

Examen clinique d'une dorsalgie haute



Journées médicales du Havre

2014

Définition

La dorsalgie haute concerne une région située entre l'épineuse de C7 et les pointes des omoplates.

La dorsalgie peut être aiguë et traduire un dorsago, une chondrocalcinose, une hernie discale dorsale, une spondylodiscite à germes banals ou une méningoradiculite à tiques.

La dorsalgie peut-être chronique, « commune », et c'est à cette dorsalgie que nous allons nous intéresser, une fois éliminées, l'hyperostose engainante vertébrale, la dystrophie vertébrale de croissance chez l'adolescent, le mal de Pott et la spondylarthrite ankylosante.

Et, comme devant toute rachialgie, on s'attachera à différencier une douleur vertébrale commune d'une douleur vertébrale symptomatique d'une autre affection.

De nombreux pièges

La dorsalgie commune de l'adulte est certainement aussi fréquente que difficile à diagnostiquer.

De nombreuses affections viscérales peuvent être cause de douleurs médio-dorsales interscapulaires, au moins au début.

Les affections pancréatiques, notamment cancéreuses, donnent des douleurs dorsales, ainsi que certains ulcères gastriques ou duodénaux. Des affections pleuro-pulmonaires, cardiaques ou aortiques peuvent se manifester pendant un certain temps par des dorsalgies isolées.

Une maladie de Kahler, une métastase vertébrale ou un tassement, suspect à cet étage, peuvent provoquer pendant un temps une dorsalgie d'allure commune. Enfin, ne jamais oublier la possibilité d'un zona, au début.

C'est dire l'importance d'une culture médicale de l'interrogatoire et du recours ciblé aux examens complémentaires, au moindre doute.

L'interrogatoire

C'est un temps essentiel de l'examen.

- Il précisera, bien sur, l'ancienneté des troubles mais surtout les conditions de survenue, l'horaire de la douleur, les circonstances aggravantes, ce qui la soulage, enfin et surtout, sa localisation précise.

- **S'agit-il d'une douleur isolée ?**

- Irradiation latérale ou antérieure, cervicalgie associée, coexistence de céphalées uni ou bilatérales, de brachialgies et si oui de quel trajet ?

- Ne pas oublier que la manière d'exposer son problème et de répondre aux questions permettront également de cerner, chez un patient, l'existence d'un contexte psychologique particulier ou d'un état névrotique dont le rôle est essentiel dans l'origine ou l'entretien d'une dorsalgie.

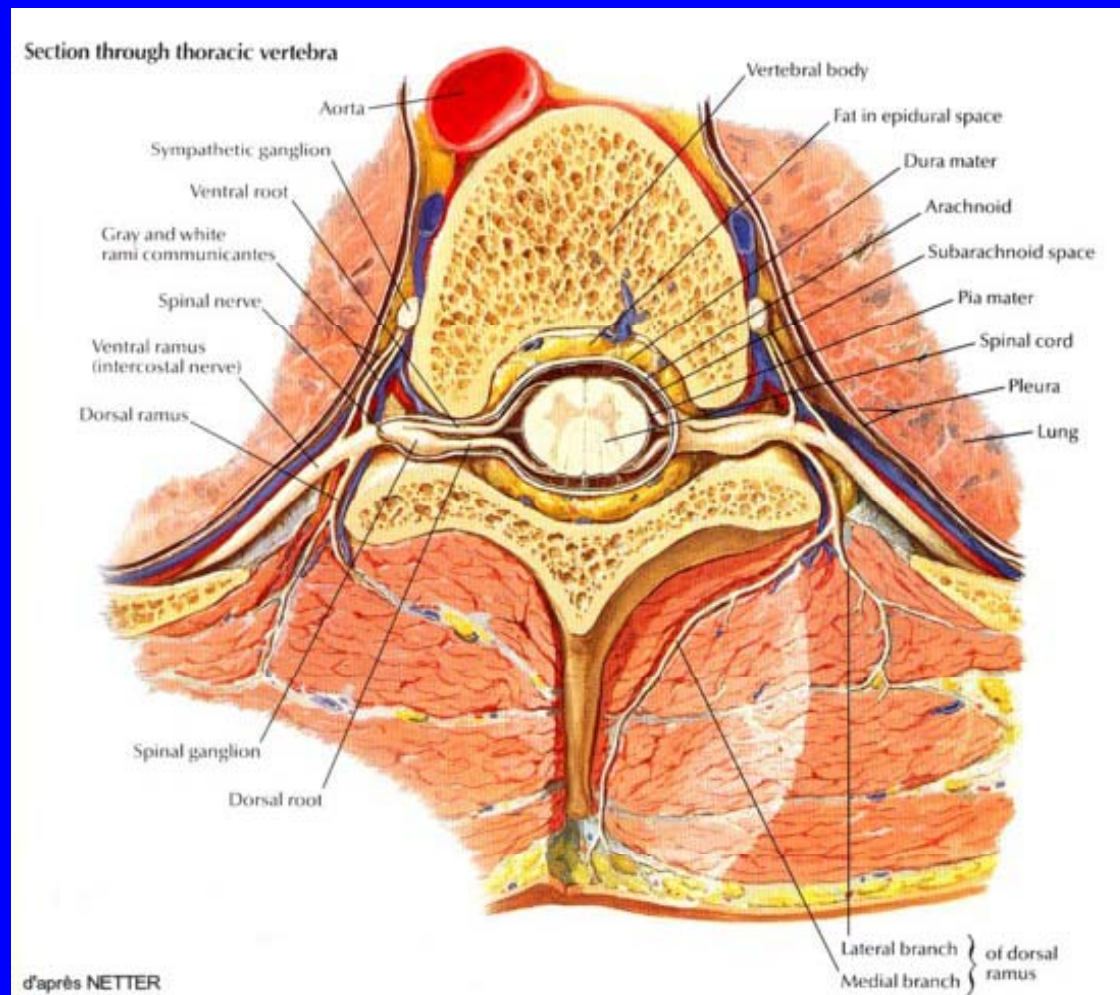
L'examen clinique, orienté par les résultats de l'interrogatoire, doit tendre à retrouver l'élément qui souffre.

