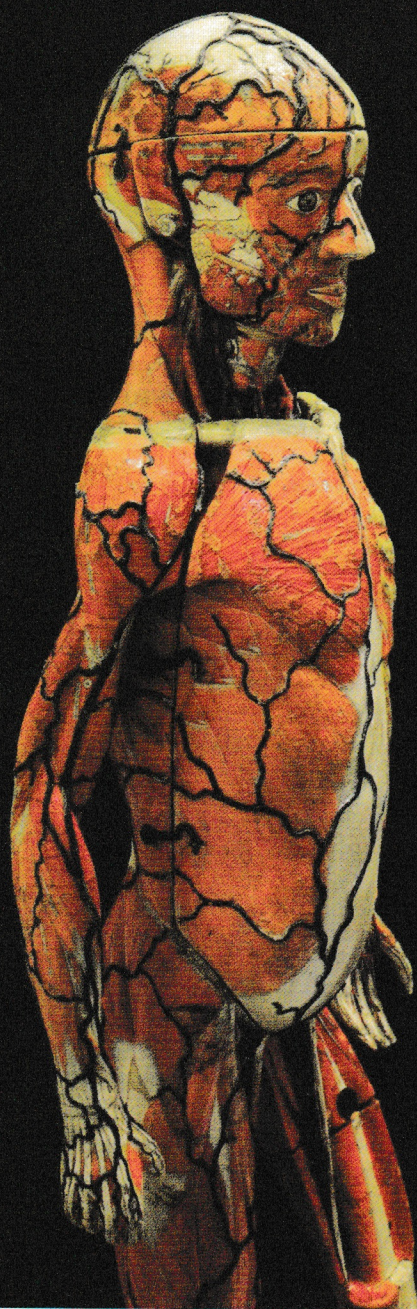


Douleurs pariétales d'origine viscérale

Jean-Yves Maigne

Hôtel-Dieu de Paris



Devant une douleur de l'appareil locomoteur, et plus particulièrement une douleur du cou ou du dos, la méconnaissance d'une cause viscérale ou sa reconnaissance trop tardive est toujours gravement dommageable pour le patient. Pourtant, le diagnostic précoce est souvent très difficile. L'examen rachidien n'est jamais totalement normal, et l'on trouve toujours un étage "un peu sensible" qui désoriente le diagnostic. D'autre part, en raison du mécanisme même des douleurs projetées, il arrive que soient présentes des zones cellulalgiques ou des cordons myalgiques situés dans le même métamère que l'organe atteint. Ils orientent, à tort, vers une pathologie pariétale ou vertébrale.

On doit donc tenir le plus grand compte de la topographie de la douleur, souvent distincte de celle des douleurs vertébrales communes, de son caractère rebelle au traitement vertébral, de la présence d'une composante inflammatoire fréquente (avec douleurs nocturnes) pour demander des examens complémentaires simples de dépistage (CRP) ou de diagnostic (imagerie).

DOULEURS CERVICALES D'ORIGINE VISCÉRALE

Pathologie thyroïdienne

Les thyroïdites aiguës sont à l'origine de douleurs cervicales à topographie antérieure. Elles ne peuvent donc être confondues avec une douleur commune, toujours postérieure ou latérale.

Dissections de l'artère vertébrale

Il s'agit d'un sujet important en pratique manipulative, la dissection vertébrale étant une complication potentiellement très grave des manipulations cervicales. La dissection est en fait une déchirure interne de l'artère avec constitution d'un hématome pariétal et risque d'occlusion. La symptomatologie neurologique déficitaire est variable, liée aux possibilités de suppléance vasculaire.

La dissection est souvent secondaire à un traumatisme cervical (par exemple une torsion ou une extension prolongée du cou) mais elle peut survenir spontanément ou après un traumatisme très minime (pratique sportive). Sa survenue peut s'accompagner de douleurs cervicales aiguës pendant quelques heures voire deux à trois

jours irradiant à l'occiput. Il faut évidemment se garder de toute manipulation, qui ne pourrait qu'aggraver les symptômes.

Les principaux arguments du diagnostic sont les suivants. Les symptômes sont en général survenus après des manœuvres cervicales (massages, mobilisations, manipulations en rotation) ou une position en rotation-extension maintenue longtemps. Des causes comme les manèges forains, la pratique d'un crâneau en voiture voire un simple examen clinique ont aussi été rapportées.

