

UE11 : Appareil Locomoteur
Chargé de TD : Dr Pascal Richette
Le 07/03/2017 à 8h30
Ronéotypeur : Maud d'ABOVILLE
Ronéoficheur : Alice de MARTIN

ED 4 Appareil Locomoteur
Sémiologie rhumatologique du membre
supérieur, coude/poignet/doigts/sémiologie
abarticulaire

- Le prof a accepté de relire le cours. Les modifications éventuelles seront postées sur la page de la promo. Si vous voulez lui posez des questions, voici son mail : pascal.richette@aphp.fr
- Le prof a souligné les notions importantes et tombables, qui sont toutes signalées dans la fiche

SOMMAIRE

- I. Généralités sur l'examen en rhumatologie**
 - 1. Interrogatoire**
 - a. Douleur/raideur : 2 grands types**
 - b. La douleur**
 - 2. Palpation**
 - 3. Mobilités**
 - 4. Examen extra-articulaire**

- II. Examen abarticulaire**
 - 1. Triade diagnostique pour une tendinite**
 - 2. Rupture tendineuse**
 - 3. Atteinte ligamentaire**

- III. Examen du coude**
 - 1. Rappels anatomiques**
 - 2. Sémiologie**

- IV. Examen du poignet**
 - 1. Rappels anatomiques**
 - 2. Examen physique**

- V. Examen des doigts**
 - 1. Sémiologie**
 - 2. Exemples**

I. Généralités sur l'examen en rhumatologie

Les 2 piliers de ce cours sont le coude et le Syndrome du Canal Carpien (SCC)

Tout examen clinique d'un patient suit le même schéma :

- Interrogatoire
- Inspection
- Palpation
- Mobilités

1. Interrogatoire

Il s'agit de rechercher les signes fonctionnels. En rhumatologie, il y en a 6 :

- **Douleur** : il s'agit de la 1^{ère} chose verbalisée par un patient lors de la consultation.
- **Gêne fonctionnelle** : il s'agit d'une gêne motrice, d'un réel handicap dans les actions de la vie quotidienne (lacer ses chaussures, rentrer dans sa voiture ...). On peut ne pas avoir très mal, mais être très gêné au quotidien.
- **Raideur** : elle peut être matinale ou apparaître le soir, le patient a du mal à développer ses articulations. Elle caractérise le type de douleur (inflammatoire ou mécanique).
- **Gonflement** : l'articulation peut gonfler suite à une synovite. Il s'agit d'un épanchement de liquide synovial. Dans ce cas, le liquide est prélevé et analysé (La présence de liquide synovial ne signifie pas forcément que la douleur est de type inflammatoire).
- **Blocage**
- **Instabilité**

a. Douleur/raideur : 2 grands types (à connaître par cœur !)

Mécanique « qui s'aggrave à l'effort »	Inflammatoire « qui s'aggrave au repos »
- la douleur maximale est pendant ou après l'effort - elle est améliorée par le repos - il peut y avoir un dérouillage maximal. Dans ce cas, le « cut-off » est inférieur à 30 minutes	- la douleur est maximale au repos (position assise prolongée ou la nuit) - il peut y avoir un réveil nocturne dû à cette douleur - le dérouillage matinal est supérieur à 30 minutes
<u>cause typique</u> : l' arthrose	<u>cause typique</u> : la polyarthrite rhumatoïde

b. La douleur

Il faut la localiser, c'est-à-dire trouver son **point de départ** et rechercher ses **irradiations** :

- Membres / squelette axial
- **Tendons** : ils permettent le mouvement de l'articulation
- Ligaments : ce sont des stabilisateurs
- Muscles : plus à distance de l'articulation
- **Douleurs projetées** : exemple de l'infarctus : la douleur est thoracique mais il peut y avoir des irradiations dans le bras.

Il faut ensuite préciser le mode de survenue (brutal ou progressif), le facteur déclenchant, et l'horaire mécanique ou inflammatoire.

Il est important de suivre l'évolution de la douleur, et ainsi trouver les facteurs aggravants ou soulageant les symptômes.

Enfin, il faut caractériser :

- Le **type** de douleur :
 - peut être dû à un **excès de nociception** : la douleur est articulaire, liée aux tendons, ou à une pathologie musculaire. Le patient ressent alors des crampes, des lourdeurs, des lancements.
 - Elle peut être de type **neurogène**, on parle alors de **douleur neuropathique**. Le patient ressent plutôt des fourmillements, des décharges, des picotements.
- L'**intensité** de la douleur : on utilise l'échelle visuelle analogique (**EVA**) ou l'échelle **numérique** analogique.

