou molécules comme le kétoprofène) reste strictement soumise à une prescription médicale, nécessitant une évaluation bénéfice-risque plus approfondie par le médecin.

Ainsi, bien que l'exercice quotidien à l'officine amène très régulièrement le pharmacien à délivrer des AINS sur prescription, son rôle de conseil est d'autant plus crucial dans le cadre de l'automédication. En l'absence de diagnostic médical préalable, le pharmacien devient l'unique garant de la sécurité du patient face à des molécules puissantes. Bien que ces dernières soient en libre accès, elles présentent des risques identiques aux AINS soumis à l'ordonnance obligatoire (tels que le diclofénac par voie orale), imposant ainsi une vigilance accrue lors du comptoir.

b.2.3 Opiïdes

(63-65)

Le pharmacien d'officine a une responsabilité majeure sur la délivrance des antidouleurs puissants comme les opioïdes. Ces médicaments nécessitent obligatoirement une ordonnance par le médecin. Tous les médicaments contenant du tramadol, de la codéine ou de la dihydrocodéine, doivent obligatoirement être prescrits sur une ordonnance sécurisée. En effet, ces médicaments représentent un risque important de dépendance, d'abus et de surdosage.

Le pharmacien doit vérifier que la prescription est faite dans les règles :

- Le dosage, la posologie et la durée du traitement sont écrits en toutes lettres pour pouvoir délivrer.
- L'ordonnance respecte bien les règles Afnor (format de l'ordonnance)

La prescription ne devra pas dépasser 12 semaines, au-delà il faudra une nouvelle ordonnance sécurisée. Pour les stupéfiants, comme la morphine, l'ordonnance ne doit pas dépasser 28 jours de traitement.

Quand le pharmacien donne le médicament, il doit donner des conseils clairs au patient :

- L'opioïde n'est pas le tout premier choix pour la douleur, mais utilisé après d'autres antidouleurs. L'idée est de commencer doucement et d'augmenter la dose progressivement si besoin, en lien avec le médecin.
- Informer sur le risque de dépendance, même si la prise est courte. Il est donc primordial de ne jamais augmenter la dose ou la fréquence tout seul.
- La constipation et la somnolence sont les principaux effets indésirables. Il faut donc rappeler au patient de bien boire de l'eau, de manger des fibres pour limiter la constipation, et le pharmacien peut donner un laxatif adapté si besoin. Pour le risque de somnolence il est préconisé de ne pas conduire ou utiliser des machines durant le traitement.
- Il ne faut jamais prendre d'alcool en concomitance avec la prise d'opioïdes car cela augmente fortement le risque de somnolence, et de difficulté à respirer.
- L'arrêt doit être progressif sous supervision du médecin.

b.2.4 Myorelaxants

(69-72)

La sciatalgie s'accompagne très souvent de contractures musculaires douloureuses. Dans ce contexte, le médecin prescrit généralement des myorelaxants pour obtenir une décontraction du muscle. Les deux principales molécules délivrées sont le thiocolchicoside (miorel) et le méthocarbamol (lumirelax). Il est essentiel de noter que ces médicaments, bien que non remboursés par la Sécurité Sociale, nécessitent obligatoirement une ordonnance du médecin. Le rôle du pharmacien est d'assurer un conseil précis, notamment en raison des contre-indications et des effets secondaires importants de ces deux molécules.

	MIOREL	LUMIRELAX
Principe actif	Thiocolchicoside	Méthocarbamol
Posologie	>16 ans 2 gélules matin et soir pendant 7 jours	Adulte 2 comprimés 2 à 3x/jour
Contre-indications	Allergie à la colchicine Génotoxicité : Femme et hommes en âge de procréer qui n'utilisent pas de contraception efficace	Antécédent de réaction cutanée liée à la prise de méthocarbamol Myasthénie Antécédent de convulsions

	Grossesse Allaitement	
Effets indésirables fréquents	Douleurs d'estomac Diarrhée Somnolence	Coloration des urines en marron ou en vert Somnolence Réactions cutanées
Conseils	En cas de diarrhée : diminuer la dose Si vous remarquez une atteinte hépatique (jaunisse, selles décolorées, fatigue inexplicquée, perte de poids) arrêter le traitement et contacter votre médecin. Suivre une contraception ou s'abstenir de rapports sexuels non protégés pendant le traitement et après son arrêt (1 mois pour les femmes, 3 mois pour les hommes). Assurez-vous que le médicament n'altère pas votre vigilance avant de conduire ou d'utiliser une machine dangereuse.	Si apparition de réaction cutanée, arrêtez le traitement et consulter votre médecin Évitez les boissons alcoolisées durant le traitement pour éviter le risque d'augmentation de la somnolence. Ne pas conduire ou utiliser des machines dangereuses pendant la prise de ce traitement.

Quel que soit le myorelaxant, le patient doit toujours avaler les comprimés ou gélules avec un grand verre d'eau.

En ce qui concerne l'Atepadene, la posologie est de 2 à 3 gélules par jour à répartir au moment des repas avec un grand verre d'eau. Il faut bien dire au patient qu'il s'agit d'un traitement d'appoint de courte durée. Ce médicament a très peu de contre-indication mise à part l'hypersensibilité à un des composants et très peu d'effets indésirables sauf quelques cas de

gastralgies signalées. Ce myorelaxant se trouve donc être une bonne alternative pour les patients qui doivent maintenir une vigilance totale (conducteurs) ou chez les sujets âgés à risque de chute.(77)

b.2.5 Plantes

La phytothérapie est un complément non négligeable aux traitements conventionnels et est aussi très demandée par les patients dans une recherche de naturel. Le pharmacien joue un rôle crucial dans le conseil de ces plantes.

2.b.5.a Harpagophytum

(93)

L'harpagophytum est une plante très demandée pour les douleurs musculo-squelettiques grâce à son activité anti-inflammatoire et analgésique ; le pharmacien doit veiller à sa bonne utilisation. Avant de conseiller cette plante, il est essentiel de vérifier que le patient ne présente aucune contre-indication :

- Reflux gastro-œsophagien, ulcères
- Calculs biliaires
- Maladies cardiovasculaires

De plus, le pharmacien doit être attentif aux médicaments que prend le patient, comme les anticoagulants, car il y a un risque d'interaction. Le pharmacien peut proposer l'harpagophytum sous forme de gélules, de crèmes, de pommades en rappelant toujours au patient que l'effet n'est pas immédiat mais nécessite une prise régulière de 2 à 4 semaines pour être efficace. Il est essentiel de prévenir d'éventuels effets indésirables : nausées, diarrhées, maux d'estomac, maux de tête et vertiges. Enfin, cette plante ne doit pas être utilisée chez les moins de 18 ans et déconseillée aux femmes enceintes et allaitantes par mesure de précaution.

2.b.5.b Saule blanc

(96)

Le pharmacien peut proposer l'écorce de saule blanc en complément des traitements conventionnels, comme une aide qui permet de diminuer les doses de ces traitements. Mais il faut s'assurer que le patient ne présente pas de contre-indication :

- Ulcères
- Allergie aux AINS ou à la famille des salicylates (comme l'aspirine)
- Risque hémorragique
- Asthme

- Goutte
- Maladies hépatiques
- 6ème mois de grossesse
- <18 ans

Comme l'harpagophytum, l'écorce de saule présente quelques effets indésirables : nausées, diarrhées, réaction allergique (démangeaisons), et interagit avec les substances anticoagulantes, les AINS et l'aspirine. Par précaution, il vaut mieux le déconseiller aux femmes enceintes et aux femmes allaitantes. On conseille au patient de prendre en infusion, 2 à 3 g d'écorce dans une tasse d'eau bouillante, avant chaque repas.

2.b.5.c Curcuma

(99)

Depuis des siècles, le curcuma est utilisé comme plante en cuisine et en médecine traditionnelle. Le pharmacien peut donc conseiller le curcuma à dose de 200 à 400 mg par jour sans dépasser 180 mg par jour pour une personne de 60 kg. Il ne faut pas oublier les contre-indications :

- Calculs biliaires
- Maladies hépatiques
- Signes d'allergie
- Ulcères

En cas de surdosage, le patient peut ressentir des nausées et des vomissements. Une sécheresse de la bouche, des flatulences et des brûlures d'estomac peuvent également se faire ressentir.

Le pharmacien doit bien faire attention aux produits à base de curcuma qui pourraient interagir avec les médicaments anticoagulants, ainsi que les plantes aux propriétés anticoagulantes (ail, gingembre, ginkgo, ginseng, ...). Hors usage alimentaire, l'Agence européenne du médicament ne recommande pas l'utilisation de curcuma pendant la grossesse et/ou l'allaitement, ainsi que pour les moins de 18 ans.

2.b.5.d Ortie

(102)

Grâce à ses propriétés anti-inflammatoires, l'OMS reconnaît l'usage « traditionnel » de la racine d'ortie pour la sciatique. Le pharmacien peut conseiller au patient la prise de gélule contenant de la poudre séchée, mais aussi la plante séchée en infusion (3 cuillères à soupe dans un demi-litre d'eau bouillante, à prendre tout au long de la journée). Mais il faut faire attention aux personnes souffrant de troubles cardiaques et hépatiques, où l'ortie est contre-indiquée.

Quelques effets secondaires sont retrouvés : nausées, diarrhées, ballonnements, troubles de l'érection chez les hommes.

2.b.5.e Huiles essentielles

(116)

Gaulthérie, Eucalyptus citronnée, romarin à camphre, laurier noble, lavandin super, héliochryse italienne sont toutes des plantes aux propriétés anti-inflammatoires. Elles peuvent être recommandées en complément des massages pour soulager la douleur.

b.1 Conseils non-médicamenteux au comptoir

b.1.1 Exercices physiques et étirements

Au-delà du conseil médicamenteux, le pharmacien joue un rôle essentiel dans la prévention et l'éducation du patient. À travers des recommandations simples d'hygiène de vie et de posture, il peut contribuer à limiter la survenue ou la récurrence de lombalgies et sciatalgies. Ces conseils, facilement transmissibles au comptoir, favorisent l'autonomie du patient et participent à une meilleure qualité de vie.

