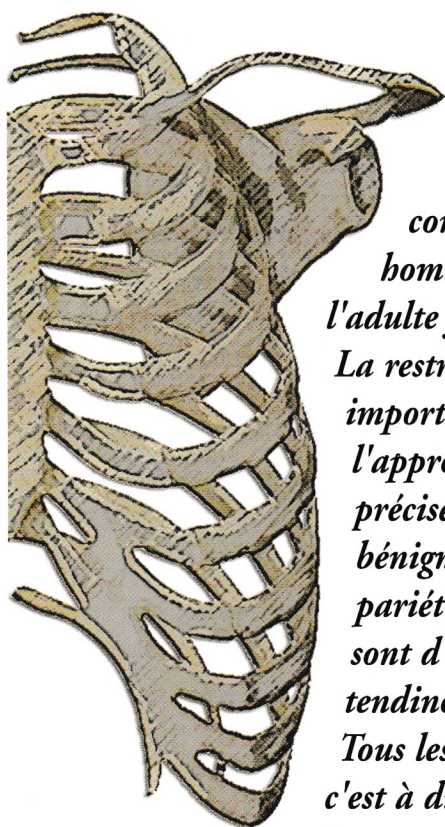


# Syndromes pariéto-thoraciques

Yunsan MEAS

MPR et MMO, CHU de Nantes et GEMOBPL



**L**es syndromes pariéto-thoraciques (SPT) bénins, d'origine mécanique et réversibles constituent un cadre nosologique non homogène qui concerne aussi bien l'adulte jeune que le vieillard.

La restriction de ces qualificatifs est très importante pour limiter nos propos à l'approche manuelle des SPT. Ceci étant précisé, en pathologie thoracique bénigne, les syndromes douloureux pariéto-thoraciques de type mécanique sont d'origine ostéo-articulaire et tendino-musculaire.

Tous les éléments du contenant, c'est à dire chaque joint articulaire et chaque composant de la cage thoracique,

peuvent être responsables de manifestation douloureuse.

Peuvent donc être impliqués l'arc sterno-costovertébral, avec la vertèbre thoracique, les articulations costo-vertébrale, costo-transversaire et chondro-costale, la côte et le sternum et à distance, le rachis cervical, par douleur projetée.

Grâce aux travaux de Yvon Lesage, qui a bien individualisé trois formes cliniques de SPT, nous pouvons proposer une définition regroupant tous les SPT de type mécanique et vous montrer les techniques de MMO possibles sur certaines de ces lésions.

## Définition

Il s'agit d'une manifestation douloureuse aiguë, parfois même dramatique, subaiguë ou chronique, intéressant la sphère thoracique antérieure, postérieure ou latérale, d'origine mécanique, sans participation pleurale, parenchymateuse pulmonaire ou cardio-vasculaire.

## Physiopathologie

La physiopathologie nous permet de distinguer les SPT sans lésion osseuse des SPT avec lésion osseuse.

## Les SPT sans lésion osseuse

Il peut s'agir d'une contusion thoracique directe, d'une chute sur le thorax, d'un traumatisme lié au port de la ceinture de sécurité ou d'un faux mouvement en rotation qui peuvent provoquer une entorse postérieure costo-vertébrale ou une entorse antérieure chondro-costale et être responsables d'un SPT.

Cliniquement, ils objectivent tous un dérangement mécanique intéressant soit les articulations costo-vertébrales, surtout par atteinte de l'articulation costo-transver-

re avec participation importante du ligament cervico-transversaire interosseux et les jonctions chondro-costales, soit les articulations intervertébrales avec leurs irradiations radiculaires ou métamériques.

## Les SPT avec lésions osseuses

Ils ne relèvent pas initialement de la médecine manuelle, mais ils seront, par contre, très souvent impliqués en pathologie séquellaire que celle-ci soit traumatique, médicale ou médico-chirurgicale. En effet, les traumatismes thoraciques avec atteinte des structures osseuses, associent souvent une fracture costale ou vertébrale à une entorse costale. Un certain nombre de douleurs résiduelles à la consolidation de la fracture sont dues à une dysfonction costale ou vertébrale persistante. De plus, la chirurgie endothoracique, responsable de lésions ostéo-articulaires sterno- ou chondro-costales, costo-vertébrales et de lésions osseuses pures lors des sternotomies et des résections costale et la chirurgie viscérale concernant la partie supérieure de l'abdomen par étirement du grill costal, que ce soit par nécessité opératoire ou par mécanisme réflexe pourront entraîner une dysfonction ostéo-articulaire et altérer le jeu diaphragmatique.