L'examen statique, de dos, précise la position des pointes d'omoplates et la verticalité de la ligne des épineuses. L'examen de profil objective le degré de cyphose (régulière ou angulaire) ou l'existence d'un dos plat.

L'examen dynamique est pauvre au niveau dorsal supérieur, l'existence des côtes est responsable d'une très faible amplitude des mouvements.

Et, quand arrive le temps de la palpation, c'est la peau qui se présente d'emblée à l'examineur. Il s'agit d'un organe richement innervé et, au niveau dorsal, par les branches postérieures des nerfs rachidiens. Il est donc intéressant, au plan topographique, de localiser ces souffrances cutanées appelées cellulalgies.

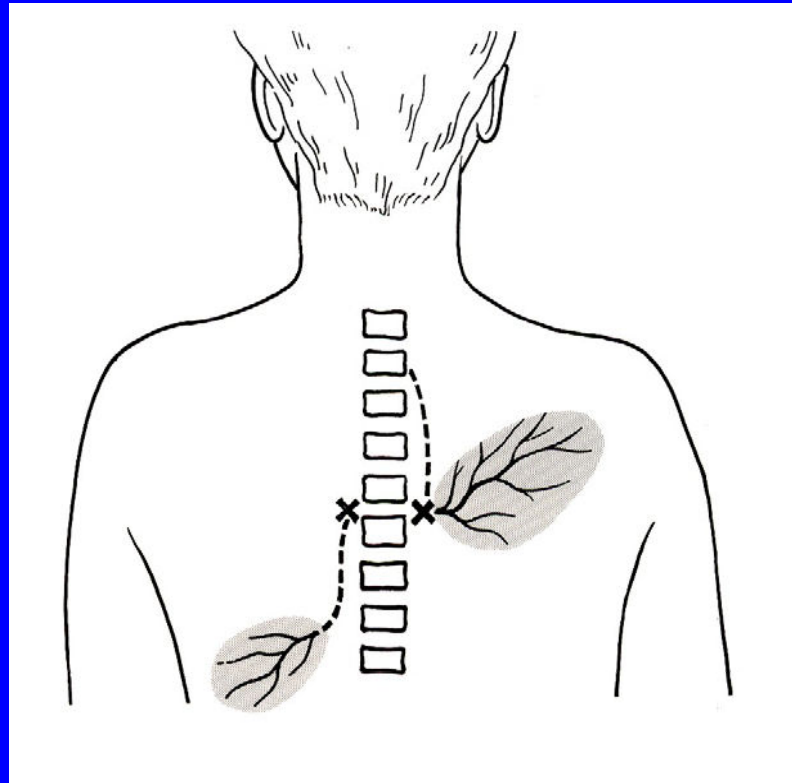
Ces cellulalgies s'objectivent par un épaissement douloureux du pli cutané à la manœuvre du « pincé-roulé » .