Les douleurs sont plutôt latéro-cervicales et s'accompagnent de céphalées, de nausées voire de vomissements et de sensations vertigineuses. L'examen peut mettre en évidence un discret syndrome pyramidal. L'examen complémentaire de dépistage est l'écho-doppler couleur des vaisseaux du cou. Il doit être couplé à une angio-IRM ou un angio-scanner.

Pathologie de l'apex pulmonaire

L'apex pulmonaire et le dôme pleural sont en rapport anatomique avec les racines C8 et T1. Un processus occupant de l'espace à ce niveau peut donc comprimer ces racines, à l'origine d'une névralgie cervico-brachiale d'aggravation progressive. C'est le syndrome de Pancoast-Tobias, qui peut également comprendre une lyse de la première côte et un syndrome de Claude Bernard-Homer. Les tumeurs sont le plus souvent en cause (plus rarement abcès ou caverne).

Les principaux arguments du diagnostic sont les suivants. Il ne faut pas compter sur des signes pulmonaires, qui sont très tardifs. Le malade se présente avec une NCB qu'il est bien difficile, au début, de rattacher à une origine non vertébrale. On retiendra la fréquente recrudescence nocturne qui contraste avec le caractère modéré des signes trouvés à l'examen clinique : pas de raideur cervicale, pas de signes de souffrance segmentaire. En revanche, on note souvent, de façon précoce, une petite hypoesthésie de la pulpe

du V, un déficit modéré des muscles intrinsèques de la main et une diminution du réflexe cubito-pronateur.

À l'imagerie cervicale (scanner ou IRM), l'absence de hernie contraste avec ce déficit neurologique.

La VS ou CRP est en général augmentée. Un scanner de l'apex permet le diagnostic. Il doit donc être systématique en cas de NCB C8 traînante.

Douleur brachiale gauche de l'infarctus

Chacun sait que l'infarctus du myocarde est parfois à l'origine d'une douleur projetée dans le bras gauche jusqu'aux doigts. On se reportera au paragraphe ci-dessous.

DOULEURS THORACIQUES (DORSALGIES)

Les douleurs thoraciques postérieures sont, de façon non exceptionnelle, en rapport avec une affection viscérale. Il peut s'agir d'affections digestives ou pleuro-pulmonaires.

Affections digestives

L'ulcère, lorsqu'il siège sur la paroi postérieure de l'estomac ou du duodénum, peut être à l'origine de douleurs dorsales rythmées ou non par les repas. Il en est de même des gastrites, de la pathologie du pancréas (pancréatites chroniques, cancer du corps), du foie (certains cancers) ou des voies biliaires. Les arguments du diagnostic à la phase de début sont les suivants :

- Les dorsalgies d'origine vertébrale commune sont en général ressenties au niveau du "Point inter-scapulaire" (PIS), c'est à dire de T4 ou T5, alors que les dorsalgies digestives ont souvent une projection plus basse (entre T7 et T12 par exemple) et plus latéralisée.

- L'irritation péritonéale peut se traduire par des irradiations remontant vers une épaule (et l'on sait qu'en dehors des céphalées cervicales, les douleurs vertébrales communes irradient presque toujours vers le bas) ainsi que par un état nauséux.

- Le traitement vertébral est sans effet, mais les AINS n'ont pas toujours une action aggravante qui attirerait tout de suite l'attention.

- On ne note aucune aggravation liée à des mouvements rachidiens ou à des postures particulières.

- Une douleur nocturne est fréquente

Affections pleuro-pulmonaires

La pathologie de la base pulmonaire (pneumopathies, pleurésies) peut ne se révéler que par des douleurs dorsales basses (vers la 12ème côte). Les arguments du diagnostic sont :

- La douleur est unilatérale, survenue brutalement, irradiant vers l'épaule, s'exacerbant aux efforts de toux. Il s'y associe une dyspnée, une inhibition respiratoire, parfois une toux. La fièvre est très fréquente.

- L'examen clinique a ici une certaine valeur (auscultation pulmonaire) et un cliché de thorax est facile à demander. Les erreurs sont donc vite rectifiées.

Affections du cœur et du péricarde

La pathologie cardiaque ischémique peut ne se manifester que par des douleurs dorsales (en particulier lorsque l'ischémie est à topographie postérieure). Elles ne surviennent pas toujours à l'effort. On connaît aussi l'irradiation au bras gauche de l'infarctus, exemple typique de douleur projetée. La dissection de l'aorte comporte également des douleurs d'une intensité extrême, à topographie plutôt antérieure, rarement dorsale pure. Dans ces cas, le contexte ne prête guère à confusion.

