

RACHIALGIES D'ORIGINE VISCÉRALE :

39 OBSERVATIONS

F. DUMONT*, F. JATTIOT**, J. MONIERE***, J.P. VALAT**

*114, rue du faubourg Saint-Jean - 45000 Orléans

**Service de Rhumatologie - Pr J.P. Valat - CHU, Hôpital Trousseau - F37044 Tours Cedex

***71, boulevard Béranger - 37000 Tours

Des cas de rachialgies d'origine viscérale sont rapportés épisodiquement dans la littérature médicale. Les observations recueillies proviennent souvent de services de Rhumatologie, lorsqu'une rachialgie n'a pas d'étiologie rachidienne formelle, ou lorsque les traitements n'ont pas été efficaces. Elles proviennent parfois aussi de services de Médecine Interne ou de spécialités de Gastro-entérologie, d'Urologie, de Maladie Cardio-vasculaires, de Pneumologie ou d'Oncologie Médicale.

Les symptômes et les signes cliniques des affections viscérales sont absents, et leur recherche systématique par des examens complémentaires est indispensable pour la découverte du diagnostic. Le traitement de l'affection viscérale guérit la rachialgie.

La fréquence réelle des rachialgies d'origine viscérale est méconnue. Dans une étude rétrospective analysant les causes de dorsalgies chez 159 patients hospitalisés, elles représentaient 6,3% de l'ensemble⁽³⁾.

Les rachialgies d'origine viscérale représentent souvent des cas cliniques isolés, véritables "histoires de chasse" dans lesquelles le diagnostic n'a été confirmé que par la découverte et le traitement d'une affection viscérale qui a entraîné la disparition des rachialgies.

Souvent la clinique trouve une douleur segmentaire ou pluri-segmentaire vertébrale et la recherche des signes d'un dérangement intervertébral fait évoquer un dérangement intervertébral mineur (D.I.M.). Parfois même une manipulation peut faire disparaître transitoirement les symptômes douloureux rachidiens, ainsi le diagnostic de l'affection viscérale et son traitement peuvent en être retardés.

Nous avons tenté d'analyser les cas cliniques rapportés en fonction de leur topographie rachidienne et de leur fréquence.

En 1981, le Docteur Francis Pette, Professeur au Collège de Médecine, attaché de Médecine interne à L'Hôtel-Dieu a rapporté 23 cas d'affections viscérales dont l'expression clinique n'était que rachidienne dorsale ou lombaire. (Journées de L'Hôtel-Dieu).

La diversité des pathologies rencontrées était étonnante et la durée d'évolution allait de quelques mois à plusieurs années. L'éventail des âges allait de 16 à plus de 70 ans (tableau 1).

L'un d'entre nous a analysé les causes de dorsalgies chez 159 patients hospitalisés dans le service de Rhumatologie du C.H.U. de Tours en 1991, 1992 et 1993.

Une origine exclusivement viscérale de ces douleurs a été trouvée dans 10 cas⁽³⁾ (tableau 2).

Nous avons personnellement relevé 6 cas exemplaires de rachialgies d'origine exclusivement viscérale, et dont l'expression clinique n'était que rachidienne (tableau 3).

Il est illusoire de vouloir traiter le rachis. Le caractère rebelle des douleurs (même en présence d'une douleur provoquée segmentaire pouvant faire croire à un D.I.M. doit inciter le clinicien à fouiller l'interrogatoire et chercher une lésion de contenu non accessible à un examen palpatoire, par une imagerie adaptée à la cible : échographies, radiographies, scanner.

Ces douleurs s'expliquent par les afférences viscérales et les douleurs référées métamériques. Cette métamérisation est le support neurophysiologique des hypothèses de la médecine manuelle orthopédique.

"En ce qui concerne les viscérotomes, les études ont été faites à partir du schéma anatomique de l'homme, de l'expérimentation animale et de l'observation clinique.