La branche postérieure du nerf rachidien s'individualise à la sortie du foramen. Elle est en rapport étroit avec l'articulation postérieure intervertébrale puis se divise en un rameau latéral destiné à l'innervation musculaire et un rameau médial, essentiellement cutané. C'est l'irritation de cette branche postérieure qui se traduit par une cellulalgie

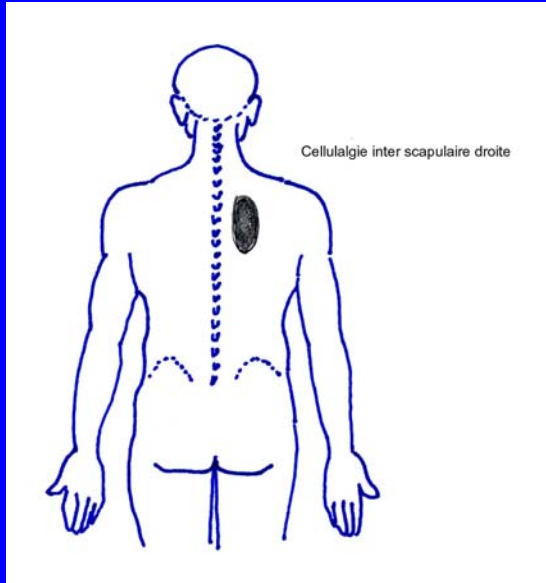
Le site de la zone cellulalgique peut constituer un piège.

Au niveau dorsal, les rameaux antérieurs ont une direction oblique vers le bas et l'avant. Les rameaux postérieurs n'échappent pas à la règle.



L'origine de la cellulalgie est donc à rechercher 4 ou 5 étages au dessus.

Une cellulalgie très particulière



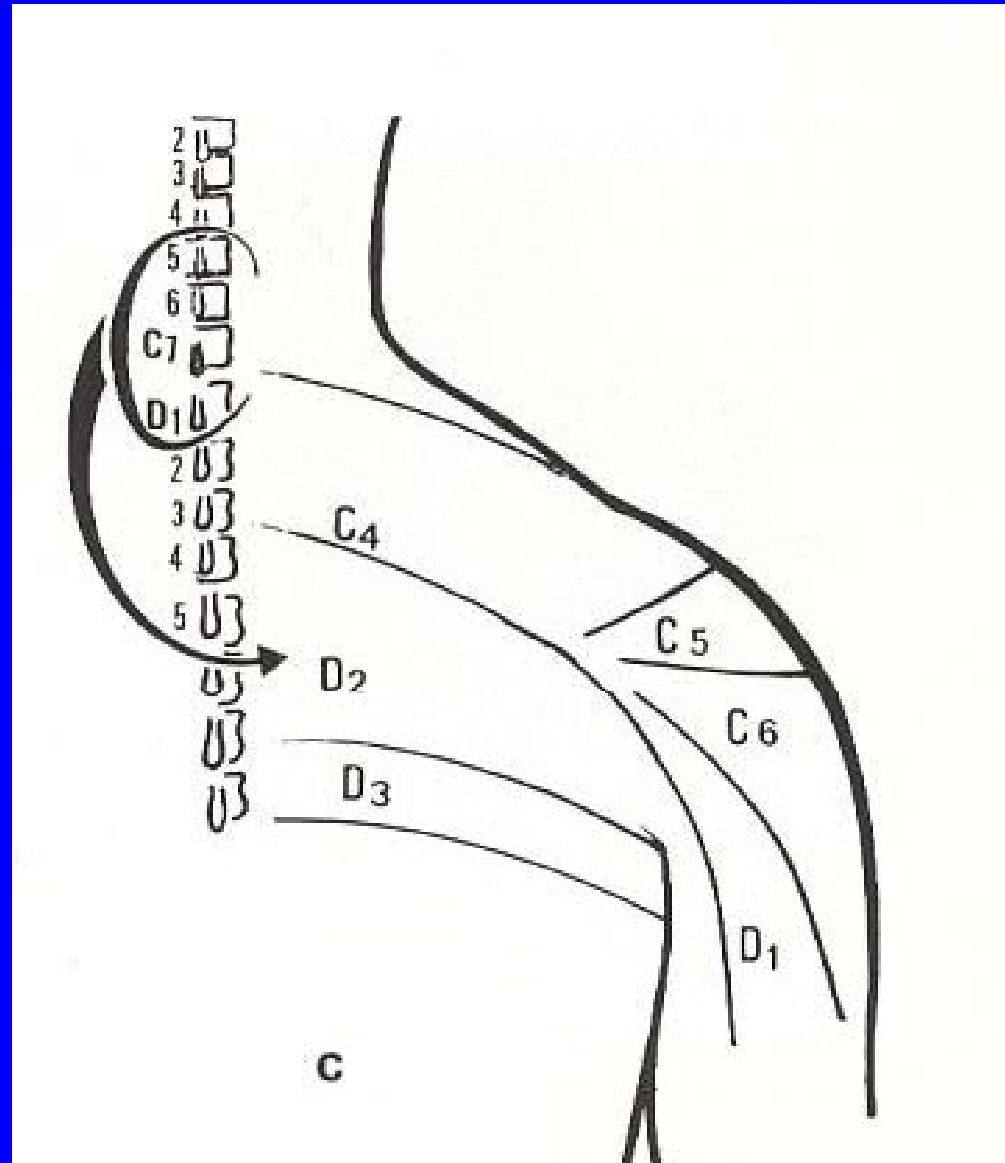
En regard de **T5/T6**, à 1 ou 2 cm de la ligne médiane, une pression ferme et continue réveille, parfois, une douleur circonscrite qui peut reproduire la douleur du patient.

