

UNE DORSALGIE MALHEUREUSEMENT TENACE

M.G. MALAISE (1), O. KAYE (2), M. RADERMECKER (3), B. DUYSINX (4), R. HUSTINX (5), G. HERMANS (6), L. DE LEVAL (7)

RÉSUMÉ : Le diagnostic étiologique d'une dorsalgie est particulièrement large, depuis le trouble postural bénin jusqu'à la lésion tumorale. L'exploration est souvent fastidieuse. Malgré les remarquables moyens d'investigation modernes en imagerie médicale dont dispose aujourd'hui le praticien, un bon interrogatoire et un examen clinique rigoureux restent indispensables. Ils conduiront l'exploration. La névralgie intercostale idiopathique n'existe pas.

CAS CLINIQUE

Un homme, âgé de 75 ans, ancien entrepreneur sans antécédents particuliers hormis une cholécystectomie et une appendicectomie, est adressé à la consultation de Rhumatologie pour névralgie intercostale tenace. Il s'agit plus précisément d'une dorsalgie haute avec irradiation intercostale gauche. La symptomatologie est présente depuis déjà 4 mois. Elle est maintenant continue, n'étant modifiée ni par la respiration, ni par l'effort, ni par les repas, mais par contre, elle est majorée par le mouvement, et surtout par la position en décubitus latéral gauche. L'exploration n'en est cependant pas à ses débuts. Outre un contrôle des paramètres biologiques, ont déjà été réalisés une radiographie de la colonne cervicale et dorsale, une radiographie thoracique, une échographie cardiaque, une échographie abdominale, une scintigraphie osseuse et enfin, une imagerie par résonance magnétique de la colonne cervico-dorsale. Ces explorations sont peu contributives. Les seules anomalies radiologiquement visibles consistent en phénomènes dégénératifs disco-vertébraux de la région cervicale basse et dorsale haute (principalement l'étage D5/6) signant un état arthrosique. Le diagnostic retenu est alors celui de névralgie intercostale commune sur dorsarthrose. Outre le recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux antalgiques légers, plusieurs infiltrations paravertébrales sont ensuite réalisées n'indui-

CHRONIC THORACIC PAIN

SUMMARY : The etiological diagnosis of chronic thoracic pain is wide, from benign mechanical disorders to tumors. Reaching the exact diagnosis is often time consuming. Despite the availability of new techniques of imagery, a meticulous clinical history and physical examination remain mandatory. They will lead the exploration. Idiopathic intercostal neuralgia does not exist.

KEYWORDS : *Chronic thoracic pain - Pleural malignant mesothelioma - Idiopathic intercostal neural pain*

sant aucune amélioration durable. La sémiologie de la douleur s'est progressivement modifiée : de mécanique à son début, elle s'est intensifiée, puis a vu son horaire changer, devenant quasi permanente et insomnante, contraignant alors le patient à recourir à des antalgiques centraux morphiniques.

Un complément d'anamnèse ne révèle aucun signe d'accompagnement (en particulier pas d'éruption cutanée ou de morsure de tique), ni amaigrissement ou pyrexie.

L'examen clinique général est non contributif. Aucune adénopathie suspecte n'est palpée. La mobilité segmentaire dorsale est limitée et douloureuse. La palpation des apophyses épineuses D5/6 ainsi que des articulations postérieures et costo-transversaires D5/6 gauches est électivement et intensivement douloureuse.

Dès lors qu'une pathologie costo-transversaire est impliquée, l'examen de choix est l'analyse radiologique de la région par coupes tomographiques. Centrée sur D5 et D6 (fig. 1), elle fournit immédiatement une explication aux symptômes en mettant en évidence un processus expansif ostéolytique détruisant le col, la tête et une partie du tubercule de la 5^{ème} côte gauche avec extension vers le haut et vers la région latérale de D4 et de D5 au voisinage du foramen intervertébral gauche. Les examens biologiques restent aussi peu contributifs : discret syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation 29 mm à la 1^{ère} heure, CRP 18 mg/l), normalité de l'hémogramme, de la calcémie et du taux de phosphatases alcalines, de l'enzymologie hépatique et de la fonction rénale.