2. Inspection

L'examen est toujours comparatif bilatéral. Les signes à rechercher sont :

- **Gonflement** : ne pas oublier de ponctionner le liquide
 - *Rappels* :
 - < 1000 éléments/mm³ → *liquide mécanique*
 - > 2000 éléments/mm³ → *liquide inflammatoire*
 - Il existe une zone d'incertitude entre les deux*
- **Rougeur** : fait partie des signes cardinaux de l'inflammation. Elle témoigne d'une vasodilatation.
- **Déformations**
- **Amyotrophie** : elle peut être liée à une immobilisation prolongée de l'articulation.
- Examen **cutané** : il permet de mieux comprendre le contexte et l'évolution de la zone lésée.
- Examen de la marche

3. Palpation

Il faut rechercher la reproduction de la douleur à la palpation.

Les éléments à palper sont :

- **Tendons**
- **Muscles**
- **Relief osseux**
- **Articulation**

Il faut également rechercher une éventuelle **chaleur** dégagée au niveau de la zone lésée.

Il faut enfin regarder le **gonflement de l'articulation**.

4. Mobilités

Il faut mesurer les amplitudes articulaires dans tous les plans physiologiques avec un **goniomètre**.

Si ces amplitudes sont diminuées, elles sont accessibles à une kinésithérapie.

Il existe **3 types de mobilités** :

actives	passives	contrariées
Le patient bouge lui-même son articulation	Le patient ne fait rien, c'est le médecin seul qui bouge l'articulation	Le médecin force dans le sens de la mobilité recherchée MAIS le patient exerce une résistance

Dans le cas où la mobilité active est diminuée voire inexistante, mais que la mobilité passive reste, il s'agit le plus souvent de lésions tendineuses.

5. Examen extra-articulaire

Il est important de réaliser un examen global du patient car les maladies sont souvent interconnectées entre elles. Il faut rechercher des signes généraux tels que l'**AEG** (asthénie, amaigrissement, anorexie) ou la **fièvre**.

Il faut réaliser un :

- **Examen cutané** : il existe un lien étroit entre les maladies dermatologiques et rhumatologiques. Par exemple le psoriasis (*3% de prévalence en France*) est souvent associé à un problème rhumatologique.
- **Examen neurologique** : un nerf peut être souvent atteint, comme dans le SCC où le nerf médian est comprimé dans sa loge.
- **Examen cardiovasculaire**
- **Examen digestif**
- **Examen ophtalmo**

II. Examen abarticulaire

4. Triade diagnostique pour une tendinite (*à connaître parfaitement !*)

N.B. Bien qu'il y ait le suffixe -ite, la tendinite n'est pas une inflammation du tendon mais consiste en des microdéchirures après une sur-sollicitation. Il s'agit donc d'une cause mécanique.

- Douleur à la **palpation** du tendon
- Douleur à l'**étirement passif** du tendon
- Douleur à la **contraction contrariée** du groupe musculaire du tendon

5. Rupture tendineuse

Lorsque les microdéchirures du tendon sont trop nombreuses, le tendon peut se rompre.

Dans ce cas, la mobilité **passive** est conservée mais celle **active** est limitée.

La résistance contre la **pesanteur** ou la **contrariée** est impossible.

6. Atteinte ligamentaire

Il y a une très grande **instabilité** articulaire. On peut également avoir une **hyperlaxité** sur le plan frontal ou sagittal.

III. Examen du coude

1. Rappels anatomiques

Au niveau du coude, il y a **2 complexes musculaires** :