Nous pouvons donc proposer une classification des SPT en fonction des données anatomiques. Nous distinguons les SPT de type mécanique qui peuvent être d'origine vertébrale, costo-transversaire, chondro-costale ou sternale et les SPT non mécaniques ou non isolés (piège au diagnostic des SPT, ces dorsalgies sont évoquées au titre du diagnostic différentiel.)

## SPT de type mécanique d'origine vertébrale

Les SPT d'origine vertébrale peuvent être d'origine dorsale ou cervicale.

## Origine dorsale

**1- Dorsalgie aiguë ou dorsalgo**, ainsi nommée par De Sèze pour souligner l'analogie avec le lumbago. La douleur intéresse les segments dorsaux moyens inférieurs T6 à T9 et semble être en rapport avec une dysfonction inter-segmentaire vertébrale aiguë ou une entorse vertébrale.

**2- Projection métamérique d'origine intervertébrale.** Toute dysfonction inter-segmentaire vertébrale peut provoquer une irritation de la branche postérieure du nerf rachidien par l'articulaire postérieure et être responsable d'une douleur localisée sur le segment concerné. A la différence du "point cervical du dos" de Maigne et de sa zone de cellulalgie horizontale ou ascendante, la zone douloureuse (spontanée et provoquée lors du "pincé-roulé") se situe 2 à 3 segments vertébraux plus bas, dans le territoire du nerf rachidien, avec un trajet oblique en bas.

**3- Névralgie inter costale** dont l'expression est à rapprocher de la projection métamérique d'origine vertébrale.

**4- SPT post-zostérien** avec la persistance d'une douleur en hémicinture dans un territoire métamérique où subsistent des cicatrices indélébiles de vésicules cutanées.

## Origine cervicale

**1- Le syndrome inter-scapulo-vertébral** ou "point de Maigne", situé au niveau de la 5<sup>e</sup> côte, qui correspond à une douleur projetée d'origine cervicale. L'examen permet de retrouver au niveau de T5 ou T6, à l travers de doigt de la ligne médiane, le "point cervical du dos" et une zone cellulalgique attenante à ce point et s'étendant latéralement vers l'acromion, mise en évidence par le "pincé-roulé". L'examen du rachis cervical met en évidence le segment responsable: C5-C6, C6-C7 ou C7-T1.

## SPT de type mécanique d'origine costo-transversaire ou chondro-costal

Trois types de SPT - aigu, subaigu et chronique- ont été individualisés et décrits par Yvon Lesage. Nous distinguons le SPTA, le SPTsubA, le SPT chronique, le syndrome de la 1<sup>ère</sup> côte et la côte de Maigne.

**1- Syndrome pariéto-thoracique aigu** paraît primitif en raison de la pauvreté de l'anamnèse qui ne retrouve pas de notion traumatique. Tout au plus retrouve-t-il parfois la notion d'un mouvement minime, comme se tourner dans le lit, éternuer ou tousser.

Le début est toujours brutal, en coup de poignard, le plus souvent nocturne. La douleur est intense, unilatérale, antérieure, para-sternale ou antéro externe. L'intensité de la douleur et la soudaineté de son apparition en font le type même de l'urgence médicale. En effet, nombre de douleurs pariétales, de type intercostal, amènent à consulter parce qu'elles siègent à gauche. La crainte d'une origine cardiaque leur confère souvent un caractère angoissant qui conduit à faire consulter en urgence.

De cause mécanique, il s'agit d'une entorse costo-transversaire avec participation sterno-costale ou chondro-costale. Le dysfonctionnement est postérieur et le retentissement est antérieur.

Le diagnostic est essentiellement fait par la palpation, qui retrouve 3 points douloureux :

- un point antérieur, à la jonction sterno-costale
- un point axillaire, sur le trajet costal
- un point postérieur, qui est une découverte d'examen car souvent ignoré par le malade. La pression à son niveau reproduit la douleur et son trajet. La localisation unilatérale n'intéresse qu'une seule côte : de la 4<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup>, avec une plus grande fréquence pour la 7<sup>e</sup> côte. L'atteinte est rarement plus basse. L'absence de

douleur provoquée à la pression contrariée des épineuses et l'absence de projection métamérique permet de confirmer l'origine pariétale, costo-vertébrale.