Le patient est alors hospitalisé pour exploration complémentaire de cette lésion lytique. Un épanchement pleural basal gauche avec condensation rétro-cardiaque s'observe sur une nouvelle radiographie thoracique. Un nodule sous-pleural de 10 mm de diamètre est localisé par examen tomographique au niveau de l'apex gauche; la densité élevée de l'épanche-

(1) Professeur, Chef de Service, (2) Chef de Clinique Associé, Service de Rhumatologie, Département de Médecine Interne, CHU Sart Tilman

(3) Agrégé, Professeur de Clinique, Chef de Clinique associé, Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire (Pr. R. Limet), CHU Sart-Tilman

(4) Résident-Spécialiste, Service de Pneumologie (Pr. P. Bartch), Département de Médecine Interne, CHU Sart Tilman

(5) Chef de Clinique Adjoint, Service de Médecine Nucléaire (Dr J. Foidart), Département de Médecine interne, CHU Sart Tilman

(6) Chef de Laboratoire, (7) Chercheur qualifié du FNRS, Service d'Anatomie Pathologique (Pr. J. Boniver), CHU Sart Tilman.

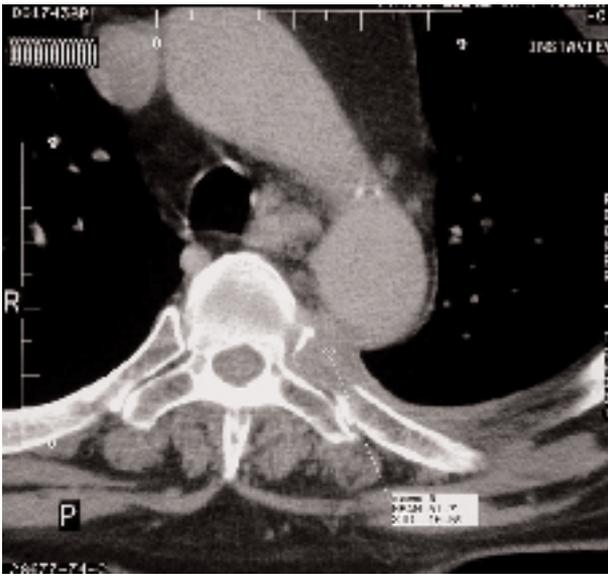


Fig. 1. Exploration tomodensitométrique de la jonction dorsale D5-D6 identifiant un processus expansif responsable de la lyse du col, de la tête et d'une partie du tubercule de la 5^{ème} côte gauche.

ment pleural fait suspecter un contenu hémattique limité par une plèvre anormalement épaisse de 3-4 mm. Des foyers d'hyperfixation localisés uniquement au niveau des arcs postérieurs des 3^{ème} et 4^{ème} côtes G sont identifiés par examen scintigraphique et attribués à des séquelles traumatiques, ce que confirme la radiographie du gril costal. La lésion lytique, elle, ne fixe pas le traceur utilisé, le diphosphonate technétié. Décision est alors prise de réaliser une tomographie à émission de positrons au 18 fluoro-déoxy-glucose qui objectivera une discrète hyperfixation de la région paravertébrale D5/6 gauche (fig. 2). Une étude de la sphère abdominale par gastroscopie, colonoscopie, et scanner abdominal ainsi qu'une étude prostatique par échographie s'avèrent normales. Enfin,

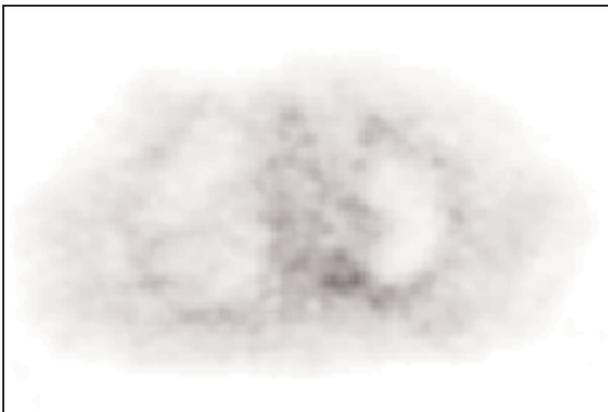


Fig. 2. Tomographie par émission de positrons au 18 FDG de la colonne dorsale (coupe coronale au niveau de D5). Une fixation anormale du traceur est observée au niveau costo-transversaire gauche.

les marqueurs tumoraux sont recherchés et hormis une discrète élévation des taux sériques de NSE ("neuron specific enolase") à 24,3 ng/ml (valeurs normales < 12,5), ceux d'alpha-fœtoprotéine, de PSA et de CEA sont normaux.

A ce stade de l'exploration, l'hypothèse diagnostique retenue est celle d'un processus lésionnel tumoral pulmonaire ou pleural primitif présentant une extension régionale osseuse costale.