TABEAU 1 - PRINCIPALES PARTICULARITES CLINIQUES DES 23 CAS D'AFFECTIONS VISCERALES REVELEES PAR DES RACHIALGIES DORSALES RAPPORTEES PAR LE DOCTEUR PETTE

SEXE	AGE	PARTICULARITÉS CLINIQUES	PATHOLOGIES EN COURS
F	45	- dorsalgie calmée par aspirine	HERNIE HIATALE
H	47	- dorsalgie basse depuis 10 ans + épigastralgie nocturne	ULCERE DU BULBE
H	38	- douleur précise de D7	ULCERE DUODENAL
H	42	- dorso-lombalgie pendant 10 ans	PERFORATION D'ULCERE DUODENAL
H	35	- dorso-lombalgie invalidante	PANCREATITE CALCIFIANTE
H	55	- dorsalgie calmée par aspirine	CANCER DU PANCREAS
F	10	- dorsalgie paroxystique survenant lors de la gymnastique	HYDRONEPHROSE
H	18	- lombalgie haute après le sport (sauf natation)	HYDRONEPHROSE
H	40	- lombalgie haute ancienne antécédent de colique néphrétique (empatement costo-lombaire droit)	HYDRONEPHROSE SANS LITHIASIS
H	32	- lombalgie haute, radiographies normales masse palpable dans le flanc droit	CANCER RENAL
F	56	- lombalgie haute bilatérale, irradiant dans la fosse iliaque gauche	MASSE SURRENALE : LIPOME
F	45	- lombalgie accentuée en avion	RUPTURE RETRO PERITONEALE d'un HEMANGIOLIPOME
H	32	- douleur D12-L1 depuis 5 ans (avec un gros testicule)	DYSEMBRYOME DU TESTICULE 1 métastase rétro-péritonéale
H	26	- dorsalgie D12-L1 depuis 2 ans (RP : adénopathies médiastinales)	SEMINOME
H	20	- douleurs dorsale haute et dorso-lombaires (VS=30, adénopathies cervicales.)	LYMPHOSARCOME LYMPHOBLASTIQUE
H	65	- antécédents : lombalgie, cirrhose, ostéonécrose de la tête fémorale. - douleur aiguë dorsale haute, - malaise survenu couché suivi le lendemain de signes d'hémorragie interne	ANEVRYSME DISSEQUANT DE L'AORTE ABDOMINALE
H	70	- antécédents de cyphose avec tassement ostéoporotique, dorsalgie aiguë.	ANEVRYSME AORTE FISSURE
H	55	- lombalgie, douleur de la racine des membres et des cuisses à la marche	ANEVRYSME AORTIQUE ET ILIAQUE CALCIFIE
H	50	- lombalgie d'effort et dorsalgie paroxystique d'effort	INFARCTUS DU MYOCARDE POSTERIEUR
H	18	- sportif : dorsalgie basse majorée par inspiration, Radio pulmonaire, granulie aiguë au 3è cliché pulmonaire	TUBERCULOSE PULMONAIRE
F	35	- dorsalgies aiguës	PNEUMOPATHIE RETRO CARDIAQUE
H	45	- dorsalgie (névralgie dorsale zona)	CANCER PULMONAIRE
H	55	- dorsalgie D6-D7 sur tassement traumatique ancien. Douleur aiguë nocturne.	MESOTHELIOME PLEURAL

TABLEAU 2 - PRINCIPALES PARTICULARITES CLINIQUES DE 10 CAS D'AFFECTIONS VISCERALES REVELEES PAR DES RACHIALGIES DORSALES, OBSERVEES AU CHU DE TOURS.

SEXE	AGE	PARTICULARITÉS CLINIQUES	PATHOLOGIES EN COURS
F	83	- douleur à la pression de D7-D8	LITHIASSE DU CHOLEDOQUE
H	83	- dorsalgie aiguë récidivante D10	LITHIASSE VESICULAIRE
F	69	- névralgie cervico brachiale droite rebelle au traitement, cervico-dorsalgie irradiant à l'épaule droite	METASTASES HEPATIQUES AMPULLOME WATERIEN
F	41	- dorsalgie D8-D12 avec cellulalgie	GASTRITE EROSIVE
F	53	- dorsalgie gauche nocturne évoluant depuis 1 an, DIM D6-7 gauche	ULCERE DU BULBE ANTRITE CONGESTIVE
F	44	- dorsalgie nocturne moyenne évoluant depuis 11 mois	OESOPHAGITE ULCEREE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN
H	37	- dorsalgie D8-D9	ANTRITE EROSIVE
H	30	- dorsalgie et douleur retrosternale	GASTRITE EROSIVE
F	89	- dorsalgie basse et lombalgies augmentées par l'inspiration	PNEUMOPATHIE BASE DROITE
F	77	- dorsalgie basse en D11-D12 droit	PNEUMOPATHIE DROITE