Dans cette optique, certains exercices et postures décrits dans des ouvrages de vulgarisation, tels que « Votre dos vous remerciera » de Gwénaëlle Dargnies (23), peuvent être utilisés comme support pour enrichir le discours officinal.

L'un des axes majeurs de prévention repose sur l'activité physique. Le mouvement contribue en effet à la nutrition des disques intervertébraux, au développement musculaire, au maintien de la souplesse des structures collagéniques, au renforcement osseux, ainsi qu'à l'amélioration de l'adaptation cardiovasculaire à l'effort. Il procure également une sensation de bien-être, ce qui participe à l'adhésion du patient. Une bonne condition physique entretenue constitue donc un facteur protecteur vis-à-vis des douleurs sciatalgies. Il est néanmoins indispensable de rappeler que l'activité physique doit être régulière, adaptée, et réalisée sans douleur excessive ni mouvements brusques.

Parmi les exercices simples pouvant être proposés et expliqués au comptoir, on retrouve notamment le pont fessier et le dos du chat.

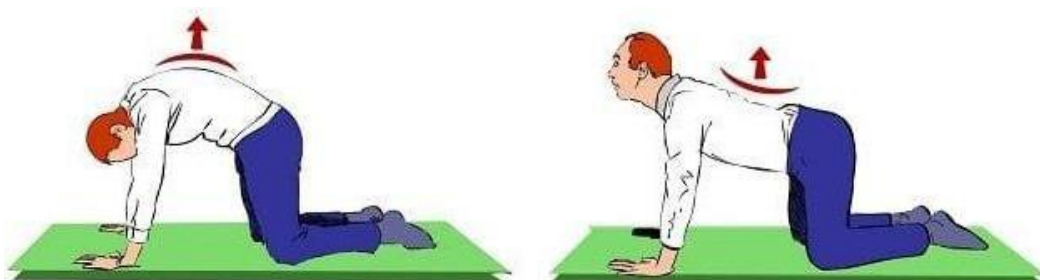


Figure 9 : Illustration du dos du chat (117)



Figure 10 : Illustration du pont fessier (118)

b.1.2 Posture et ergonomie

Les étirements constituent un autre élément fondamental. Selon Gwénaëlle Dargnies (23), ils présentent un intérêt à la fois préventif et curatif, en améliorant la souplesse et en réduisant les tensions susceptibles de se répercuter sur le dos. Ils doivent idéalement être réalisés après un effort. Dans ce cadre, le pharmacien peut conseiller au patient un étirement lombaire adapté : position allongée sur le dos en ramenant les genoux vers la poitrine, afin de favoriser le relâchement musculaire et de la décompression vertébrale.

Enfin, lorsque les douleurs ou gênes semblent liées aux conditions de travail ou à l'environnement du patient, le pharmacien peut rappeler certaines règles de posture et de gestes dits « ergonomiques », qui permettent de limiter les contraintes sur la colonne vertébrale :

- Adopter la position de fente lors de mouvements répétés (passage de l'aspirateur, de la serpillière, manipulation d'objets lourds, laçage de chaussures),
- Utiliser la position du chevalier servant (poser un genou au sol et fléchir l'autre jambe à 90°) pour atteindre une position basse,
- Lors d'une flexion en avant, plier les genoux, pousser les fesses vers l'arrière et conserver le dos droit,
- Recourir au balancier pour ramasser des objets légers,
- Lors du lever et de la descente du lit, basculer les deux jambes ensemble, en pliant hanches et genoux, tout en gardant le dos droit,
- En position assise, privilégier un bon alignement postural et un soutien dorsal adapté.

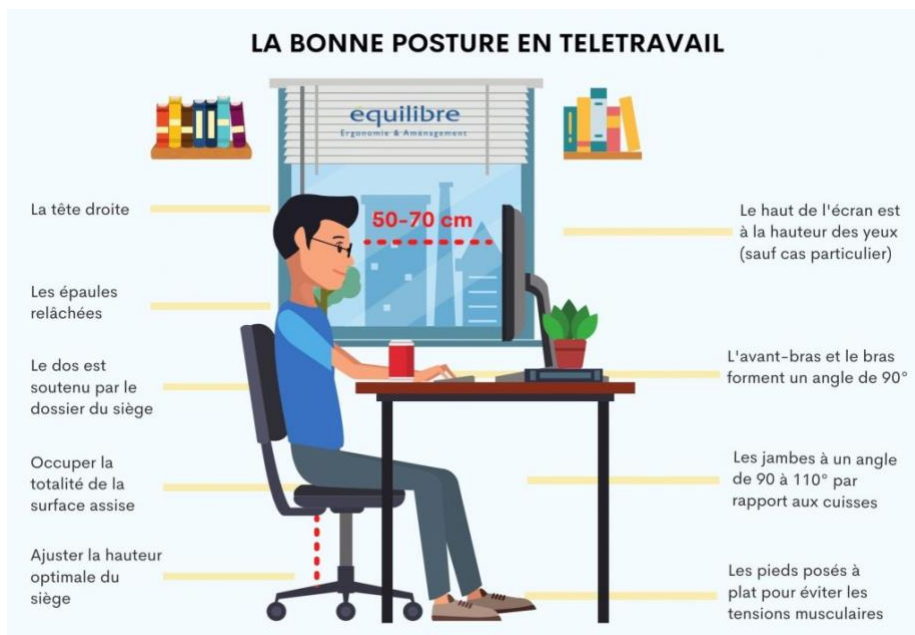


Figure 11 : Illustration de la bonne posture ergonomique en position assis (119)





Figure 12 : Illustrations des exemples de postures à adapter (120)

b.1.3 Thermothérapie

(121-123)

La chaleur peut aider à détendre les muscles contractés, améliorer la circulation locale et donc soulager certains symptômes liés à la sciatique (contractures, raideurs, douleurs). Au comptoir, voici ce que l'on peut proposer et ce à quoi il faut faire attention :

- Poches thermiques réutilisables (à gel, à eau chaude, micro-ondes, ...) applicables sur la zone douloureuse
- Dispositifs médicaux auto-chauffants ou patchs chauffants, pour une chaleur prolongée
- Baumes ou crèmes chauffantes, comme le Baume Aroma, le Baume Saint-Bernard... où des effets chauffants chimiques (camphre, capsicum, menthol, salicylates) vont renforcer le soulagement.

Pour conseiller leur utilisation, il est essentiel de dire au patient de :

- Ne pas appliquer le produit sous un pansement occlusif, sur une muqueuse, sur une peau lésée ou infectée
- Masser doucement 1 à 2 fois par jour, jusqu'à pénétration complète, se laver les mains après application pour éviter contact accidentel avec les yeux ou les muqueuses
- Pour les poches thermiques : vérifier la température avant application (pour éviter les brûlures). On peut intercaler un linge si nécessaire
- Limiter la durée : ces baumes ne doivent pas être utilisés plusieurs jours consécutifs sans avis médical (pas plus de 5 jours).

Il est aussi très important de s'assurer que le patient ne présente pas de contre-indication à l'utilisation de ces baumes :

- Allergie aux salicylés ou à l'un des composants (camphre, menthol, dérivés terpéniques)
- Enfants <30 mois pour les produits contenant des dérivés terpéniques
- Antécédents de convulsions, épilepsies pour les dérivés terpéniques
- Femme enceinte, surtout à partir du 6^{ème} mois pour certains produits contenant salicylés ou terpènes
- Allaitement, éviter l'application sur les seins
- Ne pas utiliser sous pansement occlusif
- Si aggravation ou douleur >5 jours, conseiller de consulter un médecin
- Antécédents d'asthme pour le baume Saint-Bernard

De plus, même si le niveau de preuve reste limité, la cryothérapie (application de froid) peut également être conseillée afin de soulager les douleurs associées à la sciatalgie. L'application locale de froid contribue à diminuer l'inflammation et à désensibiliser les terminaisons nerveuses, entraînant un effet antalgique transitoire. Les poches thermiques peuvent être placées au congélateur avant utilisation, puis appliquées sur la zone douloureuse pendant une quinzaine de minutes, en interposant systématiquement un linge pour éviter tout risque de brûlure par le froid.

b.1.4 Massages et automassages

(124)

L'application de baumes chauffants peut être accompagnée d'un auto massage afin de favoriser la pénétration du produit, d'améliorer la microcirculation et de réduire l'accumulation locale de facteurs douloureux. Le pharmacien peut conseiller le patient à réaliser des mouvements d'aller-retour énergiques sur la région lombaire basse et la partie supérieure des fessiers, en utilisant les éminences thénar des mains (partie charnue de la paume correspondant aux muscles du pouce). Les pouces peuvent ensuite être orientés horizontalement vers la colonne lombaire afin d'exercer une pression, en remontant progressivement les lombaires avec les deux mains. Lorsqu'une douleur est ressentie, il est possible de maintenir une pression douce et d'effectuer de petits mouvements circulaires ou d'inclinaison pour détendre la zone. En complément, certaines huiles essentielles à visées myorelaxantes telles que la camomille, la valériane, la lavande, la menthe poivrée peuvent être incorporées dans une huile de massage ou associées à un baume chauffant, sous réserve de respecter les précautions d'emplois.

b.1.5 Ceinture lombaire

(125,126)

b.1.5.a Prescription et délivrance à l'officine

Lorsqu'un patient se présente avec une ordonnance, le rôle du pharmacien est de vérifier la conformité de la prescription et de s'assurer que le dispositif est adapté au besoin du patient. Les médecins généralistes et spécialistes (rhumatologues, orthopédistes, médecins du sport) sont autorisés à prescrire une ceinture lombaire. La prescription doit mentionner le nom du dispositif, la date, la signature du prescripteur et idéalement l'indication médicale. Avant la délivrance, le pharmacien vérifie la cohérence entre l'indication et le type de ceinture, ainsi que la taille. Les dispositifs doivent répondre aux exigences de traçabilité et de sécurité fixées par l'ANSM et l'OMEDIT.