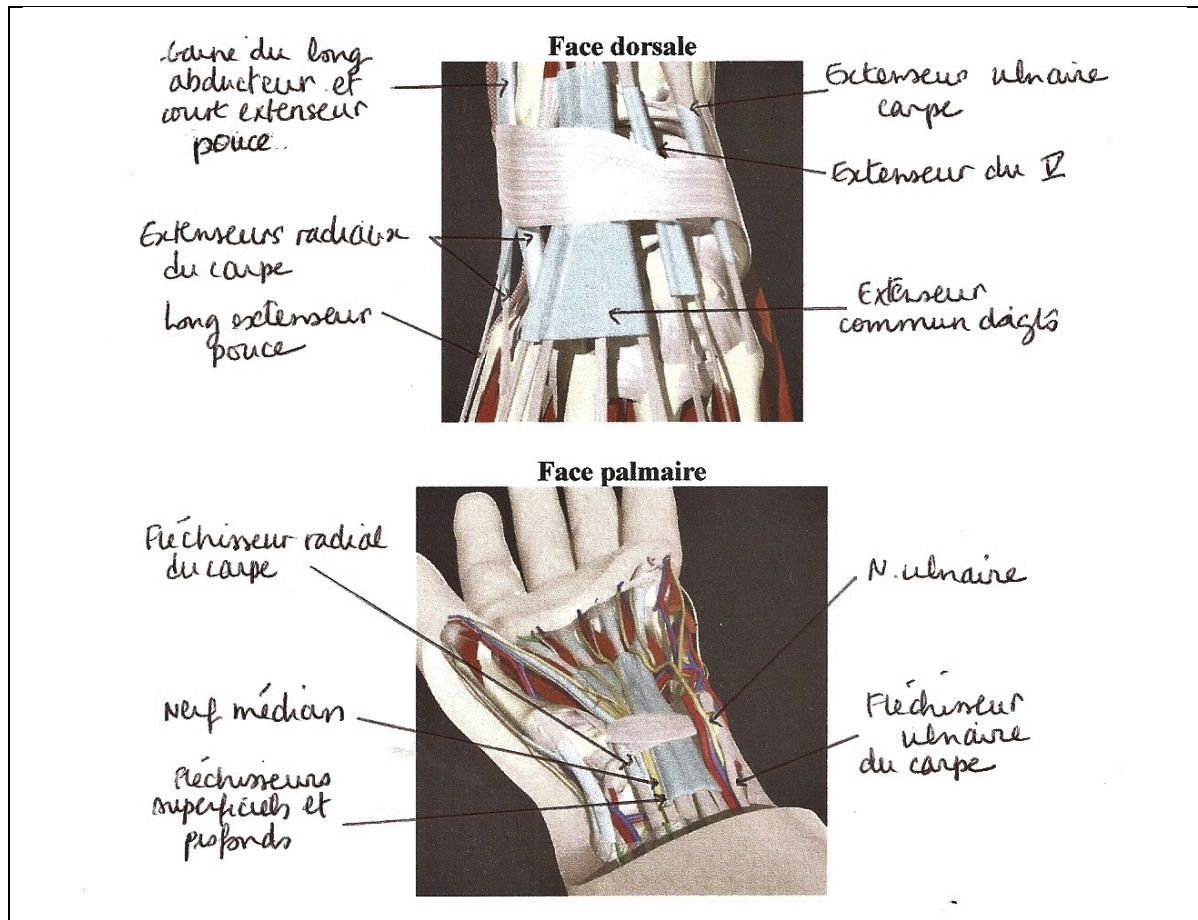
- Les **extenseurs** du poignet, sur la face latérale – les **muscles épicondyliens**
- Les **fléchisseurs** du poignet, sur la face médiale – les **muscles épitrochléens**

2. Sémiologie

<p>Interrogatoire</p>	<p>Concernant la <u>douleur</u>, il faut demander :</p> <ul style="list-style-type: none"> · La localisation · L'horaire · Le retentissement fonctionnel
<p>Inspection</p>	<p><u>Position vicieuse : flessum antalgique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Lorsque le coude ne peut atteindre les 180° d'extension · Cela suggère une maladie de l'articulation <p><u>Epanchement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Il peut être articulaire ou péri-articulaire · Il peut être observé dans les gouttières autour de l'ulna, qui sont comblées en cas d'épanchement <p><u>Examen cutané</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Psoriasis : souvent associé à une maladie rhumatologique, elle forme des lésions érythémato-squameuses · Tophus : dépôt de cristaux dans l'articulation · Nodules rhumatoïdes : observés dans la polyarthrite rhumatoïde
<p>Palpation/mobilités</p>	<p><u>Repérer les reliefs osseux (à connaître par cœur !)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Epicondyle latéral <i>sur lequel s'insèrent les extenseurs</i> · Epitrochlée = épicondyle médial <i>sur lequel s'insèrent les fléchisseurs</i> · Tête radiale, olécrâne et sillons <p><u>Repérer l'épanchement articulaire => On peut le repérer par la palpation</u></p> <p><u>Tester les mobilités : 2 axes (à connaître par cœur !)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Extension (0 – 10°) / flexion (140 – 150°) · Supination (0°) / pronation (170°)
<p>Examen tendino-musculaire</p>	<p><u>Examen d'une épicondylalgie latérale</u> aussi appelée, « tennis elbow » ou « épicondylalgite ».</p> <p>Toujours penser à la Triade diagnostique de la tendinite</p> <ul style="list-style-type: none"> · Douleur d'insertion · Douleur à la contraction contrariée des extenseurs du poignet · Douleur à l'étirement passif par flexion – pronation du poignet, coude en extension <p><u>Examen d'une épitrochléalgie médiale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Douleur d'insertion · Douleur à la flexion contrariée du poignet · Douleur à l'extension + supination passive du poignet
<p>Examen neurologique (à connaître par cœur !)</p>	<p>Le nerf du coude est le nerf cubital = ulnaire. Il passe dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne située en face médiale. Sa compression donne des douleurs neuropathiques, des radiculalgies au bord médial de l'avant-bras et des 2 derniers doigts de la main, et provoque un déficit moteur des interosseux et un déficit sensitif.</p>

