

DORSALGIES EN MILIEU HOSPITALIER RHUMATOLOGIQUE RÉSULTATS D'UNE ENQUETE RÉTROSPECTIVE

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

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

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

Tirés à part : Pr. J.P. Valat, Service de Rhumatologie, CHU, Hôpital Trousseau, F37044 Tours Cedex

RÉSUMÉ

Une enquête rétrospective, réalisée dans un service Hospitalo-Universitaire de Rhumatologie, a permis d'analyser les causes de dorsalgies chez 159 patients hospitalisés pour ce motif.

L'étiologie la plus fréquente était les tassements vertébraux par ostéopathie décalcifiante bénigne, dont la fréquence augmentait avec l'âge. Un quart des patients avait une pathologie cancéreuse.

Les dorsalgies d'origine viscérale représentaient 6,3 % de l'ensemble, ce qui incite à rechercher systématiquement cette étiologie lorsque la dorsalgie ne fait pas sa preuve.

INTRODUCTION

La dorsalgie est un symptôme beaucoup moins univoque que la lombalgie quant à ses étiologies, que ce soit en pratique rhumatologique de consultation, qu'en milieu hospitalier.

Cette diversité s'explique par la rareté relative de la pathologie dégénérative banale à cet étage rachidien, et à sa plus grande latence clinique. Cependant, les études épidémiologiques visant à évaluer l'incidence de ce symptôme et la fréquence respective de ses causes paraissent rares.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis plusieurs années, tous les dossiers du service de Rhumatologie du C.H.U. de Tours font l'objet d'un codage qui comporte un code spécifique pour le motif d'hospitalisation. Nous avons ainsi pu colliger de façon rétrospective les dossiers de tous les patients ayant été hospitalisés pour le motif "dorsalgies et/ou douleur de la paroi thoracique", en 1991, 1992 et 1993, soit au total une durée de 2 ans et demi.

Pour chacun de ces dossiers, nous avons relevé les éléments suivants : âge et sexe du patient ; nature bénigne ou maligne de l'affection en cause ; origine rachidienne, viscérale ou pariétale de la douleur ; existence de tassements vertébraux ; nature dégénérative, infectieuse tumorale ou inflammatoire de l'affection ; diagnostic final retenu. Dans les cas de métastase osseuse rachidienne, le siège du cancer primitif a été noté lorsqu'il était connu.

RÉSULTATS

Les dossiers de 159 patients, 92 femmes et 67 hommes, ont été étudiés. L'âge moyen était de 62 ans (écart type : 19,5 ans), avec des extrêmes de 15 à 94 ans. 143 patients (89,9 % avaient une dorsalgie d'origine rachidienne, 10 d'origine viscérale (6,3 %), et 6 d'origine pariétale (3,7 %). 31 patients (19,5 %) étaient atteints d'une dorsalgie d'origine cancéreuse (Tableau I).

Les dorsalgies d'origine rachidienne (Tableau II) étaient dues à des tassements vertébraux chez 83 patients (58 %) ; ces tassements étaient d'origine non cancéreuse dans 57 cas (39,8 %), et cancéreuse dans 26 cas (18,2 %) (Tableau III). Cinquante six malades (39,2 %) étaient atteints d'affections rachidiennes sans tassement vertébral (arthrose dorsale, troubles statiques rachidiens, dorsalgies fonctionnelles...). Parmi eux 8 patients souffraient d'une affection rachidienne inflammatoire (pelvispondylite ou rhumatisme psoriasique axial), et 4 avaient une spondylo-discite infectieuse. Quatre patients, enfin, avaient une épидурite métastatique sans atteinte osseuse (Tableau II).