Les ceintures lombaires standards sont prises en charge à 60% par l'Assurance Maladie sur la base du tarif LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables), le reste pouvant être complété par la mutuelle. Même sur prescription, le rôle du pharmacien reste essentiel : il vérifie l'adaptation, conseille le patient et s'assure de la bonne observance.

Il est à noter que si la délivrance sur prescription est la règle pour obtenir un remboursement, le pharmacien peut également proposer ces dispositifs en accès libre dans le cadre de l'automédication.

Il existe plusieurs types de ceintures destinées à la prise en charge des douleurs lombaires : les ceintures corsets et les ceintures de soutien lombaire. Les objectifs sont similaires : stabiliser la zone douloureuse, soulager rapidement la douleur, corriger ou prévenir les mauvaises postures et rééquilibrer les pressions et charges sur les disques intervertébraux.

b.1.5.b Choix du type de ceinture

Le choix dépend du profil et de l'activité du patient :

- Si le patient travaille dans le secteur tertiaire (commerces, les transports, la santé, etc.) ou qu'il est au repos, on s'orientera plutôt vers une ceinture corset. Ce dispositif vise à réduire le périmètre abdominal et à stabiliser le rachis. Il est constitué d'une coque rigide ou souple associée à un système de serrage de type corset. Ce modèle peut être porté aussi bien le jour que la nuit, contrairement aux ceintures de soutien.



Figure 13 : Illustration d'une ceinture corset Orliman (127)

- Si le patient est actif et présente des douleurs importantes, on privilégiera une ceinture de soutien lombaire. Elle est composée de baleines dorsales et de sangles de serrage avec un système de boucles. Pour un travailleur de force, une personne citadine ou un conducteur régulier, on choisira une ceinture de soutien avec un renfort postural, un plastron abdominal et un tissu élastique, favorisant la liberté de mouvement tout en apportant maintien et confort.



Figure 14 : Illustration d'une ceinture de soutien lombaire Orliman (128)

Les ceintures de soutien lombaire augmentent la pression intra-abdominale, ce qui permet une meilleure correction posturale, un soutien actif de la courbure vertébrale et une diminution des contraintes sur les disques. Elles participent ainsi à la fois à une action curative (soulagement des douleurs) et préventive (limitation des récives).

b.1.5.c Conseils au comptoir : interrogatoire et adaptation

Avant toute délivrance, il est essentiel de vérifier l'indication, les habitudes et les activités quotidiennes du patient. Un court questionnaire permet d'adapter le dispositif au besoin réel :

- Depuis quand souffrez-vous ?
- Est-ce que c'est la première fois ou est-ce une récurrence ?
- Souffrez-vous d'une indication précise ?
- Est-ce qu'un arrêt de travail vous a été prescrit ?
- Exercez-vous un métier de force ?
- Conduisez-vous régulièrement ?
- Êtes-vous sportif ? actif ? sédentaire ?
- Êtes-vous en surpoids ?
- Êtes-vous enceinte ?

La question du surpoids ne se pose pas directement au patient, mais il est important d'en tenir compte. Des modèles spécifiques existent pour les personnes présentant une surcharge abdominale importante : ils assurent un double maintien, lombaire et abdominal, grâce à une contention élastique, des baleines postérieures semi-rigides et un plastron ventral plus haut.



Figure 15 : Illustration d'une ceinture de soutien lombaire adaptée à un surpoids Orliman (129)

Chez la femme enceinte, il est impératif de ne pas comprimer la partie abdominale où siège l'enfant. Des ceintures spécifiques sont alors proposées : elles comportent des bandes de soutien sous-abdominales, respectant l'ergonomie du ventre tout en soulageant les lombaires.



Figure 16 : Illustration d'une ceinture de soutien lombaire adaptée pour femme enceinte Orliman (130)

b.1.5.d Prise de mesure et essayage

La morphologie du patient doit être prise en compte avant toute délivrance. La prise de mesure s'effectue idéalement à la pharmacie, dans un espace de confidentialité, sur un tee-shirt ajusté ou à même la peau. On utilise un mètre ruban qu'on positionne environ 2 cm au-dessus des crêtes iliaques, sans serrer. La taille est choisie selon le catalogue du fabricant ; si le patient est entre deux tailles, on conseille la plus grande pour un meilleur confort et une meilleure observance.

Concernant la hauteur de la ceinture, il en existe deux :

- 21 cm pour les personnes mesurant moins d'1m60,
- 26 cm pour celles de plus de 1m60.

Cependant, il faut toujours adapter selon la morphologie et les activités du patient. Le patient doit pouvoir s'asseoir et simuler sa posture de travail avec la ceinture pour vérifier qu'elle ne gêne pas. Idéalement, la ceinture doit recouvrir le haut du sacrum tout en permettant la flexion assise.

b.1.5.e Mise en place

Lors de la délivrance, il est essentiel de montrer au patient la bonne méthode de mise en place :

- Positionner la ceinture correctement au niveau du dos et demander au patient de serrer la ceinture pour favoriser l'autonomie
- Mettre en place le double serrage seulement après avoir mis la ceinture simple
- Tenir compte de la courbure du patient et ne pas hésiter à modeler les baleines pour que la ceinture soit mieux adaptée et plus confortable. Il ne doit pas être possible de passer un doigt entre la ceinture et le dos.



Figure 17 : Illustration de la procédure standard de mise en place et ajustement de la ceinture lombaire (Modèle Thuasne LombaStart) (131)

b.1.5.f Entretien et précautions

Pour l'entretien, la ceinture se lave à 30 degrés à la main. Elle ne doit être portée qu'en cas de besoin, et il faut desserrer le dispositif en cas de gêne ou de compression abdominale. Enfin, il est important de rappeler au patient que la ceinture n'est qu'un complément à la prise en charge : elle aide à soulager, mais ne remplace pas l'activité physique douce, la kinésithérapie et les règles d'ergonomie. Le rôle du pharmacien est donc d'accompagner le patient dans le choix, l'ajustement et le bon usage de sa ceinture, afin de garantir l'efficacité et la sécurité.

b.1.6 Kinésithérapie et rééducation

(123,132)

Comme dit précédemment, l'orientation vers la kinésithérapie présente des résultats positifs.

Souvent, le patient arrive au comptoir en cherchant une solution médicamenteuse rapide pour sa douleur, qui est sa priorité. Il n'a pas toujours de prescription de kinésithérapie en première intention, même si le recours aux médicaments seuls est souvent insuffisant.

En tant que pharmacien, notre rôle est essentiel à ce moment-là. Tout en délivrant un traitement antalgique ou anti-inflammatoire pour soulager la phase aiguë, nous devons sensibiliser le patient à l'importance de la kinésithérapie. Bien entendu, ce conseil avisé intervient après avoir écarté les signes de gravité (les drapeaux rouges) qui nécessitent une consultation médicale immédiate. On peut nuancer l'idée d'un effet immédiat de la kinésithérapie : si certaines techniques comme les massages peuvent apporter un soulagement rapide de la tension musculaire, le bénéfice principal de la kinésithérapie est d'accompagner le patient sur le long terme pour traiter la cause et prévenir les récurrences.

Pour rassurer le patient, parfois méfiant ou ayant peur de forcer sur la douleur, on peut lui expliquer qu'au début, il s'agira souvent de techniques douces (massages, mobilisations légères) pour gérer la douleur et redonner de la mobilité. Puis, sur le long cours, le kinésithérapeute lui proposera un accompagnement actif. Il lui apprendra à adopter les bonnes postures (l'ergonomie au quotidien) et à réaliser des exercices spécifiques pour renforcer, étirer et mieux connaître son corps. Ce point est crucial, car les recommandations actuelles insistent sur le maintien d'une activité physique adaptée, même en cas de sciatalgie, pour éviter l'enraidissement et favoriser la guérison. Le kinésithérapeute est le professionnel idéal pour accompagner ce retour à l'activité. On peut aussi rappeler au patient que ces séances sont remboursées sur prescription médicale, à hauteur de 60 % par la sécurité sociale et le reste peut être pris en charge par la complémentaire santé, ce qui lève souvent un frein financier.

Enfin, il est très important de faire comprendre au patient qu'il est le principal acteur de son rétablissement. C'est un message clé de notre conseil au comptoir : dans les sciatalgies, les médicaments vont soulager les symptômes, mais c'est la rééducation et l'implication du patient qui vont permettre une amélioration durable en agissant sur les causes mécaniques et fonctionnelles.

[b.1.7 Relaxation et gestion du stress](#)

Comme vu précédemment, les « drapeaux jaunes » répertorient les facteurs psychosociaux, qui sont essentiels de rechercher dans notre pratique. Une recherche systématique de la littérature, menée par Patricia Parreira et al (133), examinant les facteurs de risque de lombalgies ou de sciaticques, a confirmé ce lien. Les auteurs ont conclu qu'une mauvaise santé générale, ainsi que le stress physique et psychologique augmentent le risque de développer un épisode de sciaticque.

Au comptoir, il est donc important de repérer ces situations, de dialoguer avec les patients et d'essayer de comprendre le contexte d'apparition de ces symptômes. Ce dialogue peut nous permettre de leur apporter des conseils pour gérer leur stress. Gwénaëlle Dargnies (23) propose plusieurs techniques simples à conseiller au patient :

- Trouver son équilibre de vie : tenter de trouver un meilleur équilibre entre vie personnelle, vie familiale et vie professionnelle. Elle évoque la « règle des 3 huit » : 8 heures pour sa vie professionnelle, 8 pour personnelle et familiale et 8 pour dormir.
- Pratiquer une activité physique adaptée : l'activité physique est très importante pour le bien-être et, comme vu précédemment, il est déconseillé de rester au repos trop longtemps en cas de sciatalgie.
- Prendre soin de soi : s'accorder du temps pour des activités de détente ou des loisirs.
- Pratiquer la relaxation : essayer une pratique comme le yoga, méditation, sophrologie au moins une fois par semaine. L'objectif est d'apaiser le système nerveux et de se vider la tête.
- Travailler la respiration et la cohérence cardiaque : un conseil simple est de bien inspirer par le nez et d'expirer lentement par la bouche. C'est grâce à la libération du diaphragme que l'on stimule le système nerveux parasympathique, qui permet de récupérer et de se régénérer. On peut aussi suggérer la technique de la « respiration en triangle », qui consiste à décomposer le cycle respiratoire en trois temps égaux : inspiration, apnée poumons pleins puis expiration lente.. Idéalement, l'exercice doit être fait assis ou allongé, pendant environ 5 minutes, 3 fois par jour.