En regard de cette zone, la manœuvre du pincé-roulé peut révéler une cellulalgie circonscrite qui n'existe pas de l'autre côté. C'est le point cervical de **MAIGNE**

Lorsque cette association est retrouvée, elle traduit une irritation des branches postérieures de C5, C6 ou C7, qui plaide pour une origine cervicale à cette dorsalgie haute.



Tout se passe comme si le rameau cutané de **T2** (et peut être celui de **T3**) regroupait le contingent des rameaux cutanés cervicaux inférieurs manquants au dessous de **C4**.



Dans ce cas, l'examen du cou s'impose.



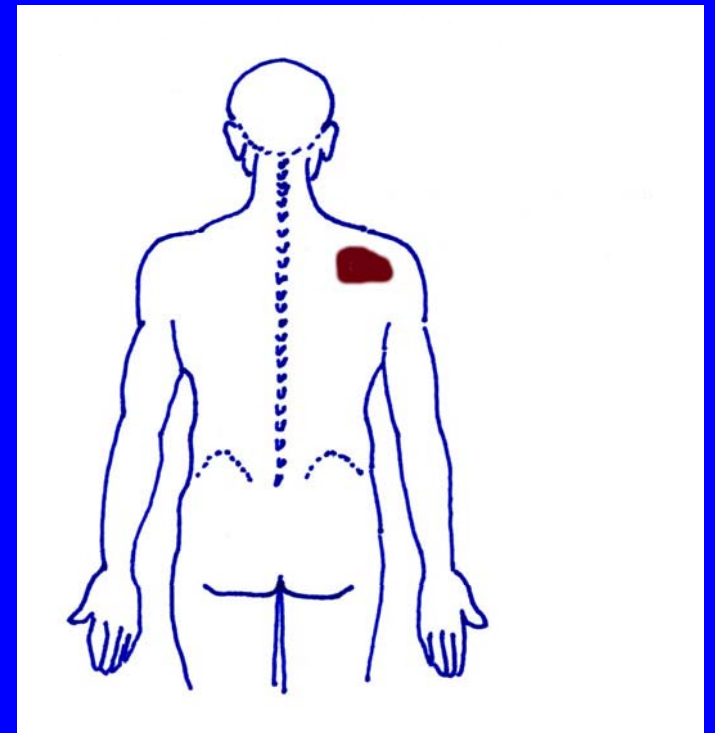
À condition qu'il soit réalisable...

Les autres cellulalgies.



La cellulalgie **C3/C4** surplombe le chef supérieur du trapèzius, elle est responsable d'une sensation de brûlure permanente. Elle impose l'examen du rachis cervical.

La cellulalgie **C6** est retrouvée en parcourant, par un pincé-roulé, la fosse de l'infraspinatus. Elle s'accompagne des signes de souffrance du métamère C6, à rechercher. Cette cellulalgie impose l'examen du rachis cervical.



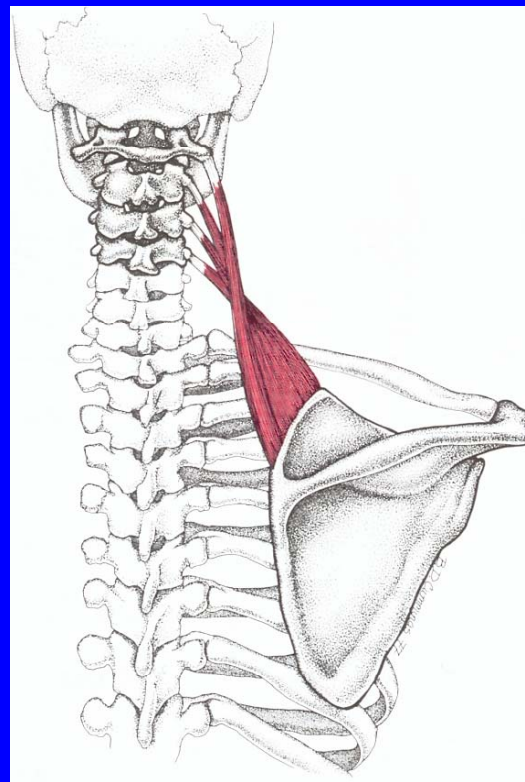
Si l'examen de la peau n'est pas suffisamment contributif l'examen des muscles s'impose.