Dix malades (6,3 %) avaient une dorsalgie d'origine viscérale (Tableau IV). Il s'agissait 8 fois d'une pathologie digestive : ulcère du bulbe 1 fois, gastrite ou antrite érosive 3 fois, oesophagite ulcérée 1 fois, métastases hépatiques d'un ampullome watérien 1 fois, lithiase cholédocienne 2 fois. Enfin, deux patientes avaient une pneumopathie infectieuse. Enfin, six patients n'avaient pas à proprement parler une dorsalgie mais une douleur de la paroi thoracique, due à une fracture de côte, ou à un syndrome de Tietze.

La fréquence des dorsalgies suivant l'âge et le sexe, selon leur type et l'âge, ainsi que la fréquence

des tassements suivant l'âge et leur type, sont données dans les figures 1 à 3.

DISCUSSION

Ce travail est une étude purement rétrospective, portant sur une durée assez courte, et sur un seul service

hospitalier ; il n'a donc qu'un intérêt épidémiologique relatif. Il ne concerne que les patients ayant été hospitalisés, et ne reflète donc en aucun cas l'incidence réelle des dorsalgies dans la population générale, ni même dans la population consultant un Rhumatologue.

La méthode de sélection des patients ne nous permettait pas de séparer les motifs "dorsalgie" et "douleur de la paroi thoracique" ; en fait, certains patients considérés

TABLEAU I : ETIOLOGIES DES DORSALGIES CHEZ 159 PATIENTS HOSPITALISÉS DANS UN SERVICE DE RHUMATOLOGIE POUR CE MOTIF.

Origine des dorsalgies	Nombre de patients (%)
Rachidienne	143 (90)
- non cancéreuse	113
- cancéreuse	30
Viscérale	10 (6,3)
Pariétale	6 (3,7)
Total	159 (100)

TABLEAU II : ETIOLOGIES DES DORSALGIES D'ORIGINE RACHIDIENNE CHEZ 143 PATIENTS HOSPITALISÉS POUR DORSALGIES.

Type de pathologie	Nombre de patients (%)
Tassements vertébraux	83 (58)
- non cancéreux	57 (39,8)
- cancéreux	26 (18,2)
Affections rachidiennes sans tassement vertébral	56 (39,2)
- arthrose dorsale	16
- troubles statiques rachidiens	10
- dorsalgie fonctionnelle	10
- maladie de Paget	2
- pathologie tumorale bénigne	2
- hyperostose vertébrale ankylosante	2
- dystrophie rachidienne de croissance	2
- pelvispondylite rhumatismale	6
- rhumatisme psoriasique axial	2
- spondylo-discites infectieuses	4
Epidurites métastatiques sans atteinte osseuse	4 (2,8)
Total	143 (100)

TABLEAU III : ETIOLOGIE DES TASSEMENTS VERTÉBRAUX CHEZ 83 PATIENTS HOSPITALISÉS POUR DORSALGIES.

Etiologie des tassements	Nombre de patients (%)
Tassements d'origine cancéreuse :	26 (31)
- myélome multiple	10
- métastase d'un cancer du sein	5
- métastase d'un cancer du rein	2
- métastase d'un cancer digestif	2
- métastase d'origine autre ou indéterminée	7
Tassements d'origine non cancéreuse :	57 (68)
- ostéoporose commune	36
- ostéomalacie	6
- ostéoporose cortisonique	7
- autres	5
- traumatisme	3

comme ayant une dorsalgie d'origine viscérale n'avaient qu'une douleur pariétale, ce qui sera discuté plus loin. En revanche, tous les dossiers des malades hospitalisés sont codés, ce qui donne une grande valeur aux incidences relatives des différentes pathologies rencontrées dans cette étude.

Au cours de la période considérée, 3300 patients environ ont été hospitalisés dans le service de Rhumatologie ; on peut donc estimer l'incidence de la dorsalgie comme motif d'hospitalisation à environ 5 pour cent.

Cette incidence s'accroît progressivement avec l'âge. On peut noter une prédominance féminine nette avant 40 ans, probablement en rapport avec les dorsalgies fonctionnelles fréquentes à cet âge, et dont la prédominance féminine est connue ; ce sexe ratio s'inverse entre 40 et 60 ans, mais on retrouve une prépondérance féminine au-delà, particulièrement marquée après 80 ans, due à l'augmentation de l'incidence des tassements ostéoporotiques dans cette population^[1].