Il est utile de rappeler au patient que le stress n'est pas « mauvais » en soi, mais qu'il est crucial de savoir le gérer. Le fait de « tout garder en soi » peut entraîner des tensions et de contractions musculaires, susceptibles d'aggraver ou de provoquer des implications dans la région lombaire. Pour les patients se sentant dépassés ou extrêmement stressés, des solutions comme les Fleurs de Bach peuvent aussi être proposées. Le complexe Rescue est par exemple prêt à l'emploi et contient les fleurs de Bach adéquates pour un état de stress passager. On peut conseiller 3 gouttes, 3 fois par jour directement dans la bouche, pendant 3 semaines selon l'évolution. Il existe de nombreuses façons de gérer son stress, qu'il s'agisse du stress quotidien ou d'événements de vie plus marquants. Le plus important est d'aider le patient à trouver la technique qui lui convient et de lui expliquer l'importance de l'appliquer régulièrement. Savoir gérer ses émotions est essentiel pour ne pas en subir les répercussions sur l'organisme.

Le pharmacien joue ici un rôle fondamental. Il est souvent le professionnel de santé de premier recours, offrant une écoute primordiale aux maux des patients. Il doit également savoir identifier les situations où le stress semble plus profond ou complexe, et ne pas hésiter à rediriger le patient vers un professionnel adapté, comme son médecin traitant ou un psychologue.

b.1.8 Alimentation

Comme vu précédemment, une dysbiose ou un surpoids peuvent contribuer à une lombalgie, voire à une sciatalgie en cas d'irritation du nerf sciatique. Il est donc important de

rappeler au patient l'importance de son alimentation. L'objectif est de privilégier une alimentation riche, équilibrée, avec de bons produits, en limitant les conservateurs et les additifs. Dans ce cadre, Gwénaëlle Dargnies (23) souligne l'intérêt de l'alimentation anti-inflammatoire lors de sciatalgies. Il est utile, par exemple, d'expliquer l'équilibre entre les acides gras oméga 6 (plutôt pro-inflammatoire) et les oméga 3 (reconnus pour leurs effets anti-inflammatoires). On peut donc conseiller de privilégier les aliments riches en oméga 3 comme les graines de lin, les graines de chia, les huiles de colza, les poissons gras, et de réduire la consommation d'aliments riches en oméga-6, comme l'huile de tournesol, de soja, et les nombreux produits industriels.

Une étude en 2015 (134) menée sur de jeunes adultes en surpoids a démontré que la consommation de produits de la mer (riches en oméga-3) faisait baisser une protéine pro-inflammatoire. Il est donc intéressant de conseiller une alimentation plus riche en oméga 3 ou, si l'apport est insuffisant, de proposer des compléments alimentaires.

D'autres conseils simples peuvent être donnés :

- Augmenter l'apport en anti-oxydant, (vitamine C et E, caroténoïdes, polyphénols). Il faut penser chaque jour à faire le plein de fruits et légumes colorés, et à épicer plus souvent les plats, avec du curcuma par exemple.
- Réduire la charge glycémique des repas
- Consommer plus de fibres (légumes verts, légumes de la famille des choux, noix, noisettes, amandes, lentilles, haricots secs, pois chiches, céréales complètes, ...).

Une étude récente (135) confirme que la gestion de l'alimentation pour les douleurs chroniques de dos est une approche intéressante, réduisant ainsi la morbidité à moindre coût. L'étude conclut qu'il faut savoir maintenir un poids corporel sain au fil du temps, adhérer à un régime alimentaire anti-inflammatoire, assurer un apport suffisant en vitamine D, et optimiser la santé du microbiome intestinal.

Au comptoir, le pharmacien peut donc conseiller :

- L'importance de maintenir un poids de forme pour réduire la pression mécanique sur la colonne vertébrale : manger équilibrée, pratiquer une activité physique et adaptée comme 30 minutes de marche chaque jour
- Questionner le patient sur son exposition au soleil et son alimentation pour éventuellement proposer une supplémentation en vitamine D, surtout en hiver
- Proposer des probiotiques pour aider à rééquilibrer la flore intestinale et diminuer l'état inflammatoire général.(136)

L'alimentation fortifie notre organisme, c'est la base d'un bon fonctionnement. Cependant, pour avoir un réel impact sur les douleurs, elle doit s'inscrire dans une approche globale.

b.3 Conseils spécifiques grossesse et allaitement

(137)

La sciatalgie est très fréquente chez la femme enceinte et ses conséquences sont souvent très douloureuses. Cela impacte la vie quotidienne des femmes, pouvant parfois même les isoler socialement. Avant tout conseil, le premier rôle du pharmacien est de s'assurer que le diagnostic ait bien été posé par un médecin. Cela permet d'être certain qu'il s'agit bien d'une sciatalgie et de s'assurer que la patiente ne présente aucun signe de gravité (« drapeaux rouges »). Si le diagnostic est confirmé et en l'absence de « drapeaux rouges », nous pouvons conseiller du paracétamol 1g toutes les 6 heures, sans dépasser 4 grammes par jour et pour la durée la plus courte possible.

Le rôle du pharmacien est aussi de rappeler à la patiente d'éviter toute automédication, notamment les AINS qui sont contre-indiqués formellement dès le début du 6ème mois de grossesse. Les conseils alimentaires sont aussi très importants, car ils peuvent aider la patiente à diminuer sa douleur naturellement. Il faut lui rappeler que manger équilibré et gérer sa prise de poids auront un effet bénéfique sur les contraintes mécaniques de la colonne vertébrale et du bassin.

On peut lui proposer :

- Une supplémentation en vitamine B pour éviter certaines névrites (inflammation du nerf)
- Une alimentation anti-inflammatoire (oméga-3, fruits/légumes riches en antioxydants) pour diminuer l'inflammation.

Attention, ces conseils doivent bien évidemment toujours être associés aux recommandations spécifiques de la grossesse (bien cuire les aliments pour éviter la listériose et la toxoplasmose, ...). Si la patiente n'est pas encore équipée, on peut lui proposer une ceinture lombaire adaptée à la grossesse (comme vu précédemment) pour soutenir le poids du ventre et stabiliser l'articulation du bassin. Enfin, comme vu précédemment dans cette thèse, des séances de kinésithérapie, acupuncture, ostéopathie, balnéothérapie peuvent lui être proposées en complément pour la soulager.

c. Le rôle du pharmacien d'officine

c.1 La pharmacie clinique

(138)

La pharmacie clinique s'impose aujourd'hui comme un levier essentiel pour optimiser la prise en charge globale des patients. Il s'agit à la fois d'une discipline pharmaceutique et d'une approche centrée sur le patient, et non plus uniquement sur le produit. Son intérêt réside dans son intégration à chaque étape du parcours de soins, permettant une prise en charge thérapeutique globale et personnalisée. Le but est d'améliorer l'observance, d'atteindre les objectifs thérapeutiques mais également d'améliorer ou préserver la qualité de vie des patients.

Généralement, la pharmacie clinique commence à l'hôpital et doit se poursuivre à l'officine. Un décret relatif aux nouvelles missions du pharmacien d'officine publié en 2018 a permis de définir les conseils et prestations que les officines peuvent proposer. Parmi celles-ci, on retrouve l'éducation à la santé, de prévention et dépistage, de lutte contre les addictions, d'actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique, de prévention iatrogène, et d'évaluation en vie réelle des produits de santé.

Dans une synthèse publiée par l'Ordre national des pharmaciens, 9 propositions sont proposées pour développer la pharmacie clinique et offrir une approche plus globale au patient. Certaines d'entre elles sont particulièrement pertinentes pour la prise en charge de la sciatalgie en officine :

- « Étendre le cadre conventionnel des bilans partagés de médication aux pathologies chroniques » : on a vu qu'une douleur sciatique pouvait entraîner de grosses douleurs chroniques persistantes et invalidantes. L'instauration de bilans de médications réguliers, encadrés par des consensus professionnels, permettrait d'optimiser la prise en charge de ces douleurs inflammatoires chroniques et d'harmoniser les pratiques entre pharmaciens.
- « Développer la « prescription pharmaceutique » des Praticien en Médecine de Famille (PMF), c'est-à-dire les médecins généralistes qui assurent le suivi habituel des patients, et des Praticien Médicale Ordonnateur (PMO), les médecins responsables de valider et d'organiser le parcours de soins : en s'appuyant sur des arbres décisionnels, il serait intéressant que le pharmacien d'officine puisse réaliser des prescriptions pharmaceutiques, y compris avec des médicaments sur prescription médicale obligatoire. Ce mode de fonctionnement permettrait de désengorger les urgences et de faire face aux difficultés d'accès aux soins, notamment pour les patients souffrant de douleurs aiguës ou chroniques.
- « Créer un acte de visite pharmaceutique à domicile » : pour les personnes en incapacité de se déplacer à cause de la douleur. Cette mesure permettrait d'apporter à domicile le service et le conseil comme en officine et même de voir comment adapter son environnement.

- « Faciliter les coopérations interprofessionnelles » : le partage d'informations entre professionnels de santé est un pilier de la pharmacie clinique. Il permet d'anticiper les risques, d'éviter les interactions médicamenteuses et d'assurer une prise en charge cohérente, notamment pour les patients sous traitements multiples.
- « Fournir des outils adaptés, en faveur de la traçabilité et de la sécurisation et développer la communication » : l'utilisation du Dossier Pharmaceutique, en lien avec le Dossier Médical Partagé, est essentielle pour faciliter la communication entre pharmaciens, médecins et autres professionnels de santé. Ces outils sont indispensables pour assurer un suivi pharmaceutique efficace et sécurisé.