Devant un tel tableau, il est impératif d'obtenir un diagnostic de certitude, ce qui impose un prélèvement biopsique. Une ponction-biopsie de la lésion lytique de la 5^{ème} côte est alors réalisée, peu contributive puisque ne ramenant qu'un tissu fibreux paucicellulaire. Une approche directement pulmonaire par pleuroscopie est alors proposée. L'examen, pénible en raison de multiples brides et adhérences pleuropariétales, met en évidence un aspect très inflammatoire de la plèvre sans masse tumorale macroscopiquement visible. L'examen est cependant incomplet au niveau de la partie postérieure de la cavité pleurale en raison de la persistance de multiples brides et adhérences pleuropariétales. Le liquide pleural est séro-hémorragique, inflammatoire (4.000 globules rouges/ml, 2.040 globules blancs/ml dont 92 % de lymphocytes) et dépourvu de toute cellule tumorale à l'examen cytopathologique. Les biopsies pleurales ne montrent que des images de pleurésie fibrineuse exsudative.

Finalement, c'est la thoracotomie exploratrice qui permettra d'observer un fort épaissement tumoral de la plèvre pariétale. Les biopsies montrent un tissu fibreux, dense, paucicellulaire infiltrant le muscle pariétal et la graisse sous-pleurale, fournissant enfin le diagnostic de mésothéliome malin desmoplastique (fig. 3).

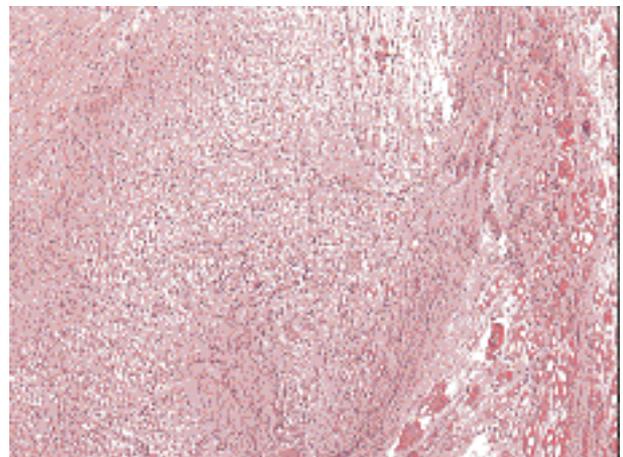


Fig. 3. Aspect microscopique de la biopsie pleurale obtenue par thoracotomie. Le mésothéliome desmoplastique se présente comme un tissu fibreux paucicellulaire. L'infiltration du muscle pariétal signe le caractère néoplasique (hématoxyline éosine, x 50).

L'infiltration du thorax correspondait à un stade 2 selon la classification de Butchart.

Un tel diagnostic ne permet, hélas, que d'envisager des solutions palliatives, le patient décédant moins de deux mois plus tard.

DISCUSSION

La mise au point étiologique d'une dorsalgie nécessite d'envisager de nombreux diagnostics. Ils sont résumés dans les tableaux I et II, allant du trouble postural bénin jusqu'à la lésion tumorale. Les méandres permettant d'arriver au diagnostic sont parfois nombreux (1). Malgré les remarquables moyens d'investigation modernes en imagerie médicale dont dispose aujourd'hui le praticien, l'importance de l'anamnèse et de l'examen clinique doit être réaffirmée. C'est par une identification très précise des caractéristiques sémiologiques des symptômes présents que l'hypothèse diagnostique va se bâtir et les examens complémentaires se choisir. Il est totalement injustifié pour des raisons tant médicales qu'économiques d'inverser la procédure d'investigation. Le cas de ce patient nous paraît bien illustrer le rôle respectif de la phase clinique et de la phase technique dans la démarche diagnostique.

Le premier écueil dans ce cas était de sous-estimer, dans la genèse de la douleur dorsale avec irradiation intercostale, une origine extra-

rachidienne, cardiaque (péricardite), pulmonaire (pleurésie, bronchopneumonie), vasculaire (anévrisme aortique) ou digestive (ulcus postérieur, pancréas), ce qui n'a pas été le cas. Les caractéristiques sémiologiques de la douleur "n'étant modifiée ni par la respiration, ni par l'effort, ni par les repas" n'orientent pas d'emblée vers ces sphères, mais il paraissait prudent de les éliminer par la réalisation d'une échographie cardiaque, d'une radiographie thoracique ou encore d'une échographie abdominale. Ces examens ne doivent pas systématiquement être demandés devant toute dorsalgie, ni obligatoirement avant toute radiographie centrée sur l'étage douloureux. Cela dépend du contexte. Cependant, eu égard à la gravité de sous-estimer ces étiologies, il est important que le médecin les envisage, même seulement théoriquement, avant de mener plus loin son exploration.