Un patient sur cinq avait une pathologie cancéreuse à l'origine de

sa dorsalgie ; ce chiffre est élevé, le caractère purement hospitalier de l'enquête l'explique probablement en partie. Ces cancers ont été révélés le plus souvent par un tassement vertébral, mais 4 patients avaient une épидурite métastatique sans tassement associé, le diagnostic n'étant fait que grâce aux examens neuroradiologiques. Le myélome a été le plus gros pourvoyeur de dorsalgie maligne dans notre série, probablement pour des raisons propres au recrutement du service. Cette constatation est cependant conforme aux données de la littérature^[2]. Parmi les tassements métastatiques, le cancer du sein a été le plus souvent en cause, ce qui concorde bien avec des données

épidémiologiques classiques^[3,4]. Le pic de fréquence de ces dorsalgies cancéreuses se situait dans la sixième décade.

Les ostéopathies décalcifiantes non cancéreuses ont constitué la cause la plus fréquente de dorsalgie dans cette étude. Au sein de ces ostéopathies, l'ostéoporose trabéculaire post-ménopausique a été la plus fréquente avec 36 patientes, fréquence augmentant progressivement avec l'âge, au-delà de 50 ans. La fréquence de certaines autres ostéopathies n'était cependant pas négligeable, en particulier l'ostéomalacie (6 patients) et l'ostéoporose cortisonique (7 patients).

Les affections rachidiennes sans tassement vertébral constituaient un groupe hétérogène au sein duquel on peut noter la fréquence élevée de l'arthrose dorsale et des troubles statiques rachidiens. Il s'agissait avant tout de diagnostics radiologiques, le lien physiopathologique de ces signes avec les dorsalgies étant en effet le plus souvent très difficile à affirmer. La répartition selon l'âge de ces affections rachidiennes sans tassement vertébral était d'ailleurs assez homogène, probablement en raison de leur diversité.

Dix patients ont eu des dorsalgies en rapport avec une affection viscérale, le plus souvent gastro-entérologique. La révélation d'affections gastro-intestinales, tout parti-

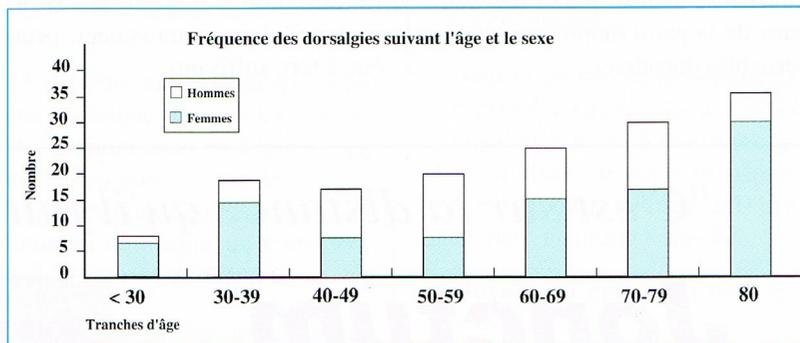


Figure 1 : Nombre de patients hospitalisés pour dorsalgies en fonction de l'âge et du sexe.

CONCLUSION

Les causes des dorsalgies motivant une hospitalisation en service de Rhumatologie sont variées. Leur fréquence augmente avec l'âge, en raison de l'augmentation des ostéopathies décalcifiantes, et probablement aussi des affections cancéreuses, qui ont représenté un quart des étiologies retrouvées. Les dorsalgies d'origine viscérale étaient en nombre non négligeable, ce qui incite à les rechercher avec une particulière attention.