La pharmacie clinique représente donc un enjeu majeur pour la profession, comme le souligne l'Ordre des pharmaciens. Elle permet non seulement de valoriser le rôle du pharmacien dans le parcours de soins, mais aussi d'offrir aux patients une prise en charge plus rapide, plus personnalisée et mieux coordonnée, tout en respectant les protocoles et arbres décisionnels en vigueur.

Enfin, rappelons que la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse ; priorité depuis la loi du 9 août 2004, trouve dans la pharmacie clinique un allié. Dans le cadre de la sciatalgie, cette approche permettrait d'éviter des erreurs de médication, d'adapter les traitements aux besoins spécifiques des patients et de limiter les effets indésirables, tout en optimisant l'efficacité thérapeutique.

c.2 Pharmacovigilance

La pharmacovigilance, c'est la surveillance des médicaments mais aussi la prévention des effets indésirables liés à leur utilisation.

Cette mission fait partie intégrante des missions du pharmacien d'officine. Dans le cadre d'une sciatalgie, le pharmacien est en première ligne. Les patients demandent conseils pour des médicaments contre la douleur, comme les AINS ou le paracétamol, qui peuvent présenter des risques.

Le rôle du pharmacien se divise en deux actions :

- La prévention : conseils donnés au comptoir avant de délivrer un médicament. Il faut s'assurer qu'il n'y a pas de danger pour le patient (contre-indication, interactions médicamenteuses, ...).
- Le signalement : encourager les patients à lui rapporter tous effets indésirables liés à un médicament. Si un patient signale un problème, le pharmacien a le devoir de le conseiller et de le déclarer au centre de pharmacovigilance (CRPV).

Par exemple dans le cadre de la sciatalgie, pour les médicaments les plus utilisées :

- AINS : le pharmacien doit vérifier l'absence de problèmes d'estomac, de reins, de prise d'anticoagulants, d'infections.
- Paracétamol : le pharmacien doit rappeler la dose maximum par jour pour éviter le risque hépatique mais aussi vérifier que le patient ne prend pas déjà d'autres médicaments à base de paracétamol
- Myorelaxant : le pharmacien doit prévenir du risque de somnolence
- Opiacés : Le pharmacien doit prévenir du risque de somnolence, de constipation mais aussi de dépendance en cas de prise prolongée. À ce titre, le pharmacien peut désormais réaliser des "entretiens courts opioïdes" pour accompagner le patient, prévenir le mésusage et sécuriser l'arrêt progressif du traitement.

c.3 Prévention mésusage

Au cours de cette thèse, on a vu que la douleur très forte causée par une sciatalgie peut obliger les patients à utiliser des médicaments opiacés (comme la codéine ou le tramadol). Ces médicaments présentent un risque élevé de mésusage, de tolérance et de dépendance, qui doit être pris très au sérieux par le pharmacien.

Le pharmacien a plusieurs rôles :

- Un rôle de contrôle : Il est de son devoir de vérifier avec attention l'éligibilité et la régularité de chaque ordonnance (respect des doses, durée du traitement, absence de falsification).
- Un rôle de conseil : il doit prévenir le patient de ces risques. Il doit préciser qu'il s'agit d'un traitement puissant pour soulager la douleur aiguë, mais que ce n'est pas une solution à long terme. Le pharmacien peut rappeler que le traitement de fond de la sciatalgie chronique repose sur les recommandations de prévention (activité physique adaptée, bonnes postures, ...), comme vues plus haut dans cette thèse.

De plus, le mésusage ne concerne pas que les opiacés. Il est aussi très fréquent avec des médicaments en vente libre comme le paracétamol et les AINS qui sont disponibles sans ordonnance et souvent perçus comme « moins à risque » par les patients.

Le rôle du pharmacien est crucial à ce moment-là, car il doit identifier les situations à risque de mésusage et réaliser de la prévention auprès de ces patients.

Par exemple, pour le paracétamol et les AINS, le risque est d'en prendre trop sur un court laps de temps, ce qui entraînerait un risque de toxicité hépatique et intestinale.

Il est primordial, pour identifier ces situations, que le pharmacien pose des questions ciblées comme « depuis quand avez-vous mal ? », « qu'avez-vous déjà pris pour votre douleur ? ».

c.4 Coordination interprofessionnelle

(139,140)

La coordination interprofessionnelle, ou collaboration interprofessionnelle est définie comme une action où « plusieurs soignants venant de différentes professions dispensent un soin global en travaillant avec le patient, sa famille, les autres soignants et la communauté dans l'objectif commun d'offrir la meilleure qualité de soins. » L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît cette pratique comme primordiale pour garantir la qualité des soins.

Au cours de cette thèse, nous avons vu qu'un ensemble de professionnels pouvait intervenir : médecin, pharmacien, kinésithérapeute, ostéopathe, psychologue. Pour que la prise en charge de la sciatalgie soit optimale, ces acteurs doivent collaborer.

Concrètement, le pharmacien peut contacter le médecin s'il repère un risque de mésusage d'opioïdes ou une interaction médicamenteuse. Il peut aussi renforcer les conseils du kinésithérapeute en rappelant au patient l'importance de maintenir une activité adaptée.

Pour faciliter cette coordination, des outils existent. Par exemple, le Dossier Médical Partagé (DMP) est un atout majeur.

Le DMP est « un service qui permet d'accéder simplement et rapidement aux données de santé de notre patient : traitements, antécédents, allergies, etc. ». C'est un réel atout pour la collaboration interprofessionnelle, notamment ville-hôpital, pour optimiser au mieux la continuité des soins.

c.5 Suivi thérapeutique

(141)

Le suivi thérapeutique est la conséquence directe de la coordination et du rôle de vigilance du pharmacien. Le Dossier Pharmaceutique (DP) permet un suivi thérapeutique dont le pharmacien doit se servir pour gérer au mieux la prise en charge du patient.

Le DP est « un dossier informatique partagé qui permet aux pharmaciens d'avoir accès à l'historique des médicaments qui ont été délivrés à une personne au cours des 4 derniers mois. ». L'objectif principal de ce DP est la sécurisation des dispensations en permettant un réel suivi.

Le suivi se fait surtout au comptoir. Pour un patient atteint de sciatalgie, le pharmacien doit :

- Vérifier l'efficacité : il faut que le traitement antalgique soulage suffisamment la douleur du patient

- Vérifier la tolérance : il faut poser des questions ciblées pour connaître les effets indésirables rencontrés par le patient
- Vérifier le bon usage : il faut rappeler les règles de posologie pour éviter le mésusage.

Le fait de facturer systématiquement les produits au nom du patient, même sans ordonnance, est un acte pharmaceutique important. Il laisse une traçabilité qui permet à l'ensemble de l'équipe officinale de suivre l'avancée de la prise en charge.

c.6 Éducation thérapeutique

(142)

Selon le code de la santé publique, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) « s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. ».

Elle place le patient au centre, et rend le patient acteur de sa santé. L'ETP est très intéressant pour les maladies chroniques, comme les sciatalgies, car elle aide à maintenir et améliorer la qualité de vie des patients.

Dans le cadre des sciatalgies, le pharmacien peut proposer des entretiens courts de sensibilisation ou encore des ateliers plus structurés en collaboration interprofessionnelle avec des kinésithérapeutes sur des thèmes comme : « postures, ergonomie », « bonne conduite médicamenteuse » ou encore « relaxation pour gérer sa douleur ».

c.7 Santé publique

Le mal de dos est considéré comme la « maladie du siècle ». Il représente un enjeu majeur de santé publique, notamment de par notre environnement et notre mode de vie, ce qui engendre un impact sur la qualité de vie et un coût économique avec les arrêts de travail.

Dans ce contexte, la prévention devient un objectif primordial. Le pharmacien d'officine a un rôle majeur sur ce plan. La santé publique se fait par :

- Des conseils de prévention
- L'incitation à l'activité physique adaptée, en luttant contre l'idée reçue qu'il faut un repos total
- L'identification des facteurs de risque psychosociaux (« drapeaux jaunes »)

Pour rendre plus concret le rôle de prévention au comptoir, la création d'un flyer serait pertinente. (Annexe 1) Ce document pourrait être remis au patient et synthétiser les conseils clés (ergonomie, étirements), et les signes d'alerte (« drapeaux rouges ») nécessitant une consultation médicale.

VI. Conclusion

Cette thèse a mis en lumière la complexité des sciatalgies, un symptôme à forte prévalence représentant un enjeu de santé publique majeur. L'analyse souligne que la distinction entre la sciatique vraie (radiculaire) et la fausse sciatique est essentielle pour orienter correctement le patient. L'analyse des traitements a montré que si les solutions pharmacologiques conventionnelles (AINS, antalgiques) restent la base, les approches non médicamenteuses comme la kinésithérapie, les conseils posturaux et le port de ceintures lombaires sont tout aussi cruciaux pour une récupération durable.

Le pharmacien d'officine, par sa proximité, s'impose comme un acteur de premier plan dans le parcours de soin. Son expertise permet non seulement de sécuriser le traitement médicamenteux (prévention du mésusage des opioïdes, gestion des effets indésirables), mais aussi d'offrir une éducation thérapeutique indispensable.

Pour l'avenir, l'optimisation de cette prise en charge repose sur une coordination interprofessionnelle renforcée entre le médecin, le kinésithérapeute et le pharmacien. L'émergence de nouvelles thérapies et le développement de la pharmacie clinique ouvrent des perspectives prometteuses pour un suivi toujours plus personnalisé du patient souffrant de sciatalgies.

L'exercice de terrain a révélé une réalité parfois lacunaire : de nombreux patients quittent la consultation médicale avec une prescription d'anti-inflammatoires, mais sans conseils d'hygiène de vie ni de prescription de kinésithérapie, éléments pourtant essentiels à la guérison.

