

## SYNDROME PARIÉTAL THORACIQUE - Revue de 300 patients consécutifs de l'étude TOPIC

F. Verdon, B. Burnand, L. Herzig et B. Favrat (Lausanne)

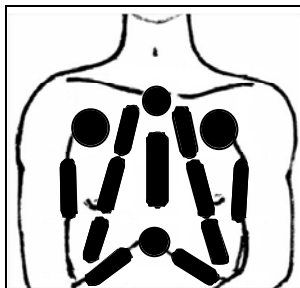
Swiss Medical Forum 2004;17: s55

**Objectif** : Décrire les caractéristiques et l'évolution à un an du syndrome pariétal thoracique (SPT) comprenant les douleurs thoraciques d'origine musculosquelettique.

**Méthode** : 56 médecins praticiens incluent et suivent prospectivement durant 1 an 672 patients (p) ambulatoires consécutifs présentant une douleur thoracique. Parmi eux 300 p présentent un SPT dont les caractéristiques incluant la localisation de la douleur et les corrélations cliniques sont rapportées.

**Résultats** : Un diagnostic de SPT est posé dans 1.3% de 24 000 consultations, moitié motif de consultation, moitié plainte d'accompagnement. Il affecte toutes les classes d'âge avec un sexe ratio de 1. En général la douleur est légère ou modérée, bien localisée, intermittente durant des heures ou des jours, accentuée par une position ou un mouvement, mais 15 p consultent en urgence pour une précordialgie aiguë et intense et/ou une irradiation dans le bras gauche (29 p) suggérant une affection coronarienne. 210 p ont mal en un seul point du thorax, le plus souvent dans l'hémithorax gauche et un syndrome précis est identifié chez 195 p (tab I). Chez 88 autres p la douleur intéresse une région plus étendue du thorax. L'étiologie est le plus souvent indéterminée mais le SPT est associée à une toux ou une dyspnée (11%), une fibromyalgie (3%), une thoracotomie précédente (3%) ou à d'autres causes (8%). Le SPT inquiète ouvertement 58% des p et, réciproquement, il peut apparaître dans un contexte de tension ou de détresse (13%) rendant la distinction difficile. Le SPT peut coexister avec d'autres affections susceptibles de causer des douleurs thoraciques. Ainsi 15 des 92 p de plus de 60 ans souffrent d'insuffisance coronarienne. Peu d'exams sont réalisés parce que les caractéristiques de la douleur et sa reproduction par palpation sont les clés du diagnostic. Cependant la sensibilité de la paroi manque chez 47 p. Un traitement (médicament, physiothérapie) n'est jugé nécessaire que chez 92 p et 69 p seulement seront revus uniquement pour le SPT. Durant l'année de suivi, le diagnostic de SPT est modifié chez 16 p en oesophagite (7 p), anxiété/somatisation (4 p), angor (3 p) ou cancer bronchique/métastases (2 p) soit les principaux diagnostics différentiels des SPT. L'évolution à un an est favorable (une hospitalisation mais aucun décès liés au SPT) mais les récurrences sont fréquentes.

**Conclusions** : Le SPT est une cause majeure de douleur thoracique en médecine de premier recours. Bénin mais cause d'anxiété, il peut être associé ou confondu avec des affections plus graves, notamment coronariennes et néoplasiques.

	Tab I Occurrence des différents syndromes pariétaux thoraciques (nb de patients)				
	DROIT	MEDIAN	GAUCHE		
S. pectoral	6	S. sternal haut	6	S. pectoral	40
S. costochondral supérieur	2			S. costochondral sup.	17
S. axillaire	5	S. sternal	28	S. axillaire	13
S. costochondral moyen	4			S. costochondral moyen	37
S. costochondral inférieur	6	Xyphoïdalgie	6	S. costochondral inf.	16
S. du rebord costal	5			S. de rebord costal	6