On élimine :

- une pathologie cardio-vasculaire, telle que : angor ou infarctus du myocarde, péricardites, dissection aortique. Diagnostics souvent craints par le malade et redoutés par le médecin, d'où la nécessité d'un bon interrogatoire sur le siège, les circonstances de survenue, la durée de la douleur. Un ECG, voire même un test d'effort, est à pratiquer en cas de doute.
- une pathologie pleuro-parenchymateuse : embolie, pleurésie, pneumothorax, pneumonie, pneumopathie aiguë. Pathologies nécessitant des traitements spécifiques d'urgence, d'où la nécessité d'examens radiographiques en cas de suspicion.
- une pathologie digestive de siège ou à irradiation thoracique : spasme oesophagien, hernie hiatale, ulcère gastroduodénal, lithiase biliaire.
- un zona débutant.
- une cause anxio-dépressive ou hypochondriaque.

L'évolution est en général favorable sur 3 à 4 jours avec l'appoint d'antalgiques. Elle peut se faire vers une forme subaiguë.

**2- Le syndrome pariéto-thoracique subaigu** est un syndrome fréquemment

rencontré en pathologie séquellaire puisqu'il peut apparaître au décours ou à la suite d'une affection parenchymateuse aiguë ou pleurale, d'une colique hépatique, une cholécystite, d'un syndrome pariéto-thoracique aigu non traité, parfois, des causes iatrogènes (chirurgie thoracique mais aussi cholécystectomie).

Si la douleur est d'apparition progressive, l'examen est identique à celui décrit dans le syndrome pariéto-thoracique aigu, mais l'atteinte mécanique, bien que toujours unilatérale, est le plus souvent multiple et plus bas située : 8°, 9°, 10° côtes, parfois la 7°. La palpation retrouve toujours les 3 points douloureux : antérieur, axillaire et postérieur.

La recherche clinique manuelle de l'ampliation thoracique montre une nette diminution du côté douloureux. L'évolution est rarement spontanément résolutive, même si une atténuation est de règle.

Si le traitement de choix relève des thérapeutiques manuelles il faut savoir attendre 4 à 6 semaines après une intervention pour les mettre en oeuvre.

**3- Le syndrome de la 1° côte** est fréquemment associé à une pathologie mécanique post-traumatique du rachis cervical ou de la jonction cervico-dorsale. L'origine est mécanique, il s'agit d'une entorse CV de la 1° côte. Ce syndrome douloureux, primitif ou secondaire, a un siège thoracique antérieur ou postérieur.

La douleur est haut située, en avant sous la partie moyenne de la clavicule au niveau du chef du muscle sous-clavier et en arrière au niveau du trapèze, à 4 travers de doigt de l'épineuse ou dans le prolongement du bord interne de l'omoplate.

**4- La côte de Maigne ou entorse costale postérieure** est un syndrome pariéto-thoracique aigu intéressant les fausses côtes ou les côtes flottantes Méconnue ou négligée, la douleur passera à la chronicité faite d'un fond douloureux émaillée de crises douloureuses à l'occasion de faux mouvements, source d'erreur de diagnostic. Il s'agit d'une douleur d'origine mécanique, post-traumatique ou après un faux-mouvement en rotation, parfois minime, due à une entorse costo-vertébrale (12°) ou costo-transversaire (11°) Elle accompagne souvent un dysfonctionnement T10-T11 ou T12-L1.

Il s'agit d'une douleur d'apparition brutale, unilatérale et postérieure. Cette douleur est déclenchée et reproduite à l'élévation ou à l'abaissement de la côte concernée. En cas d'entorse costale, une des deux manœuvres augmente la douleur, l'autre est indolore, alors qu'en cas de fracture, les deux manœuvres sont douloureuses. A l'inverse, la mobilisation de la côte ne modifie pas la douleur si elle est due à une irritation radiculaire d'origine vertébrale ou si elle a une origine musculaire ou viscérale). La stratégie de traitement de MMO a ici tout sa place.