Cette réflexion théorique trouve un prolongement concret dans mon intérêt pour les missions de la CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) de la Vallée de la Lys. Ma volonté de m'inscrire dans les dynamiques de prévention territoriale, notamment autour des maux de dos en milieu scolaire, représente une opportunité de confronter les connaissances académiques à la réalité du terrain. Ce rapprochement avec les structures de coordination locale vise non seulement à appréhender l'importance d'une sensibilisation précoce des patients dès l'adolescence, mais aussi à s'appuyer sur l'expertise des kinésithérapeutes du secteur. Ces échanges interprofessionnels apparaissent essentiels pour affiner la pertinence du conseil à l'officine et fluidifier durablement l'orientation des patients vers ces spécialistes.

C'est dans cette optique de prise en charge globale qu'un flyer de prévention dédiée a été conçu. Ce support a été pensé pour prolonger l'échange au comptoir : il permet de définir la pathologie, et d'offrir une vision globale de la guérison. En intégrant des conseils d'ergonomie, des exercices de renforcement et un rappel sur l'importance du maintien de l'activité, ce flyer est un outil de prévention et de médiation entre les différents professionnels.

Ce support n'oublie pas les dimensions sécuritaires et psychologiques : l'énumération des « drapeaux rouges » (signes d'alerte) et le rappel de ressources de soutien (santé mentale, numéros d'urgence) garantissent au patient une information complète un fois sorti de l'officine. Ce flyer matérialise concrètement le rôle d'éducateur de santé du pharmacien, désormais au cœur du parcours de soins coordonnés.

VII. Bibliographie

1. Santé publique France. Douleurs chroniques en France : résultat de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2017 [Internet]. Santé publique France; 2021 [cité 3 mai 2025]. (Baromètre de Santé publique France). Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/633853/document_file/715005_spf00005198.pdf
2. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. *Ann Réadapt Médecine Phys.* nov 2007;50(8):633-9.
3. Santé publique France. Baromètre de Santé publique France 2021 - Troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine professionnelle [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France; 2021 [cité le 03 mai 2025]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/633853/document_file/715005_spf00005198.pdf?version=1
4. Société Française de Rhumatologie. Site grand public de la Société Française de Rhumatologie [Internet]. Paris: SFR; 2025 [cité le 31 déc 2025]. Disponible sur : <https://public.larhumatologie.fr>
5. ICAC. Cómo tratar y prevenir las patologías intervertebrales [Internet]. ICAC. 2024 [cité 29 sept 2025]. Disponible sur: <https://columna.com/fr/discos-intervertebrales-lesiones-frecuentes/>
6. Institut du Cerveau [Internet]. s.d [cité 14 mai 2025]. Moelle épinière ou spinale. Disponible sur: <https://institutducerveau.org/lexique/moelle-epiniere-ou-spinale>
7. Evelinger S, Dufour X, Cerioli A. Point d'anatomie. Focus sur le nerf sciatique et l'élévation jambe tendue : étiologie, test et niveaux de preuve. *L'anatomie au service de la clinique. Kinésithérapie Rev.* juin 2018;18(198):37-41.
8. Mon Ostéopathe Paris. Site de Mon Ostéopathe Paris [Internet]. 2025 [cité 31 déc 2025]. Disponible sur: <https://mon-osteopathe-paris.fr>
9. Chiro NORD. La sciatique [Internet]. 2025 [cité 31 déc 2025]. Disponible sur: <https://chironord.ca/la-sciatique/>
10. Sciatique, comment la reconnaître ? [Internet]. [cité 21 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/sciatique/reconnaitre-sciatique>
11. Lafian AM, Torralba KD. Lumbar Spinal Stenosis in Older Adults. *Rheum Dis Clin N Am.* 1 août 2018;44(3):501-12.
12. Konieczny MR, Jäger M. [Spondylolisthesis]. *Orthopadie Heidelb Ger.* nov 2023;52(11):931-40.
13. Guettrot-Imbert G, Hié M, Cluzel P, Wechsler B, Leroux G, Piette JC, et al. Une sciatique au cours d'une maladie de Behçet. *Rev Médecine Interne.* 1 févr 2010;31(2):151-2.
14. Masson E. EM-Consulte. [cité 12 janv 2026]. Périneuriome intraneural du nerf sciatique. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1019914/perineuriome-intraneural-du-nerf-sciatique>
15. Sninate S, Allioui S, En-Nafaa I, Darbi A, El Fenni J, Radouane B. Une cause rare de douleur sciatique. *Rev Médecine Interne.* 1 déc 2020;41(12):860-1.

16. Michel F, Decavel P, Toussirot E, Tatu L, Aleton E, Monnier G, et al. Piriformis muscle syndrome: diagnostic criteria and treatment of a monocentric series of 250 patients. *Ann Phys Rehabil Med.* juill 2013;56(5):371-83.
17. Cholewa J, Niczyporuk J, Onyśk M, Samczuk M, Iwaniuk K, Daniluk A, et al. Piriformis syndrome – anatomical causes. Diagnosis and treatment. *J Pre-Clin Clin Res [Internet].* 17 juill 2024 [cité 21 mai 2025]; Disponible sur: <https://www.jpccr.eu/Piriformis-syndrome-anatomical-causes-Diagnosis-and-treatment,189967,0,2.html>
18. Pateron D, Raphaël M, Trinh-Duc A. Fiche 24 - Ischémie aiguë de membre. In: Pateron D, Raphaël M, Trinh-Duc A, éditeurs. *Méga-Guide Pratique des Urgences [Internet].* Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 9 juill 2025]. p. 196-201. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294747489000245>
19. Lambert Y, Neau JB, Renon S. Le syndrome de Maigne. *J Traumatol Sport.* 1 déc 2020;37(4):216-24.
20. Taourel P, Millet I, Pages E, Dechaud H. Endométriiose pelvienne profonde en IRM : quelles lésions ? Pour quel impact ? *Imag Femme.* 1 déc 2012;22(4):198-207.
21. Blin A. La sciatologie de grossesse. *Actual Pharm.* 1 janv 2024;63(632):57-8.
22. Tieppo AM, Tieppo JS, Rivetti LA. Analysis of Intestinal Bacterial Microbiota in Individuals with and without Chronic Low Back Pain. *Curr Issues Mol Biol.* 12 juill 2024;46(7):7339-52.
23. Dargnies G. *Votre dos vous remerciera: soigner & prévenir les douleurs grâce aux secrets d'une kinésithérapeute naturopathe.* Paris: Éditions Eyrolles; 2021.
24. Hill CJ, Banerjee A, Hill J, Stapleton C. Diagnostic clinical prediction rules for categorising low back pain: A systematic review. *Musculoskeletal Care.* déc 2023;21(4):1482-96.
25. Stynes S, Konstantinou K, Ogollah R, Hay EM, Dunn KM. Clinical diagnostic model for sciatica developed in primary care patients with low back-related leg pain. *PLOS ONE.* 5 avr 2018;13(4):e0191852.
26. Chatprem T, Puntumetakul R, Kanpittaya J, Selfe J, Yeowell G. A diagnostic tool for people with lumbar instability: a criterion-related validity study. *BMC Musculoskelet Disord.* 23 nov 2021;22(1):976.
27. (PDF) Diagnostic Value of Assessment Tools for Sciatica in Clinical Practice: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *ResearchGate [Internet].* 5 août 2025 [cité 17 juill 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/360042961_Diagnostic_Value_of_Assessment_Tools_for_Sciatica_in_Clinical_Practice_A_Systematic_Review_and_Narrative_Synthesis
28. Scholz J, Mannion RJ, Hord DE, Griffin RS, Rawal B, Zheng H, et al. A Novel Tool for the Assessment of Pain: Validation in Low Back Pain. *PLOS Med.* 7 avr 2009;6(4):e1000047.
29. Haute Autorité de Santé - Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune#toc_1_10
30. Soigner la Sciatique : Progression de 6 exercices utilisée en kinésithérapie [Internet]. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.masseur-kinesitherapeute-lanneau->

thierry.fr/articles/sciatique/exercices-sciatique/article/soigner-la-sciatique-progression-de-6-exercices-programme-groupe-b

31. 6 exercices pour soulager les douleurs au nerf sciatique Dr Michael Desbiens, Chiropraticien [Internet]. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://chiroste-foy.com/6-exercices-nerf-sciatique/>
32. Fritz JM, Lane E, McFadden M, Brennan G, Magel JS, Thackeray A, et al. Physical Therapy Referral From Primary Care for Acute Back Pain With Sciatica : A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med.* janv 2021;174(1):8-17.
33. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain.* mars 1999;80(1-2):1-13.
34. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine.* 1 févr 2001;26(3):270-81.
35. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, Castelnuovo E, Withers EJ, Nichols V, et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet Lond Engl.* 13 mars 2010;375(9718):916-23.
36. Laroche F, Jammet L. Thérapies cognitives et comportementales de la lombalgie chronique. *Rev Rhum.* 1 mars 2011;78:S83-6.
37. Han KH, Cho KH, Han C, Cui S, Lin L, Baek HY, et al. The effectiveness and safety of acupuncture treatment on sciatica: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med.* déc 2022;71:102872.
38. Chan KY, Tsai WC, Chiang CY, Sheu ML, Huang CY, Tsai YC, et al. Ameliorative Potential of Hot Compress on Sciatic Nerve Pain in Chronic Constriction Injury-Induced Rat Model. *Front Synaptic Neurosci.* 24 mai 2022;14:859278.
39. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. Superficial heat or cold for low back pain. Cochrane Back and Neck Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 25 janv 2006 [cité 26 oct 2025];2011(2). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004750.pub2>
40. Freiwald J, Magni A, Fanlo-Mazas P, Paulino E, Sequeira de Medeiros L, Moretti B, et al. A Role for Superficial Heat Therapy in the Management of Non-Specific, Mild-to-Moderate Low Back Pain in Current Clinical Practice: A Narrative Review. *Life.* 2 août 2021;11(8):780.
41. Baranidharan G, Das S, Bhaskar A. A review of the high-concentration capsaicin patch and experience in its use in the management of neuropathic pain. *Ther Adv Neurol Disord.* sept 2013;6(5):287-97.
42. Derry S, Rice AS, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 13 janv 2017;2017(1):CD007393.
43. Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Yan H, An Y, Zhao T, Zhao J, Yan J. Therapeutic effect and safety of Tuina on Sciatica: A protocol for systematic review and meta-analysis [Internet]. INPLASY - International Platform of Registered Systematic Review and Meta-analysis