Le deuxième écueil consiste à attendre de l'examen complémentaire qu'il offre directement et de façon visible la solution à la question posée. En l'occurrence, il est évident que la réalisation d'un contrôle radiographique de la région cervicale basse et dorsale haute amènerait à identifier des lésions de dégénérescence arthrosique, bien banales chez un homme de 75 ans. On ne peut cependant pas dire que le recours aux examens complémentaires ait été négligé. En effet, outre une scintigraphie osseuse aux diphosphonates technétiés normale, la réalisation même d'une résonance magnétique ne montrera aucun signal pathologique au niveau vertébral ou discal. Enfin, la vitesse de sédimentation augmentant avec l'âge, décision sera prise qu'il y a concordance entre les aspects radiologiques de la jonction D5-6 et la symptomatologie aboutissant au diagnostic de névralgie intercostale commune sur dorsarthrose. En fait, l'exploration a été mal hiérarchisée. Puisque la résonance a la réputation, fautive, de tout voir, sa normalité a eu un poids déterminant. L'écueil à ce stade consiste à oublier qu'une irradiation douloureuse thoracique de type radiculaire ou tronculaire peut trouver son origine dans une pathologie disco-ou ostéophyto-radiculaire, mais tout autant, et probablement plus fréquemment encore à ce niveau, avoir une origine paravertébrale. Or, focalisée sur les structures endocanalaies, la résonance magnétique a faussement rassuré. Evidemment, bien centrée, elle aurait identifié la lyse du tubercule de la 5^{ème} côte gauche, ainsi que l'a aisément montré l'examen tomographique de la région anatomiquement incriminée.

Enfin, quelle que soit la négativité des examens complémentaires, simples ou sophistiqués,

TABLEAU I. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES DORSALGIES.

Origine extra-rachidienne

Viscérale : ulcus gastroduodénal, pleurésie, néoplasies d'origine oesophagienne pulmonaire, pleurale, pancréatique, anévrisme aortique, insuffisance coronarienne, infarctus myocardique postérieur.

Paravertébrale : fracture costale postérieure, lyse tumorale costale

Origine rachidienne : affections disco-vertébrales.

Origine endorachidienne : lésion médullaire ou radiculaire (neurinome, méningiome, tumeur intra-médullaire).

Origine fonctionnelle : névrose, sinistrose.

TABLEAU II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES DORSALGIES D'ORIGINE DISCO-VERTÉBRALE.

Sujet jeune

- Trouble statique : scoliose, cyphose, maladie de Scheuermann (ostéochondrite juvénile)

- Troubles posturaux avec insuffisance musculaire

- Hernie discale (rare)

- Spondylarthrite ankylosante

Tout âge

- Spondylodiscite infectieuse (staphylococcique, brucellienne, tuberculeuse)

Sujet âgé

- Fracture-tassement vertébral sur ostéopathie déminéralisante non-tumorale : ostéoporose primaire et secondaire, ostéomalacie, hyperparathyroïdie, ostéogénèse imparfaite, ostéodystrophie rénale.

- Ostéopathie néoplasique : métastase, myélome, lymphopathie, tumeur osseuse primitive (rare).

- Maladie de Paget

- Spondylodiscarthrose

- Syndrome trophostatique

bien centrés ou non, le dernier écueil consiste à avoir négligé un caractère sémiologique fondamental de la douleur : son caractère continu signant par là son origine néoplasique. Avec Bontoux et Azais (2), reprecisons ses caractéristiques fondamentales : “les caractères de la douleur osseuse néoplasique sont si classiques que les travaux récents ne les rappellent plus. C’est une douleur profonde, fixe, progressive, intense, permanente, diurne et nocturne, peu soulagée par les antalgiques périphériques et exigeant tôt l’utilisation de morphiniques”. Tout est dit. Bien sûr, au vu du diagnostic final de mésothéliome malin desmoplasique, l’absence d’écueils ou leur résolution rapide n’aurait hélas pas changé significativement le pronostic.