Le chef supérieur du Trapèzius peut être douloureux, siège d'une contracture. On se souviendra qu'il est innervé par le **nerf Spinal et un rameau postérieur de **C2**. Il sera utile d'examiner le rachis cervical supérieur**

Les Rhomboïdeus (minor et major) sont de palpation facile au bord médial de la scapula. Ils sont innervés par **C4 et souffrent en cas d'irritation de C4 homolatéral.**





Il est aisé de palper le tendon du **M levator scapulae** à l'angle médial et supérieur de la scapula. Il est innervé par **C4**.

L' **infraspinatus** se palpe facilement sous l'épine de la scapula. Il est innervé par **C6**.



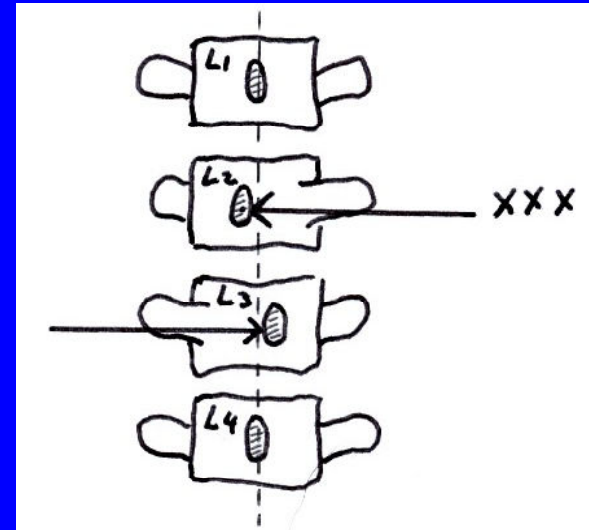
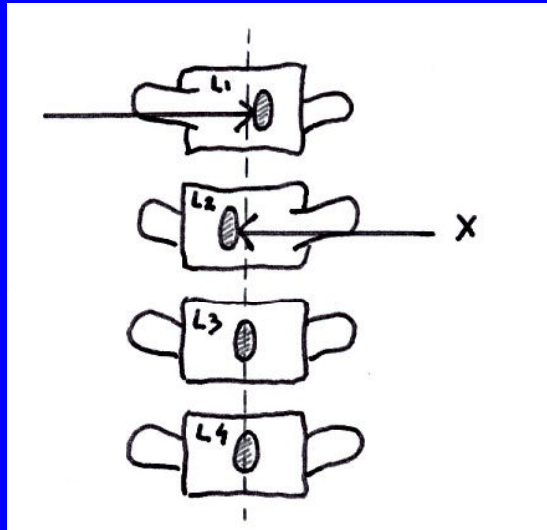
La palpation des épineuses est indiquée

Si la dorsalgie est médiane et si la cellulalgie est située au dessous de T5/T6.

Il s'agira de pratiquer une pression axiale qui peut réveiller une douleur qu'il faudra distinguer de la sensibilité d'une apophysite épineuse.