IV. Examen du poignet

1. Rappels anatomiques



2. Examen physique

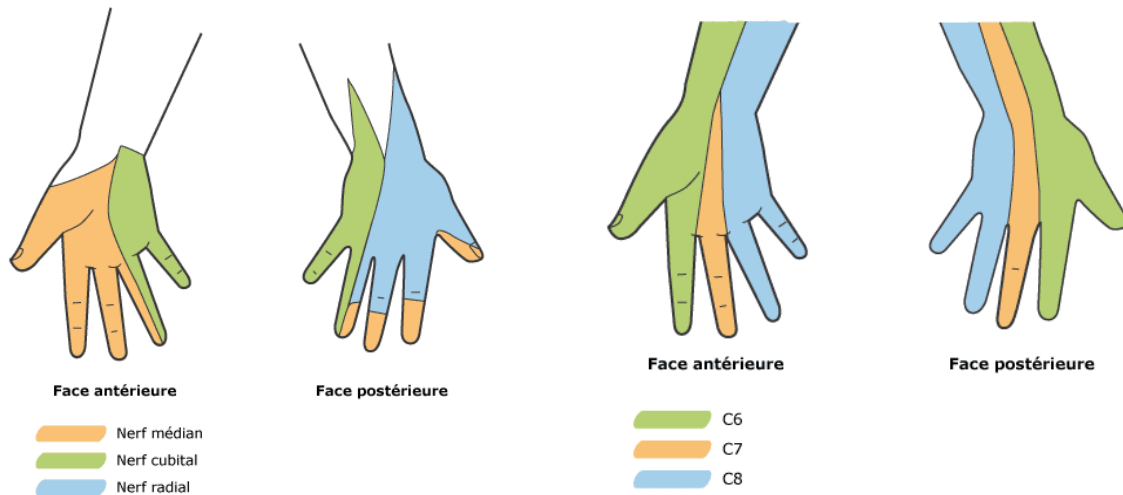
<p>Inspection</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Reliefs osseux normaux des faces dorsales et palmaires · Tuméfactions · Œdème · Kyste synovial · Anomalies de coloration · Amyotrophie : c'est un signe de gravité · Examen cutané
<p>Palpation/mobilités</p>	<p><u>Palper</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Les structures osseuses · Les structures musculo-tendineuses <p><u>Tester les 5 mobilités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Flexion 80° · Extension 70° (90° en passif) · Abduction 15° · Adduction 40° · Pronation/supination

3. Syndrome du canal carpien (SCC) (à parfaitement maîtriser 😊)

La main est innervée par différents nerfs. Chacun innerve un territoire bien spécifique. En fonction de la localisation de la douleur, on va donc pouvoir retrouver le nerf compressé.

Connaître l'image de gauche

Territoire sensitif et diagnostic différentiel



Le SCC est caractérisé par une **compression du nerf médian**. Il se manifeste principalement par des fourmillements, un engourdissement dans les 3 premiers doigts de la main. La gêne peut être telle qu'elle peut provoquer un réveil nocturne. Il touche typiquement la femme ménopausée. S'il n'est pas pris en charge assez rapidement, il peut se compliquer par une **amyotrophie de la loge des muscles thénariens**, qui est innervée par le nerf médian.

2 manœuvres à connaître

- **Manœuvre de Tinel** : à l'aide d'un marteau réflexe, on tape doucement le nerf médian au niveau du poignet. Cette percussion réveille la douleur en cas de SCC.
- **Manœuvre de Phanel** : il s'agit d'une flexion forcée du poignet, par le médecin. Après une trentaine de secondes, la douleur doit survenir.
- Manœuvre de Phanel inversé (moins importante)

V. Examen des doigts

Les tendons des fléchisseurs et des extenseurs sont plaqués à l'os grâce à des poulies.