DOULEURS LOMBAIRES

Evoquer et faire la preuve d'une lombalgie d'origine viscérale n'est pas toujours facile. Nous distinguerons les causes rétro-péritonéales et sous-péritonéales (pelviennes).

Douleurs d'origine rétro-péritonéale

L'espace rétro-péritonéal comprend les reins et les uretères, l'aorte et la veine cave inférieure, des chaînes ganglionnaires et le tissu rétro-péritonéal.

Cancer du rein

Le cancer du rein est à l'origine de douleurs de la fosse lombaire (au-dessus de la crête iliaque), plus que de lombalgies, mais la distinction n'est pas toujours nette. Lorsque manque l'hématurie ou la présence d'une masse lombaire à la palpation, on peut évoquer ce diagnostic devant la topographie de la douleur, plus haute qu'une lombalgie commune, la présence de douleurs nocturnes, l'aggravation progressive malgré le traitement et une VS élevée.

Lithiase urétérale

Les coliques néphrétiques ne revêtent pas toujours leur aspect aigu caractéristique. Il s'agit parfois de douleurs plus sourdes et plus durables. On retiendra l'irradiation douloureuse, en hémi-ceinture, vers l'aîne et la présence éventuelle d'un état nauséux, voire d'une hématurie.

Douleurs d'origine vasculaire

L'anévrisme de l'aorte abdominale est une cause classique et trompeuse de douleur pseudo-vertébrale, d'autant qu'il s'ac-

compagne souvent d'une irradiation aux membres inférieurs. Il peut s'agir de douleurs aiguës ou chroniques, dont la signification diffère.

- Les douleurs lombaires aiguës traduisent la fissuration de la poche anévrysmale ou son augmentation brusque de volume. Elles peuvent s'accompagner d'une irradiation vers la face antérieure des cuisses (liée à la présence d'un hématome rétro-péritonéal qui comprime le nerf). Ce tableau annonce une rupture imminente, mais la symptomatologie peut parfois s'amender spontanément (hémostase spontanée). Ces lombalgies à répétition sont particulièrement trompeuses.



- Les lombalgies chroniques correspondent à l'augmentation progressive du volume de la poche anévrysmale avec micro fissurations répétées se colmant d'elles-mêmes. Ici aussi, une irradiation crurale uni ou bilatérale est possible. Il s'y associe souvent une fébricule, une altération de l'état général, une hyperleucocytose avec VS élevée.

Parmi les arguments du diagnostic, on retiendra le terrain (un homme le plus souvent, avec athéromatose évoluée), la présence d'une masse abdominale battante ou non (pas toujours facile à trouver chez un sujet obèse), l'abolition des poulx distaux (inconstante), l'association à des douleurs abdominales. Dans un tel contexte, la névralgie crurale est plus évo-

catrice que trompeuse. La radiographie de l'abdomen (face + profil) et l'échographie suffisent à apporter le diagnostic. La première peut montrer le contour calcifié de la poche anévrysmale, une modification de l'ombre du psoas, voire une érosion d'un corps vertébral. Le scanner, lorsqu'il est demandé dans le cadre de la recherche étiologique d'une cruralgie, confirme également le diagnostic.

Fibrose rétro-péritonéale

Affection rare, la fibrose rétro-péritonéale est à l'origine de douleurs lombaires de rythme inflammatoire, peu ou pas sensibles aux AINS. Des signes de compression de la veine cave (œdème des membres inférieurs) ou des uretères (hydronéphrose) sont parfois présents. Le rachis est parfaitement souple, mais la VS est élevée. Le scanner permet le diagnostic.

Adénopathies

Les adénopathies pré- ou latéro-vertébrales sont parfois à l'origine de douleurs lombaires de rythme plutôt inflammatoire.

Lymphomes, cancers du testicule ou cancers gynécologiques sont au premier plan.

Douleurs d'origine gynécologique

Il y a peu ou pas de douleurs lombaires d'origine gynécologique ; il s'agit le plus souvent de douleurs pelviennes.

L'endométriose est à l'origine de douleurs profondes à type de pesanteur, irradiant vers le rectum et le périnée. Les douleurs sont évidemment rythmées par les règles. Pour mémoire, citons les exceptionnelles sciatiques liées à une endométriose du nerf, réalisant une « sciatique menstruelle ».

Les rétroversions utérines, les fibromes postérieurs n'ont pas une symptomatologie lombaire dominante. ●