PETITES ANNONCES

**VAR – RADE DE TOULON**

**Médecin généraliste à orientation MMO (Secteur I)**

**CÈDE CLIENTÈLE À LA SEYNE SUR MER**

Cabinet Centre ville 42 m<sup>2</sup> en location (620€/mois)

Cession fin 2011 - Conditions à discuter

Contact :

**Dr Jean Louis MATHIEU**

06 33 00 32 16

jlm.mo@free.fr

Ref/34353637

**Cause retraite, médecin ostéopathe exclusif secteur 3**

**CÈDE PATIENTÈLE + TOUT MATÉRIEL,**

à partir fin 2011

CA régulier > 120 K€

4/s vac 8 – 10 semaines

à Guingamp, Bretagne, dépt 22, 25 km de la mer.

Tel : 06 82 41 52 78

Mail : dradthomas@orange.fr

Ref/34353637

**Conclusion**

Devant toute douleur pariétale thoracique aiguë, subaiguë ou chronique, primitive ou secondaire, il convient d'écartier une origine endothoracique qui impose un traitement spécifique d'urgence ou non, et d'éliminer une cause tumorale, inflammatoire, infectieuse ou métabolique qui constitue un piège au diagnostic.

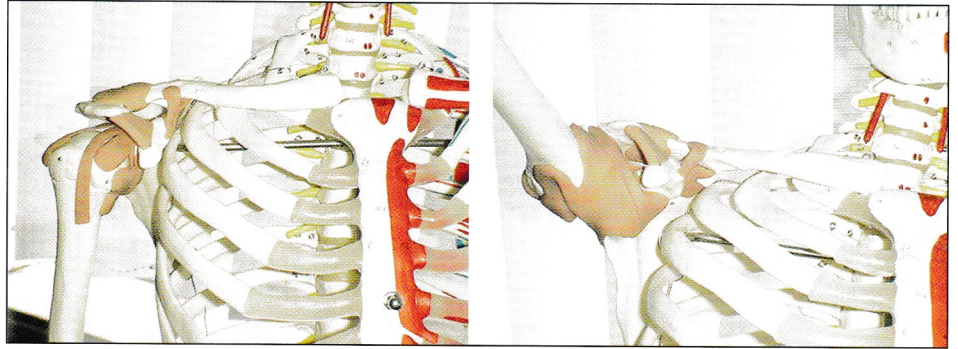
Le syndrome pariéto-thoracique pourra alors être considéré comme bénin, même si l'intensité du tableau clinique est importante et la recherche d'une origine mécanique permettra alors d'affiner le diagnostic clinique et donc d'envisager la thérapeutique manuelle appropriée à l'efficacité souvent spectaculaire.

Si en Médecine Interne l'origine mécanique est rarement évoquée, il ne faut pas que nous, médecins ostéopathes, tombions dans l'excès inverse et considérions trop rapidement tout SPT comme relevant de thérapies manuelles.

En effet, nous sommes avant tout médecin et il nous appartient de débusquer les pièges du diagnostic différentiel.

Le diagnostic de SPT bénin, d'origine mécanique est donc un diagnostic d'exclusion nécessitant un inventaire soigneux tant ostéopathique que général. ●

Pour les premières (2 à 4) côtes



A débloquer vers l'arrière

A soulager vers l'avant

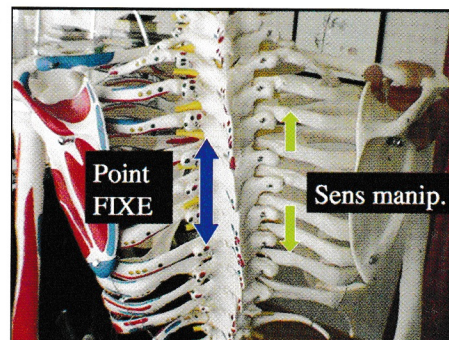
1° TECHNIQUE



2° TECHNIQUE



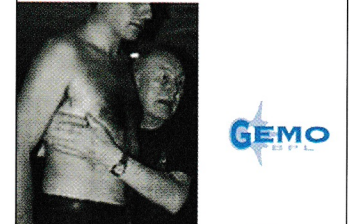
Les techniques Directes



Manipulation costo transversaire



Manipulation latérale



Les dernières côtes

11<sup>ème</sup> côte de Maigne Douleur descendante



11<sup>ème</sup> côte de Maigne - Douleur montante