1. Sémiologie

Inspection	a. Nodosités
	<p>Ce sont de petites déformations anatomiques au niveau de l'IPP et de l'IPD. Elles sont typiquement retrouvées dans l'arthrose.</p> <p><u>2 types</u> sont à connaître :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Nodosités d'Heberden : dans l'IPD accompagné d'une désaxation des os car les nerfs collatéraux sont défailants.

<p>Inspection (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Nodosités de bouchard : dans l'IPP <p>L'arthrose de la base du pouce s'appelle l'arthrose de la trapézo-métacarpienne, aussi appelée la rhizarthrose.</p> <p>b. Déviations articulaires</p> <p>c. Examen cutané</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psoriasis ? - Tophus ? - Nodules rhumatoïdes - Hippocratisme digital - Syndrome de Raynaud - Télangiectasies péri-unguéales - Mégacapillaires <p>La main est également le siège d'arthrite</p> <ul style="list-style-type: none"> · On a donc la présence des 5 signes cardinaux de l'inflammation · La ponction du liquide est difficile en raison de la taille de l'articulation <p><i>(Syndrome de Raynaud non traité)</i></p>
<p>Palpation/ mobilités</p>	<p><u>Rechercher les signes d'arthrite ou de synovite</u> Il faut palper au niveau de la MCP, de l'articulation IPP et de l'articulation IPD</p> <p><u>Faire un examen palmaire</u> Il faut rechercher :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Les cordes aponévrotiques : elles sont dures, fibreuses, plus ou moins larges et épaisses, souvent longitudinales. Elles peuvent être palmaires, aux doigts ou parfois palmant (épaississement du ligament palmant). On peut faire le test de la table : si les doigts restent en flexion lorsque le poignet est en extension, le patient a probablement des cordes aponévrotiques. · Les nodules sur l'aponévrose palmaire · Un éventuel blocage en flexion

2. Exemples

La maladie de Dupuytren est une rétraction aponévrotique entraînant la rétraction des doigts.

La ténosynovite de de Quervain

Il y a une atteinte du **long abducteur** du pouce et du **court extenseur du pouce**.

A la base du pouce, on retrouve une **tuméfaction** et une **douleur**.

Encore une fois, il faut penser à la triade clinique de la tendinite :

Y a-t-il une :

- Douleur à la palpation ?
- Douleur à l'étirement ?
- Douleur à la contraction forcée ?

La **manœuvre de la triple flexion** est spécifique à la maladie de de Quervain (*non détaillée par le prof*).

Petit récapitulatif de tout ce qu'il faut savoir

- Savoir différencier la douleur inflammatoire de la douleur mécanique
- Bien avoir en tête le schéma « interrogatoire » (*avec les caractéristiques de la douleur*), inspection, palpation/mobilités
- 1) Concernant le coude
 - Connaître la triade diagnostique de la tendinite
 - Définir et reconnaître les épicondylalgies et les épitrochléalgies
- 2) Concernant le poignet
 - Connaître la ténosynovite de De Quervain
- 3) Concernant les doigts
 - Savoir différencier l'arthrose de l'arthrite
 - Définir les différentes nodosités
 - Définir une aponévrose et les maladies associées

Dédicaaaaaces ♥

A Alice, avec qui j'ai à peu près tout vécu (2 PACES à se supporter, ça finit par souder ;))

A ClemClem et Albane, la team révision, en souvenir de la bouffe grasse (mais bien sympa) de Soizsoiz

A Victoire, Bertille et Félicien

Au BPN, mes petites marraines, vous êtes les meilleures :* Du coup, aux Pompom ! à ce DGT de fou, et au Pimp qu'on va encore gagner cette année #BCats #D&S

A la team Rock&Salsa 2017, à ces repet un peu ... hasardeuses et à notre excursion shopping à 10 à essayer des robes de goûts... douteux ? A Nina, avec qui on croirait presque que la danse latine, c'est facile (en fait, non ^^, c'est que lorsque Nina danse seule ^^) Au Méd'Sing et à sa VP, Nesrine !

A Rolande, maquilleuse et dessinatrice officielle de la fac !

A Maya, Jon, et Théophile (et à sa capacité à nous faire danser sur les Hits 2004 ^^)

A Alexis (qui n'a aucune raison d'ouvrir cette ronéo ^^) mais qui m'a supporté déjà toutes ces années de médecine (tu as vuuuu, je t'ai fait une dédicaaaaace :D :D), merci bien bien ^^

A Marie, Nathalie et Léonie :* parce « qu'à P7 il y a 3 semestres : S1, S2 et S.rattrapages »

A la P2 qu'on va quand même finir par avoir malgré tout !!