TABLEAU 3 - PRINCIPALES PARTICULARITES CLINIQUES DE 6 CAS PERSONNELS

SEXE	AGE	PARTICULARITÉS CLINIQUES	PATHOLOGIES EN COURS
H	50	- dorsalgie aiguë niveau de D8 signes hémorragie interne	PERFORATION AIGUE ULCERE DUODENAL
H	30	- dorsalgie aiguë pendant tennis DIM D7, soulagé par 1 manipulation, récidive 1 mois plus tard	ULCERE DUODENAL
H	55	- tassement traumatique ancien D12 dorsalgie lombalgie nocturne et en vélo, calmée par les ains, douleur profonde au flanc gauche	COLIQUE NEPHRETIQUE
H	58	- tassement D12 ancien, lombalgie et douleur fesse gauche, DIM D12 net	ANEVRYSME AORTE ABDOMINALE
H	60	- tassement D12 ancien, lombalgie DIM D12 droit, point de crête droit	TUMEUR SURRENALIENNE
H	63	- cervico-dorsalgie, NCB gauche mal définie, DIM C7-D1 depuis 6 mois, syndrome de Claude Bernard Horner, lyse de la 1è côte gauche	CANCER APEX PULMONAIRE SYNDROME DE PANCOAST TOBIAS

TABLEAU 4 - LES CENTRES RECEVANT LES AFFÉRENCES DÉCRITES CHEZ L'HOMME À PARTIR DES DOULEURS RÉFÉRÉES, SONT, POUR LES PRINCIPAUX VISCÈRES THORACO-ABDOMINO-PELVIENS, LES SUIVANTS ^(1,2,7) :

- Bronches et Poumons :	T 1 - T 9	- Cœur et Aorte :	T1 - T8
- Oesophage :	T 4 - T 7	- Foie :	T8 - T10
- Estomac :	T 6 - T 9	- Voies Biliaires :	T6 - T9
- Grêle :	T 8 - T10	- Reins :	T10 - L1
- Colon droit :	T10 - L1	- Vessie :	T12 - L1
- Colon gauche :	T12 - L2	- Gonades :	T11 - L1 et S2 - S3 - S4
		- Utérus :	T12 - L1 et S2 - S3 - S4.

Tous les cas cliniques analysés correspondent à ces notions de niveau métamérique.

Les limites en sont souvent difficiles à déterminer. Cependant la constance des zones réflexogènes et des douleurs référées de certains viscères a permis de décrire des zones d'extension sensitive et permettra certainement de mieux préciser les limites de ces viscérotomes." ⁽¹⁾ (tableau 4).

"La stimulation d'un nerf viscéral, d'un nerf somatique peut déclencher une douleur référée dans n'importe quel territoire du métamère. Par exemple, une atteinte vésiculaire entraîne une stimulation du segment médullaire T7, où convergent d'autres fibres afférentes somatiques. Ce segment transmet aux étages supérieurs, par le tractus spino-talamique, les influx nociceptifs. Ainsi, avec une telle stimulation viscérale, le sujet peut-t-il ressentir une douleur dans le territoire de la branche dorsale ou de la branche ventro-latérale du 7ème nerf thoracique, ou au niveau de T7.

Une atteinte viscérale peut donc déterminer une douleur somatique et inversement." ⁽²⁾

ANALYSE DES OBSERVATIONS

La totalité des observations recueillie soit 39 montre une prédominance d'atteintes digestives (16 cas) comportant des lésions gastroduodénales (10 cas) : ulcères asymptomatiques, avec 2 cas de perforation ayant nécessité l'intervention en urgence, mais aussi oesophagite et gastrites, dont les douleurs toujours dorsales moyennes étaient parfois calmées par aspirine ou anti-inflammatoires non-stéroïdiens.

