

UE11 : Fiche ED 4

I. Généralités sur l'examen en rhumatologie

Interrogatoire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 Signes fonctionnels : douleur, gêne fonctionnelle, raideur, gonflement (épanchement de liquide synovial), blocage, instabilité ➤ Douleur/raideur : 2 grands types +++ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Mécanique « qui s'aggrave à l'effort »</td> <td style="text-align: center;">Inflammatoire « qui s'aggrave au repos »</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> · La douleur maximale pendant/après l'effort · Améliorée par le repos · Possible dérouillage matinal : «Cut-off» inférieur à 30 minutes <i>cause typique : l'arthrose</i> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> · la douleur est maximale au repos · Possible réveil nocturne dû à cette douleur · Dérouillage matinal est supérieur à 30 minutes <i>cause typique : la polyarthrite rhumatoïde</i> </td> </tr> </table> ➤ Douleur <ul style="list-style-type: none"> • Localisation : Membres/squelette axial, Tendons, Ligaments, Muscles, Douleurs projetées (ex infarctus : la douleur est thoracique mais possibles irradiations dans le bras) • Mode de survenue, facteur déclenchant, évolution, facteurs aggravants/calmants • Type : <ul style="list-style-type: none"> ○ Excès de nociception (crampes, lourdeurs, lancements) ○ Neurogène (fourmillements, décharges, picotements) • Intensité 	Mécanique « qui s'aggrave à l'effort »	Inflammatoire « qui s'aggrave au repos »	<ul style="list-style-type: none"> · La douleur maximale pendant/après l'effort · Améliorée par le repos · Possible dérouillage matinal : «Cut-off» inférieur à 30 minutes <i>cause typique : l'arthrose</i>	<ul style="list-style-type: none"> · la douleur est maximale au repos · Possible réveil nocturne dû à cette douleur · Dérouillage matinal est supérieur à 30 minutes <i>cause typique : la polyarthrite rhumatoïde</i>		
Mécanique « qui s'aggrave à l'effort »	Inflammatoire « qui s'aggrave au repos »						
<ul style="list-style-type: none"> · La douleur maximale pendant/après l'effort · Améliorée par le repos · Possible dérouillage matinal : «Cut-off» inférieur à 30 minutes <i>cause typique : l'arthrose</i>	<ul style="list-style-type: none"> · la douleur est maximale au repos · Possible réveil nocturne dû à cette douleur · Dérouillage matinal est supérieur à 30 minutes <i>cause typique : la polyarthrite rhumatoïde</i>						
Inspection	<ul style="list-style-type: none"> • EXAMEN COMPARATIF BILATÉRAL • 6 signes à rechercher : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gonflement (ponction liquide), rougeur, déformations, amyotrophie (liée à une immobilisation prolongée), examen cutané, examen de la marche 						
Palpation	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher la reproduction de la douleur à la palpation : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tendons, muscles, reliefs osseux, articulation ➤ Chaleur, gonflement 						
Mobilités	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer les amplitudes articulaires avec un goniomètre • 3 types de mobilités : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">actives</th> <th style="padding: 5px;">passives</th> <th style="padding: 5px;">contrariées</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">le patient bouge lui-même son articulation</td> <td style="padding: 5px;">le patient ne fait rien, c'est le médecin seul qui bouge l'articulation</td> <td style="padding: 5px;">le médecin force dans le sens de la mobilité recherchée MAIS le patient exerce une résistance</td> </tr> </tbody> </table> 	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
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					
Examen extra articulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Signes généraux : AEG, fièvre • Examen cutané (psoriasis), neurologique (SCC), cardiovasculaire, digestif, ophtalmo 						

II. Examen abarticulaire

1. **Triade diagnostique pour une tendinite** (= micro-déchirures)

1. Douleur à la **palpation** du tendon
2. Douleur à l'**étirement passif** du tendon
3. Douleur à la **contraction contrariée** du groupe musculaire du tendon

2. **Rupture tendineuse**

- Mobilité passive conservée VS **mobilité active limitée**
- Résistance contre la pesanteur impossible

3. **Atteinte ligamentaire**

- Grande **instabilité** articulaire, **hyperlaxité** sur le plan frontal ou sagittal

III. Examen du coude

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**

Interrogatoire	<ul style="list-style-type: none"> * Concernant la <u>douleur</u>, il faut demander : <ul style="list-style-type: none"> • La localisation • L'horaire • Le retentissement fonctionnel
Inspection	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Position vicieuse : flessum antalgique</u> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le coude ne peut atteindre les 180° d'extension ⇒ Maladie de l'articulation * <u>Epanchement</u> <ul style="list-style-type: none"> • Articulaire/péri-articulaire • Gouttières autour de l'ulna (comblées en cas d'épanchement) * <u>Examen cutané</u> <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis : associé à une maladie rhumatologique, lésions érythémato-squameuses • Tophus : dépôt de cristaux dans l'articulation • Nodules rhumatoïdes : polyarthrite rhumatoïde
Palpation/ mobilités	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Repérer les reliefs osseux</u> <ul style="list-style-type: none"> • Epicondyle latéral • Epitrochlée = épicondyle médial • Tête radiale, olécrâne et sillons * <u>Repérer l'épanchement articulaire</u> * <u>Tester les mobilités : 2 axes</u> <ul style="list-style-type: none"> • Extension (0 – 10°) / flexion (140 – 150°) • Supination (0°) / pronation (170°)
Examen tendino- musculaire	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Examen d'une épicondylalgie latérale = « tennis elbow » ou « épicondylalgie ».</u> ⇒ <i>Toujours penser à la Triade diagnostique de la tendinite</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur d'insertion 2. Douleur à la contraction contrariée des extenseurs du poignet 3. Douleur à l'étirement passif par flexion – pronation du poignet, coude en extension * <u>Examen d'une épitrochléalgie médiale</u> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur d'insertion • Douleur à la flexion contrariée du poignet • Douleur à l'extension + supination passive du poignet
Examen neurologique (à connaître par cœur !)	<p><i>Le nerf du coude = nerf ulnaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Passe dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne située en face médiale. * Compression provoque : <ul style="list-style-type: none"> • Des douleurs neuropathiques • Des radiculalgies au bord médial de l'avant-bras et des 2 derniers doigts de la main • Un déficit moteur des interosseux et un déficit sensitif