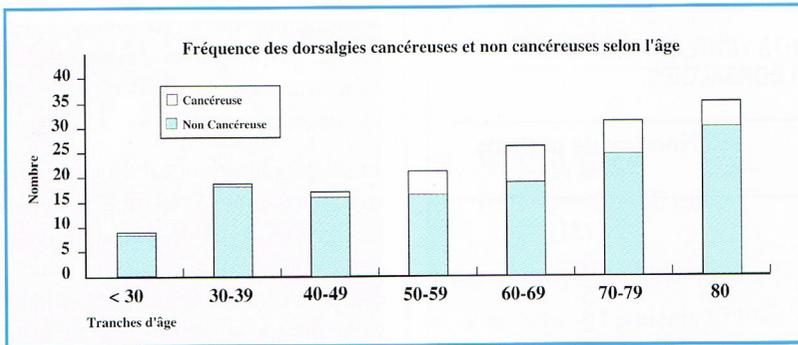


Figure 2 : Nombre de patients ayant une dorsalgie d'origine cancéreuse ou non cancéreuse selon l'âge, chez 159 patients hospitalisés pour dorsalgies.

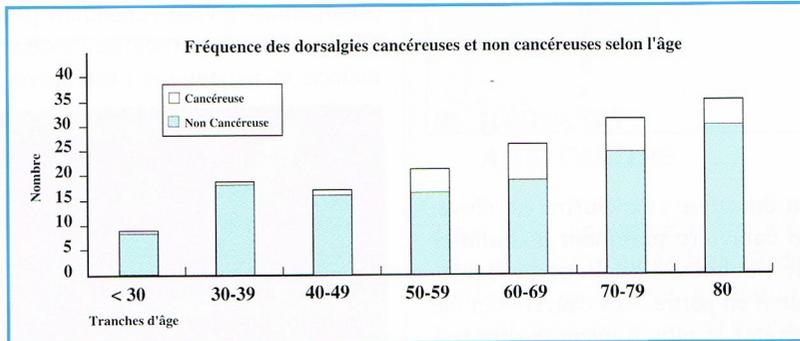


Figure 3 : Nature des tassements vertébraux chez 83 patients hospitalisés pour dorsalgies, en fonction de l'âge.

culièrement ulcéreuses, par des dorsalgies, est une notion classique. Il faut cependant noter la possibilité pour le clinicien de trouver d'authentiques signes cliniques rhumatologiques à l'examen ; cela a été le cas pour six de nos patients, chez qui avaient été trouvés des points douloureux à la palpation du rachis. Les deux patients porteurs d'une pneumopathie infectieuse avaient plutôt des douleurs de la paroi thoracique que de véritables dorsalgies.

Ces dorsalgies d'origine viscérale ont paru peu fréquentes dans cette étude rétrospective, mais il est possible que certaines aient été méconnues. En effet, la réalisation d'une fibroscopie, d'une échographie vésiculaire et pancréatique, par exemple, n'a pas été systématique pour les patients chez qui était posé le diagnostic de dorsalgie arthrosique ou de dorsalgie fonctionnelle, lorsque les arguments cliniques paraissaient, peut-être à tort, suffisants.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Riggs B.L., Melton L.J. Involutional osteoporosis. N. Engl. J. Med. 1986 ; 314 : 1676-1686.
- 2 - De Seze S., Guerin C., Gourevitch M. Diagnostic des dorsalgies. In De Seze S., Ryckewaert A. : "Le diagnostic en rhumatologie" Masson Ed. Paris, 1978
- 3 - Campanacci M., Ruggieri P. Métastases osseuses carcinomateuses. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Appareil locomoteur, 14-030-H-10, Cancérologie, 60-14-110-A-10, 1993, 6 p.
- 4 - M., von Hochstetter A.R. Schreiber A. Metastatic carcinoma of the spine. A study of 92 cases. Int. Orthop. 1987 ; 11 : 345-348.

"C'est sur la distance qu'il fait la différence"

Jonctum[®]
OXACEPROL GELULES

VOIR PUBLICITÉ ET ANNONCE
LEGALE EN PAGE 43