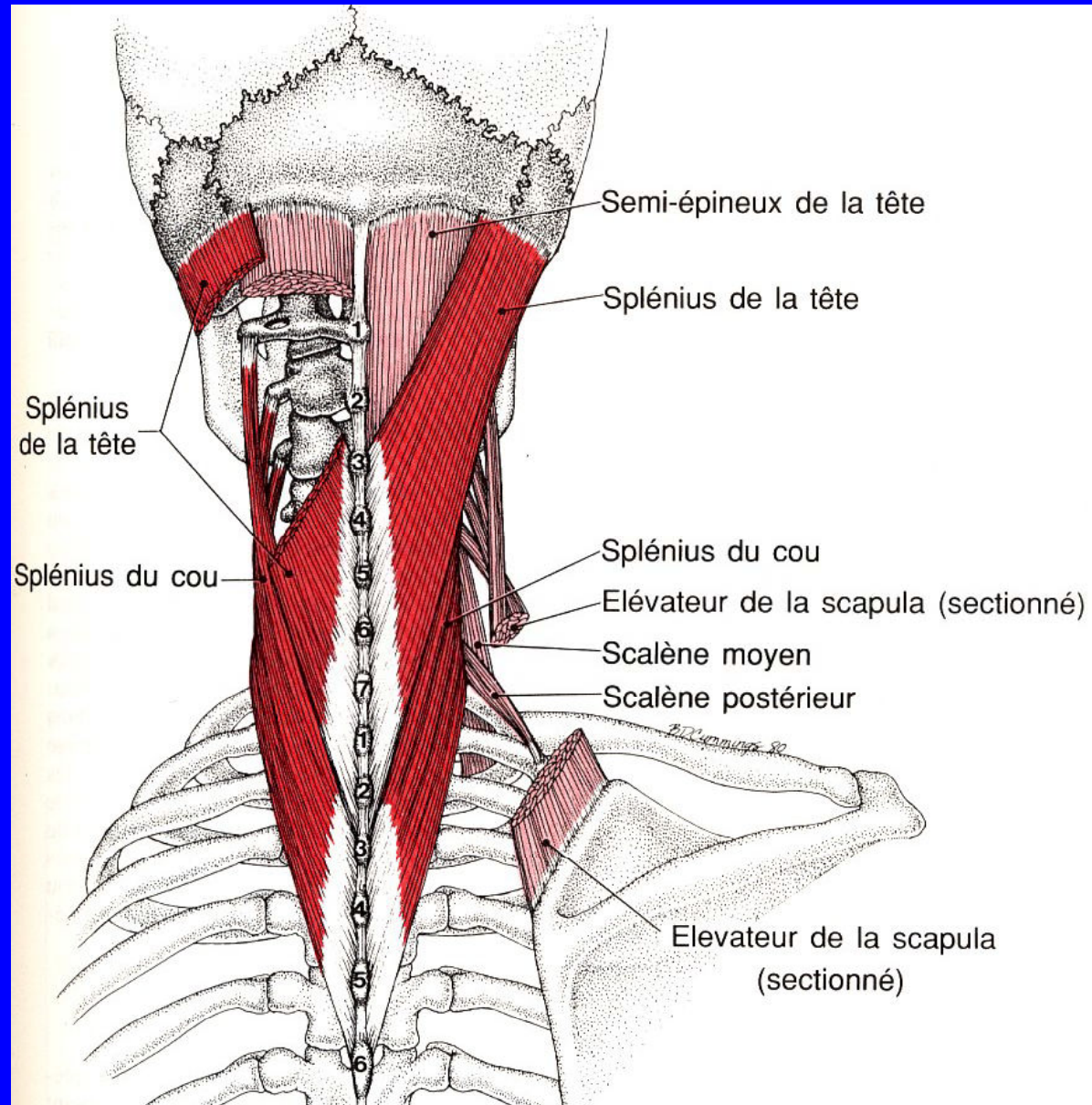
Et en cas d'anomalie à la pression axiale, la pratique d'une pression latérale contrariée est justifiée pour préciser le niveau responsable.



Le piège dans cette technique c'est la douleur de la face latérale des épineuses T4 ou T5.



Qui correspond aux insertions basses du **splénius cervicis**, innervé par les rameaux postérieurs des deuxièmes et troisièmes nerfs cervicaux.



L'examen des apophyses épineuses ne serait pas complet sans une recherche d'une souffrance du ligament inter épineux.