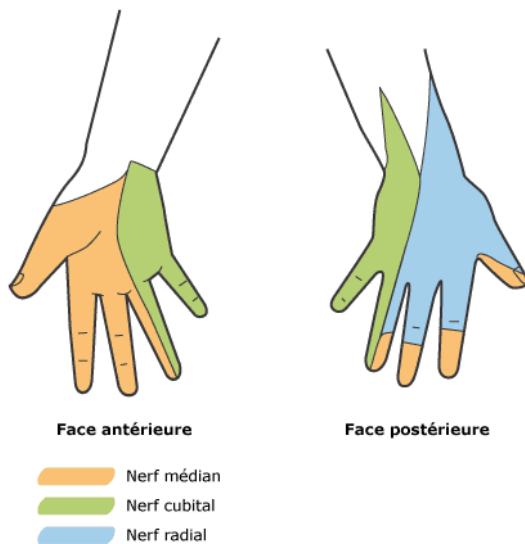
IV. Examen du poignet

- Anatomie du poignet à connaître (*voir cours*)

➤ **Examen physique**

Inspection	<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
Palpation/ mobilités	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Palper</u> <ul style="list-style-type: none"> • Les structures osseuses • Les structures musculo-tendineuses * <u>Tester les 5 mobilités</u> <ul style="list-style-type: none"> • Flexion 80° • Extension 70° (90° en passif) • Abduction 15° • Adduction 40° • Pronation/supination

➤ **Le Syndrome du Canal Carpien** +++



⇒ **Compression du nerf médian**

- Se manifeste principalement par des **fourmillements dans les 3 premiers doigts de la main**, surtout la **nuite** (engourdissement, réveil nocturne).
- Touche typiquement la femme ménopausée.
- Peut se compliquer par une **amyotrophie de la loge des muscles thénariens** (innervée par le nerf médian).

2 manœuvres à connaître :

- **Manœuvre de Tinel** :
 - Avec un marteau réflexe, on tape doucement sur le nerf médian au niveau du poignet.
 - Réveille la douleur en cas de SCC.
- **Manœuvre de Phanel** :
 - Flexion forcée du poignet par le médecin.
 - Après 30 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.

➤ **Exemples**

- **La maladie de Dupuytren** :
 - Rétraction aponévrotique entraînant la rétraction des doigts
- **La ténosynovite de de Quervain**
 - Atteinte du **long abducteur** du pouce et du **court extenseur du pouce**.
 - A la base du pouce, on retrouve une **tuméfaction** et une **douleur**.
 - **Triade clinique de la tendinite** ++
 - *La manœuvre de la triple flexion est spécifique à la maladie de de Quervain*

➤ **Sémiologie**

<p>Inspection</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Nodosités <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Petites déformations anatomiques au niveau de l'IPP et de l'IPD. Elles sont typiquement retrouvées dans l'arthrose. ⇒ <u>2 types</u> sont à connaître : <ul style="list-style-type: none"> • Nodosités d'Heberden : dans l'IPD accompagné d'une désaxation des os car les nerfs collatéraux sont défailants. • Nodosités de Bouchard : dans l'IPP * L'arthrose de la base du pouce = arthrose de la trapézo-métacarpienne ou rhizarthrose. * Déviations articulaires * Examen cutané <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis • Tophus • Nodules rhumatoïdes • Hippocratisme digital • Syndrome de Raynaud • Télangiectasies péri-unguéales • Mégacapillaires * La main : siège d'arthrite <ul style="list-style-type: none"> • Présence des 5 signes cardinaux de l'inflammation <p>N.B. La ponction du liquide est difficile en raison de la taille de l'articulation</p>
<p>Palpation/ mobilités</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Rechercher les signes d'arthrite ou de synovite <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Palpation au niveau de la MCP, de l'articulation IPP et de l'articulation IPD * Faire un examen palmaire <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Il faut rechercher : <ul style="list-style-type: none"> • Cordes aponévrotiques : dures, fibreuses, plus ou moins larges et épaisses, souvent longitudinales. Elles peuvent être palmaires, aux doigts ou parfois palmant (épaississement du ligament palmant). <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Test de la table</i> : si les doigts restent en flexion lorsque le poignet est en extension, le patient a probablement des cordes aponévrotiques. • Nodules sur l'aponévrose palmaire • Blocage en flexion