- Protocols; 2021 oct [cité 5 oct 2025]. Disponible sur: <https://inplasy.com/inplasy-2021-10-0034/>
44. Swiss Medical Network [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Massage tui-na / an-mo. Disponible sur: <https://www.swissmedical.net/fr/therapies/massage-tui-na-an-mo>
45. Calmels et al. Effectiveness of a Lumbar Belt in Subacute Low Back Pain: An Open, Multicentric, and Randomized Clinical Study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1 févr 2009;215-20.
46. Hermans M, Bertuit J. Les effets des ceintures lombo-pelviennes chez les lombalgiques – Revue systématique. *Kinésithérapie Rev*. avr 2018;18(196):11-20.
47. Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale: comprendre, diagnostiquer et traiter. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2006.
48. HAS Fiche Mémo - Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune.
49. Base de Données Publique des Médicaments. PARACETAMOL [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/62772966/extrait>
50. VIDAL [Internet]. 2023 [cité 7 janv 2026]. PARACETAMOL BIOGARAN. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/paracetamol-biogaran-7436.html>
51. Acetaminophen [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00316>
52. Oudinot X. Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la douleur chronique de l'adulte [thèse]. Limoges: Université de Limoges; 2016 [cité le 23 mars 2026]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-0145320/file/OU DINOT%20Xavier%20.pdf>
53. Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, Tulder MW van, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [cité 6 juill 2025];2016(2). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd012087>
54. Base de Données Publique des Médicaments. IBUPROFENE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/64594722/extrait#5.1._Propri%C3%A9t%C3%A9s_pharmacodynamiques
55. Bien utiliser les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/medicaments/utiliser-recycler-medicaments/utiliser-anti-inflammatoires>
56. VIDAL [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Ibuprofène : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/ibuprofene-1844.html>
57. HAS - Commission de la transparence - Celebrex [Internet]. [cité 12 janv 2026]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct-1824_celebrex.pdf
58. Ibuprofen: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB01050>
59. Ketoprofen: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB01009>

60. Diclofenac: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00586>
61. Celecoxib: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00482>
62. ANSM [Internet]. [cité 5 oct 2025]. Dossier thématique - Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (A. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/les-anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-ibuprofene-ketoprofene-acide-acetylsalicylique>
63. Base de Données Publique des Médicaments. MORPHINE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/65490025/extrait>
64. Résumé des Caractéristiques du Produit. DAFALGAN CODEINE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0222053.htm>
65. Résumé des Caractéristiques du Produit. TRAMADOL [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0140757.htm>
66. Codeine [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00318>
67. Morphine [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00295>
68. Tramadol: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00193>
69. Base de Données Publique des Médicaments. BACLOFENE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/64073783/extrait>
70. VIDAL [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Méthocarbamol : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/methocarbamol-2344.html>
71. Résumé des Caractéristiques du Produit. METHOCARBAMOL [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0403442.htm>
72. Résumé des Caractéristiques du Produit. THIOCOLCHICOSIDE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0203523.htm>
73. Methocarbamol: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00423>
74. Thiocolchicoside: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB11582>
75. Baclofen: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00181>
76. ATP: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 12 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00171>
77. ATEPADENE [Internet]. [cité 12 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/atepadene-751.html>

78. Bannwarth B, Béjot T, Deprez S, Ginette J. A randomized, double-blind, placebo controlled study of oral adenosine triphosphate in subacute low back pain. *J Rheumatol*. 2005 Jun;32(6):1114-7.
79. Résumé des Caractéristiques du Produit; DISPROSTENE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0372366.htm>
80. Résumé des Caractéristiques du Produit. CELESTENE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0198554.htm>
81. Résumé des Caractéristiques du Produit. PREDNISOLONE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0371822.htm>
82. Prednisolone: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00860>
83. Betamethasone [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00443>
84. Arden NK, Price C, Reading I, Stubbing J, Hazelgrove J, Dunne C, et al. A multicentre randomized controlled trial of epidural corticosteroid injections for sciatica: the WEST study. *Rheumatol Oxf Engl*. nov 2005;44(11):1399-406.
85. Gabapentin: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00996>
86. Pregabalin: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00230>
87. Venlafaxine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00285>
88. Base de Données Publique des Médicaments. VENLAFAXINE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/67164971/extrait>
89. Résumé des Caractéristiques du Produit. GABAPENTINE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0221742.htm>
90. Résumé des Caractéristiques du Produit. PREGABALINE [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0326307.htm>
91. Montoya-Inzunza LA, Elizalde-Romero CA, Picos-Salas MA, Heredia JB, Gutiérrez-Grijalva EP. Chapter 1 - Phytochemicals as potential biopharmaceutical agents. In: Heredia JB, Gutiérrez-Grijalva EP, Licea-Claverie A, Gutierrez-Urbe JA, Patra JK, éditeurs. *Phytochemical Nanodelivery Systems as Potential Biopharmaceuticals* [Internet]. Elsevier; 2023 [cité 2 sept 2025]. p. 3-28. (Nanotechnology in Biomedicine). Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323903905000104>
92. Lavari N, Esmaealzadeh N, Rahimi R, Abbasian A. Plant-Derived Medicines for Sciatica: A Comprehensive Review. *Tradit Integr Med*. 6 mars 2024;92-104.
93. Harpagophyton - Phytothérapie - VIDAL [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/harpagophyton-harpagophytum-procumbens.html>

94. Gagnier JJ, Chrubasik S, Manheimer E. Harpagophytum procumbens for osteoarthritis and low back pain: a systematic review. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2004 [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK70381/>
95. Arkopharma [Internet]. [cité 7 janv 2026]. L'[Harpagophytum]. Disponible sur: <https://fr.arkopharma.com/blogs/plantes/harpagophytum>
96. VIDAL [Internet]. 2012 [cité 26 oct 2025]. Saule blanc - Phytothérapie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/saule-blanc-salix-alba.html>
97. Chrubasik S, Eisenberg E, Balan E, Weinberger T, Luzzati R, Conradt C. Treatment of low back pain exacerbations with willow bark extract: a randomized double-blind study. *Am J Med.* juill 2000;109(1):9-14.
98. Saule blanc [Internet]. Tela Botanica. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.tela-botanica.org/eflore/>
99. VIDAL [Internet]. 2022 [cité 26 oct 2025]. Curcuma - Phytothérapie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/curcuma-longa.html>
100. Di Pierro F, Settembre R. Safety and efficacy of an add-on therapy with curcumin phytosome and piperine and/or lipoic acid in subjects with a diagnosis of peripheral neuropathy treated with dexibuprofen. *J Pain Res.* 3 juill 2013;6:497-503.
101. Curcuma (Curcuma longa) [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.laboratoires-fenioux.com/fr/content/42-curcuma>
102. VIDAL [Internet]. 2012 [cité 26 oct 2025]. Ortie dioïque - Phytothérapie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/ortie-dioique-urtica-dioica.html>
103. Randall C, Randall H, Dobbs F, Hutton C, Sanders H. Randomized controlled trial of nettle sting for treatment of base-of-thumb pain. *J R Soc Med.* juin 2000;93(6):305-9.
104. Ortie dioïque [Internet]. Tela Botanica. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.tela-botanica.org/eflore/>
105. Résumé des Caractéristiques du Produit. SATIVEX [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0242579.htm>
106. VIDAL [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Dronabinol : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/dronabinol-19917.html>
107. Cannabidiol : substance active à effet thérapeutique - VIDAL [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/cannabidiol-23712.html>
108. Korhonen T, Karppinen J, Paimela L, Lindgren KA, Bowman C, Kirkham B, et al. Traitement de la sciatique induite par une hernie discale par l'infiximab.
109. Williams NH, Jenkins A, Goulden N, Hoare Z, Hughes DA, Wood E, et al. Lessons learnt from a discontinued randomised controlled trial: adalimumab injection compared with placebo for patients receiving physiotherapy treatment for sciatica (Subcutaneous Injection of Adalimumab Trial compared with Control: SCIATiC). *Trials.* déc 2018;19(1):408.

110. Jayathilake NJ, Phan TT, Kim J, Lee KP, Park JM. Modulating neuroplasticity for chronic pain relief: noninvasive neuromodulation as a promising approach. *Exp Mol Med.* mars 2025;57(3):501-14.
111. Bien utiliser les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 5 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/medicaments/utiliser-recycler-medicaments/utiliser-anti-inflammatoires>
112. Bailly F, Trouvin AP, Bercier S, Dadoun S, Deneuille JP, Faguer R, et al. Recommandations et arbre décisionnel sur la prise en charge de la lombalgie avec ou sans radiculalgie. *Rev Rhum.* juin 2022;89(4):345-53.
113. Base de Données Publique des Médicaments. Aspirine 500 mg [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/68799614/extrait>
114. VIDAL [Internet]. [cité 12 janv 2026]. Kétoprofène : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/ketoprofene-1957.html>
115. Résumé des Caractéristiques du Produit. DICLOFENAC [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0294841.htm>
116. Les 5 meilleures huiles essentielles pour la sciatique [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.charenton-osteo.com/huiles-essentielles-pour-la-sciatique/>
117. Langen A. Exercices pour éliminer les douleurs lombaires - Audrey Langen - Kinésiologue à Marseille [Internet]. 2021 [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.kinesiologie-marseille.com/exercices-pour-eliminer-les-douleurs-lombaires/>
118. Renforcement musculaire de la hanche : 10 exercices d'un kiné ! - hemtonkine.com [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://hemtonkine.com/renforcement-musculaire-de-la-hanche/>
119. COMMENT ADOPTER LA BONNE POSTURE EN TÉLÉTRAVAIL ? [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://equilibre-france-ergonomie.fr/la-bonne-posture-en-teletravail/>
120. Quelles sont les postures à adopter pour économiser son souffle ? | Orkyn' [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.orkyn.fr/quelles-sont-les-postures-adopter-pour-economiser-son-souffle>
121. VIDAL [Internet]. 2023 [cité 26 oct 2025]. BAUME AROMA. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/baume-aroma-19511.html>
122. VIDAL [Internet]. 2021 [cité 26 oct 2025]. BAUME SAINT BERNARD. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/baume-saint-bernard-37933.html>
123. Guthauser I. Soulager les douleurs chroniques du dos: 100 mouvements et postures pour se sentir mieux, une approche globale pour accompagner votre rétablissement. Paris: Amphora; 2020.
124. Kiné Medical [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Kiné Medical. Disponible sur: https://www.kinemedical.fr/fr/dossiers/tous-les-dossiers/techniques-automassage-soulager-douleurs?srsltid=AfmBOopTZkKtX9fj7S2TOWyOodH_LiAp_iejm3jXmWO3O5cVD1IEhs4a