L’obtention du diagnostic histologique a été particulièrement difficile dans ce cas, fait inhérent au type même de la tumeur. Le mésothéliome desmoplasique est une forme rare de mésothéliome malin (< 10 %), caractérisé par le fait que les cellules tumorales sont peu nombreuses et accompagnées d’un abondant stroma fibreux. Pour cette raison, le diagnostic est souvent difficile sur de petites biopsies (transcutanées ou pleuroscopiques), qui souvent ne montrent que du tissu fibreux d’aspect bénin, interprété à tort comme pleurésie réactionnelle sur plaque pleurale bénigne (3). L’analyse du liquide pleural dans le mésothéliome n’est diagnostiqué que dans 30 à 50 % des cas et le rendement de la biopsie à l’aiguille n’est que de 30 % environ. La pleuroscopie reste habituellement la procédure idéale permettant de confirmer un diagnostic dans 80 à 90 % des cas, évitant au patient une thoracotomie (4, 5). Dans ce cas précis, les synéchies post-traumatiques liées à des antécédents de fractures de côtes ont peut-être gêné l’établissement d’un diagnostic macroscopique pleuroscopique. Le diagnostic final de mésothéliome est particulièrement inhabituel tant dans sa présentation clinique que dans sa caractérisation histologique. Classiquement, les mésothéliomes se présentent avec une symptomatologie de douleurs thoraciques et de dyspnée (6) en relation avec la présence d’un épanchement pleural important. Chez ce patient, les adhérences pleurales ont probablement empêché les phénomènes exsudatifs de s’exprimer à moins qu’il ne s’agisse d’une particularité de la forme histologique desmoplasique. Cette particularité histologique explique aussi l’aspect macroscopique infiltrant découvert lors de la thoracotomie et le caractère peu cellulaire du mésothéliome desmoplasique rend compte également de la faible activité métabolique tissulaire quantifiée par la tomographie à émission de

positrons au FDG, technique de rendement habituellement beaucoup plus élevée dans l’exploration des mésothéliomes malins (7).

En conclusion, quelles que soient les raisons topographiques, histologiques ou autres qui ont rendu difficile l’identification de la tumeur, la seule certitude que la simple clinique n’a jamais démentie en était une origine néoplasique. La fréquence des signes de dégénérescence rachidienne observés chez le sujet âgé, la banalisation coupable de l’emploi de l’analgésique morphinique dans la douleur arthrosique, l’espoir non rencontré d’un diagnostic rapide par la réalisation d’examen sophistiqués ont fait oublier la valeur irremplaçable et hiérarchiquement première des caractéristiques sémiologiques de la symptomatologie douloureuse. Car, comme l’a dit de Sèze il y a déjà plusieurs décennies, “la névralgie intercostale est un diagnostic que le médecin ne saurait porter sans l’accompagner au moins d’une sérieuse réserve mêlée d’inquiétude” (8).

BIBLIOGRAPHIE

1. Treves R.— Dorsalgie, orientation diagnostique. *Rev Prat (Paris)*, 1991, **41**, 1513-1516.
2. Bontoux D, Azais I.— Cancer secondaire des os. Clinique et épidémiologie, in *Cancer secondaire des os*, Bontoux D, Alcalay M, Eds. Expansion Scientifique Française (Paris), 1997, 19-27. Alcalay M.
3. Atlas of tumor pathology.— *Tumors of the serosal membranes*. Battifora, McCaughey Eds. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, DC, 1994.
4. Menzies R, Charbonneau M.— Thoracoscopy for the diagnosis of pleural disease. *Ann Intern Med*, 1991, **114**, 271-276.
5. Hucker J, Bhatnagar NK, Al-Jilaihawi AN, et al.— Thoracoscopy in the diagnosis and management of recurrent pleural effusions. *Ann Thorac Surg*, 1991, **52**, 1145-1147.
6. Boutin C, Rey F, Gouvernet J, et al.— Thoracoscopic diagnosis and staging of pleural malignant mesothelioma : a prospective study of 188 consecutive patients. *Cancer*, 1993, **72**, 389.
7. Schneider DB, Clary-Macy C, Challa S, et al.— Positron emission tomography with F18-fluorodeoxyglucose in the staging and preoperative evaluation of malignant pleural mesothelioma. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2000, **120**, 128-133.
8. de Sèze S, Guérin Cl.— Diagnostic d’une douleur thoracique (douleur thoracique et “névralgie intercostale”). in *Le diagnostic en Rhumatologie*, de Sèze S., Ryckwaert A. Eds. Masson, Paris, 1978, 264-269.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. M. Malaise, Service de Rhumatologie, Département de Médecine interne, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.