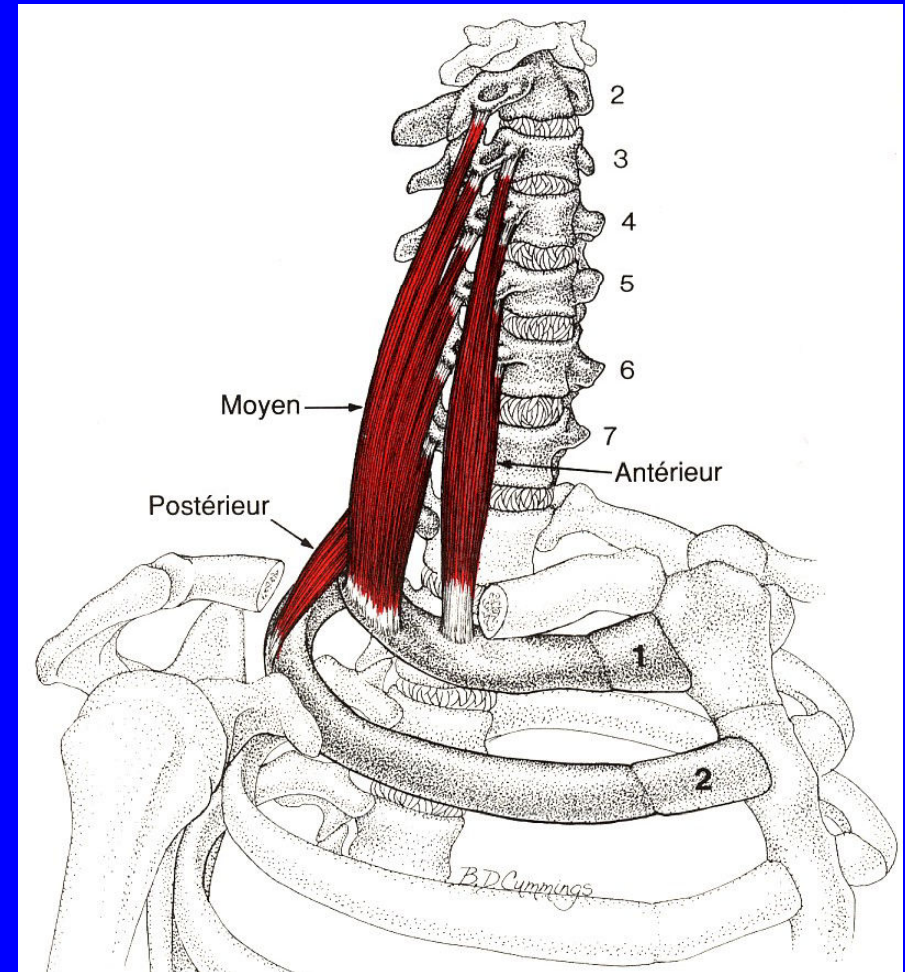
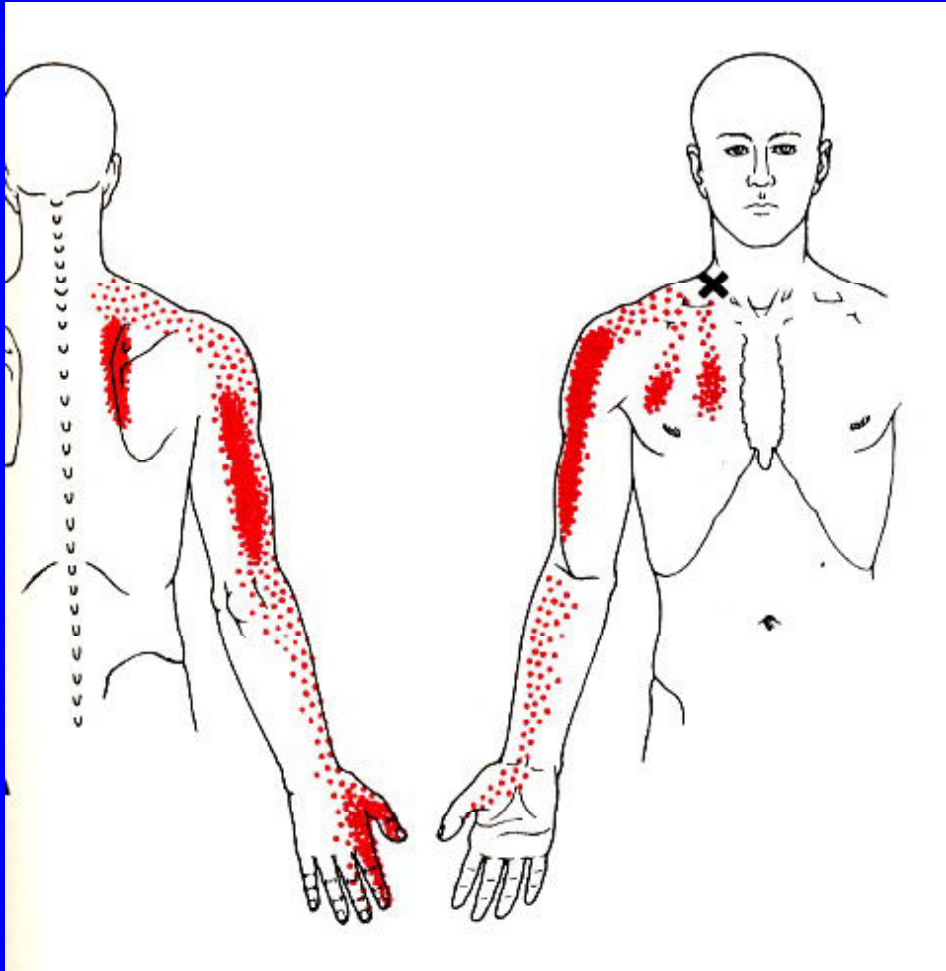
L'irritation de ce ligament, très fréquente au sommet de la courbure dorsale, est recherché, au mieux, à l'aide d'une clef. Il s'agit là d'une pathologie trompeuse et de traitement facile.