125. Ceinture lombaire : conseils d'utilisation et de pose [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.prevenchute.com/content/130-comment-mettre-une-ceinture-lombaire?>
126. Lombalgie et ceinture lombaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/dam/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-TC-79.pdf>
127. Dynamic Fix [Internet]. Orliman. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.orliman.fr/produit/dynamic-fix/>
128. Ceinture de soutien lombaire L'Évolutive [Internet]. Orliman. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.orliman.fr/produit/levolutive/>
129. Ceinture de soutien lombaire One Plus - Orliman [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.orliman.fr/produit/ceinture-de-soutien-lombaire-one-plus/>
130. Ninaë Casual - Orliman [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.orliman.fr/produit/ninae-casual/>
131. Thuasne LombaStart : Ceinture de soutien lombaire - Notice d'utilisation [Internet]. [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: https://be.thuasne.com/sites/thuasne_be/files/imports/notice_LBSTART3.pdf
132. Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>
133. Parreira P, Maher CG, Steffens D, Hancock MJ, Ferreira ML. Risk factors for low back pain and sciatica: an umbrella review. *Spine J Off J North Am Spine Soc.* sept 2018;18(9):1715-21.
134. Ramel A, Martinez JA, Kiely M, Bandarra NM, Thorsdottir I. Effects of weight loss and seafood consumption on inflammation parameters in young, overweight and obese European men and women during 8 weeks of energy restriction. *Eur J Clin Nutr.* sept 2010;64(9):987-93.
135. Keeler CE, Oguguo E, Goodwin CR, Goertz C. The Role of Nutrition in Low Back Pain: A Narrative Review and Clinical Implications. *Am J Lifestyle Med.* 2 sept 2025;15598276251375398.
136. Nian S, Li C, Li N, Chen F, Zhao C, Zhang G, et al. Bifidobacterium treatment for chronic low back pain in patients with Modic changes: study protocol for a multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Trials.* 24 sept 2025;26(1):347.
137. BUMED_MESF_2014_ROLIN_MARINE.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: https://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_ROLIN_MARINE.pdf
138. Ordre national des pharmaciens. La pharmacie clinique. Les Cahiers Thématiques [Internet]. juin 2019 [cité 31 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/fichiers/les-cahiers-thematiques/cahier-thematique-13-pharmacie-clinique>
139. SI-Portail [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Dossier Médical Partagé - Professionnel. Disponible sur: <https://www.dmp.fr>
140. Nouvelles de l'étranger [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04107472v1/document>

141. VIDAL [Internet]. 2016 [cité 26 oct 2025]. Le dossier pharmaceutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/regles-bon-usage/dossier-pharmaceutique.html>

142. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. [cité 26 oct 2025]. Education thérapeutique du patient. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>

Le saviez-vous ?
L'actif sur 5 souffre de douleurs sciatiques.
La prévention est la clé !

UNE ALIMENTATION ANTI-INFLAMMATOIRE

Fruits et légumes colorés
Curcuma
Fibres, noix, amandes

GESTION DU STRESS

Pratiquez la cohérence cardiaque ou la relaxation pour réduire le risque de récidence.

Pour plus d'informations, rapprochez vous de votre pharmacien ou de votre médecin.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Les médicaments prescrits peuvent soulager la douleur aiguë, mais ne la guériront pas à long terme.
Ne pratiquez jamais l'automédication prolongée.
Rapprochez vous de votre médecin ou de votre pharmacien.

SUR LE LONG TERME (en cas de douleur chronique) :

En cas d'installation chronique, consultez un médecin pour identifier les causes potentielles.

Appliquez rigoureusement les mêmes conseils quotidiens que ceux de la section précédente (les 4 piliers).

Si la douleur résiste, un spécialiste de la douleur peut proposer des approches spécifiques.

STOP À LA SCIATALGIE

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

La douleur chronique et les difficultés physiques peuvent affecter votre bien-être mental (stress, angoisse, symptômes dépressifs).

- Pour parler sans jugement (écouter et soutenir) :

Numéro national de prévention du suicide : **3114**
(7j/7, 24h/24, gratuit et anonyme)

Numéro de soutien psychologique : **0 800 130 000**

SOS Amitié
(contact local/national sur leur site)

- Pour une aide professionnelle :
 - Consultez votre médecin traitant pour une orientation vers un psychologue, un psychiatre ou un service de soutien adapté.

VOUS N'ÊTES PAS SEUL !

Ce document est purement informatif et ne remplace pas une consultation médicale.

Ne pas jeter sur la voie publique
DELEU Laura – Tous droits réservés

Sources : HAS / Santé Publique France – Mise à jour : Février 2026

La sciatalgie c'est quoi ?







Définition

La sciatalgie n'est pas une maladie mais un symptôme. Elle se manifeste par une douleur unilatérale partant du bas du dos, descendant dans la fesse, pouvant aller jusqu'au pied.

Signes





- Douleur qui part d'une jambe jusqu'à la fesse, pouvant se terminer au niveau du pied.
- Sensation de décharge électrique.
- Parfois fourmillements, picotements.

SIGNES D'ALERTE

 <p>Pertes Sensorielles Engourdissement cuisse, fesse.</p>	 <p>Problèmes Urinaires Difficultés soudaines.</p>	 <p>Problèmes Selles Difficultés de contrôle.</p>
 <p>Perte Musculaire Soudaine, importante.</p>	 <p>Décharge Électrique Douleur intense, persistante.</p>	 <p>Fièvre & Malaise Frissons, fatigue générale.</p>

Urgence médicale : Consultez IMMÉDIATEMENT un médecin.

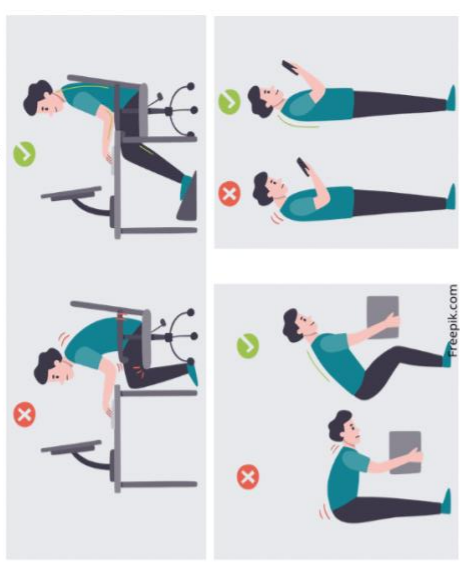
LES 4 PILIERS

 <p>KINÉSITHÉRAPIE Démarrez le plus tôt possible la rééducation au près d'un professionnel.</p>	 <p>MOUVEMENTS Restez actif et pensez aux bonnes postures dans votre quotidien ! Évitez le repos strict.</p>	 <p>DÉTENTE ET RENFORT Massages et étirements quotidiens pour améliorer la circulation sanguine, réduire l'accumulation de douleur, assouplir et renforcer vos muscles.</p>	 <p>OUTILS DE SOUTIEN Pensez aux Thérapies corps-esprit, pour mieux vivre avec la douleur (rapprochez-vous d'un professionnel de santé). Utilisez une Ceinture lombaire sur une courte durée pour faciliter la reprise d'activités et réduire l'irritation.</p>
---	--	--	---

DELEU Laura - Tous droits réservés

CONDUITES À TENIR

POSTURES ERGONOMIQUES



ÉTIREMENTS



Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2025/2026

Nom : DELEU
Prénom : Laura

Titre de la thèse : Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge au comptoir des patients atteints de sciatalgie.

Mots-clés : Sciatalgie, Hernie discale, Analgésique, Anti-inflammatoire, Phytothérapie, Kinésithérapie, Nerf sciatique, Disque intervertébral, Douleur neuropathique, Pharmacie d'officine, Éducation thérapeutique du patient, Pharmacovigilance.

Résumé :

La sciatalgie est un motif fréquent de consultation en officine, impactant significativement la qualité de vie des patients. Cette thèse propose une synthèse complète de la prise en charge de cette pathologie, de sa physiopathologie à l'accompagnement du patient au comptoir. L'arsenal médicamenteux, incluant les analgésiques et les anti-inflammatoires, est analysé aux côtés des interventions non médicamenteuses telles que la phytothérapie et la kinésithérapie. Enfin, cette thèse souligne le rôle pivot du pharmacien d'officine dans l'accompagnement du patient, la sécurisation des traitements et la délivrance de conseils hygiéno-diététiques indispensables à la guérison.

Membres du jury :

Président : Monsieur **Lebegue Nicolas**, Professeur d'Université, Université de Lille.

Directeur, conseiller de thèse : Monsieur **Lebegue Nicolas**, Professeur d'Université, Université de Lille.

Assesseur(s) : Madame **D'Haeyere-Charbonneau Sophie**, Docteur en pharmacie, Adjoint, Halluin ; Madame **Courcelle Anne**, Docteur en pharmacie, Enseignante LRU à l'Université de Lille ; Madame **Delcroix Flore**, Masseuse-kinésithérapeute, Halluin.