Les autres lésions touchant les voies biliaires, le foie, le pancréas.

Trois autres appareils sont responsables avec une fréquence comparable :

L'appareil urinaire (5 cas) : hydronéphrose, pyonéphrose, lithiase rénale, cancer du rein, et les tumeurs rétro-péritonéales (3 cas) : tumeurs surrenaliennes, se manifestent ainsi souvent par de simples douleurs dorsales et la durée d'évolution est souvent longue avant l'apparition des autres signes ou d'une imagerie permettant d'évoquer de tels diagnostics.

L'appareil respiratoire (7 cas) : pneumopathies et cancers sont répartis équitablement ; dans ces observations les signes respiratoires étaient absents ou frustes, les douleurs dorsales plus diffuses, les radiographies pulmonaires de face et de profil sont indispensables.

L'appareil cardio-vasculaire (6 cas) : un seul infarctus du myocarde qui aurait pu être évoqué par la douleur paroxystique uniquement à l'effort, mais plusieurs anévrismes de l'aorte dont les signes cliniques vasculaires manquaient, et qui, contrairement à d'autres observations, n'avaient entraîné aucune lésion des corps vertébraux. ^(4,6,8)

L'appareil génital est deux fois cité avec tumeur testiculaire.

Pette insistait sur la nécessité de l'examen clinique complet comportant la palpation du contenu scrotal même en cas de dorso-lombalgies isolées.

Par ailleurs nous n'avons pas trouvé de lésions de l'appareil génital féminin, mais d'autres auteurs ont rapporté des atteintes utérines (tumeurs ou endometrioses) ne se manifestant que par des rachialgies. ⁽⁵⁾

EN CONCLUSION

Ces pièges cliniques doivent faire réfléchir nos confrères pratiquant les manipulations vertébrales. Une rachialgie, même localisée, même avec des signes de souffrance mécanique, sans cause vertébrale trouvée par nos investigations les plus pointues, réci-

divante, rebelle aux traitements antalgiques et anti-inflammatoires (mais pas toujours), peut être révélatrice d'une affection viscérale masquée.

En ce qui nous concerne, ces histoires doivent nous rappeler que les affections viscérales peuvent donner des signes métamériques segmentaires évoquant un déränge-

ment intervertébral, mais qu'elles ne sont pas pour autant curables par des manipulations "ostéopatiques", "chiropractiques" ou, selon notre terminologie, par des manipulations vertébrales.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOSSY J.

Le massage réflexe et autres méthodes de thérapie manuelle réflexe. *Encycl. Méd. Chir. Paris, Kinésithérapie*, 26130 A 10, 4.7.10.

2. BOUREAU F et WILLER J.C.

La douleur
2ème Edition. Masson et Cie - Edit PARIS 1982.

3. JATTIOT F., DUMONT F., GOUPILLE P., VALAT J.-P.

Dorsalgies en milieu Hospitalier Rhumatologique, résultats d'une enquête rétrospective.

La Revue de Médecine Orthopédique, 1994, 35, 19-22.

4. DUPENLOUP P.

L'anévrysme de l'aorte abdominale et le rhumatologue. Actualité rhumatologique présentée au praticien. *Exp.Scient., Paris*, 1978, 101-106.

5. GALASK R.P. Hôp.univ., Université de Iowa, traduit par ILLOUZ G.

Douleurs lombaires d'origine gynécologique. *T.M.I.*, 1975, 9, 27-33.

6. JONES J.G.

A unusual cause of back pain. *Proc Royal Soc Med*, 1976, 69, 499-501.

7. LHERMITTE F.

Les douleurs viscérales, in "La douleur et les douleurs" Ed par ALAJOUANINE, MASSON. Edit PARIS 1957.

8. SERUZIER E., SIMONIN J.L., BALACHEFF O., LE LOET X., DESHAYES P.

Rachialgies et radiculalgies d'origine vasculaire. *Rhumatologie*, 1976, 28, 257-263.