Quelque fois, l'examen de la peau, des muscles et des reliefs épineux ne permet pas de retrouver la douleur du patient.

Il faut, alors, évoquer la possibilité d'une **douleur référée**, telle que l'ont décrite TRAVELL et SIMONS.

- C'est une douleur provenant d'un point détente mais ressentie dans une zone éloignée, souvent totalement séparée de son origine.
- La zone de douleur référée est, de manière reproductible, spécifique de son point d'origine (donc de son muscle d'origine).
- La distribution d'une douleur référée coïncide rarement avec le territoire d'innervation d'un nerf périphérique ou avec un dermatome.

La douleur référée siégeant au bord axial de l'omoplate est d'origine scalénique.



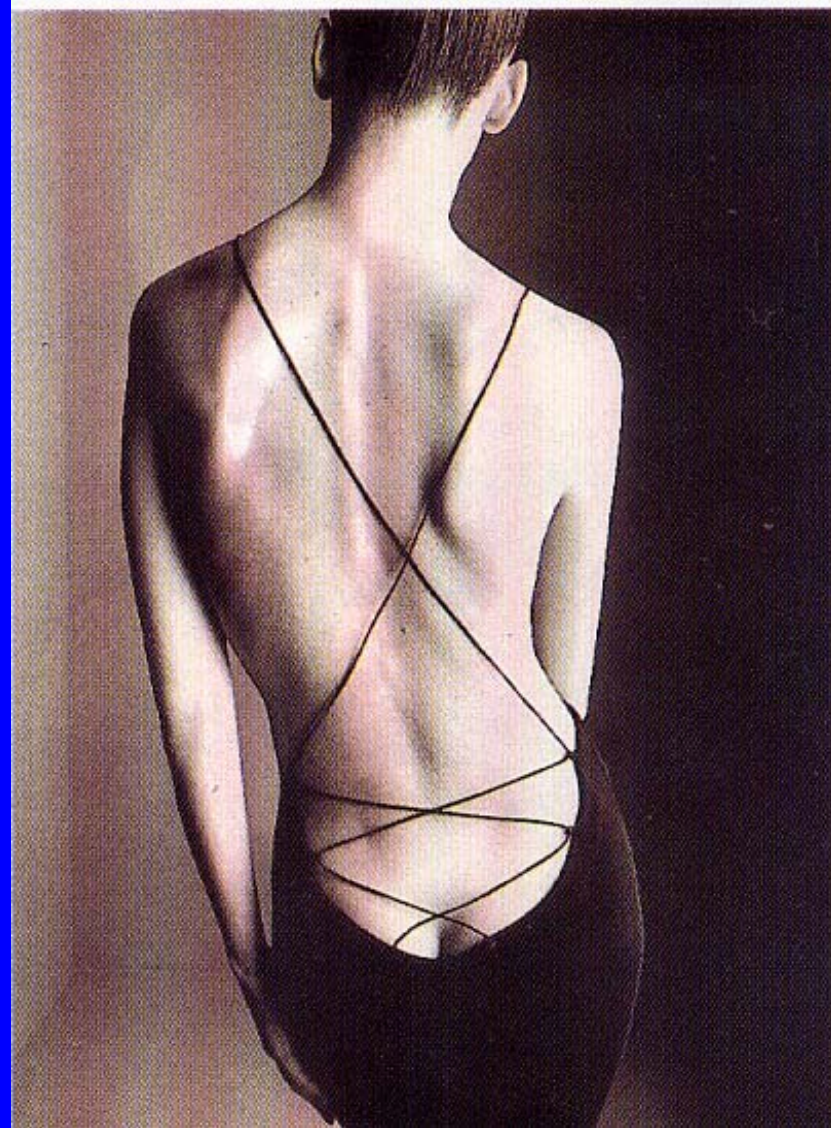
Au terme de cet examen, une dorsalgie symptomatique a été éliminée.

Le diagnostic de dorsalgie commune est fortement suspecté et, si des examens complémentaires sont utiles ils seront parfaitement « ciblés ». Il est intéressant de constater que les causes de dorsalgies hautes purement d'origine dorsale sont rares. En revanche, c'est une région qui exprime beaucoup de souffrances cervicales.



Enfin, au plan pratique, retrouver la douleur du patient et la réveiller par l'examen manuel est un préalable incontournable à la recherche du diagnostic.





Je vous remercie de votre attention