

Examen ostéo-articulaire

- *Introduction*
- Rhumatologie
- Traumatologie
- Rééducation fonctionnelle : Médecine physique (MPR)
- Médecine interne
-
- *Termes proches*
- Rhumatisme
- Arthropathie
- Arthralgie
- Arthrose

1- INTRODUCTION

Les affections de l'appareil locomoteur:

Un problème de Santé Publique

Les rhumatismes et les traumatismes ostéoarticulaires dans leur ensemble constituent le premier motif de consultation auprès du Médecin Généraliste ou dans les Services d'Urgence.

Chaque année, ils sont source de millions de journées de travail perdues, de milliers de mises en invalidité.

Le vieillissement de la population ne peut qu'aggraver ces chiffres.

Un problème de handicap

Pour celui qui en est atteint, le rhumatisme est un problème de handicap. Le handicap du rhumatisant est particulier car il est douloureux et évolutif :

Il est douloureux et 96 % des consultants de Rhumatologie viennent pour ce motif. C'est dire que le rhumatologue est "le médecin de la douleur" et que le traitement de ce symptôme requiert en soi une connaissance pharmacologique et pratique propre.

Il est évolutif, ce qui veut dire qu'à côté d'une recherche diagnostique, il faudra aussi essayer de fixer un pronostic, ce qui est toujours difficile devant un rhumatisme débutant.

2- OBJECTIFS DE L'EXAMEN CLINIQUE

LES PREALABLES

- 2 manières d'aborder l'examen clinique:

- 3 ensembles
- 2 systèmes topographiques

L'appareil locomoteur (ostéoarticulaire) peut être décrit :

1. en 3 ensembles :

* OS

* articulations (à l'intérieur de la capsule) : membrane synoviale, cartilage, os sous-chondral

* **appareil juxta-articulaire (à l'extérieur de la capsule)** : ligaments, tendons, aponévroses, bourses séreuses.

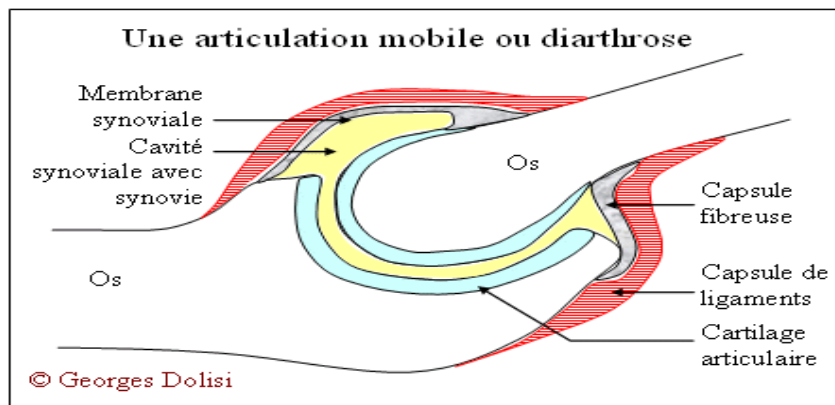
2. en 2 systèmes topographiques

* **axial** : crâne ; tronc : sternum, côtes rachis cervical, thoracique (dorsal), lombaire, sacré ; sacro-iliaques ;

* **périphérique** : ceintures scapulaire (épaules) et pelvienne (hanches), membres.

La topographie des atteintes peut orienter le diagnostic étiologique, par exemple en cas de rhumatisme inflammatoire chronique : la polyarthrite rhumatoïde se traduit par une atteinte périphérique (+ rachis cervical) ; la spondylarthrite ankylosante (spondylarthropathie) par une atteinte axiale (rachis, sacro-iliaques) et/ou périphérique.

L'articulation



3- Interrogatoire

L'interrogatoire du malade en rhumatologie est le premier temps de tout examen, le plus important car le plus riche d'enseignement et pourtant le plus négligé.

- ATCD personnels/familiaux
- Type d'habitat
- Profession:
- Activité sportive et physique

La douleur

La douleur étant le maître-symptôme, c'est elle qu'il faut explorer soigneusement en précisant son siège, en quantifiant son intensité, en définissant son horaire (inflammatoire ou mécanique), en évaluant les traitements antérieurs qui la calment ou non. Le plus souvent, à partir d'éléments anatomiques, il faut formuler des hypothèses précoces afin de pouvoir préciser la topographie de la lésion (articulaire, péri-articulaire, osseuse, musculotendineuse, neurologique, vasculaire ...), ce qui permet d'élargir considérablement le champ de l'interrogatoire.

- Siège
- Uni/bilatérale
- Symétrique/asymétrique
 - Irradiations
 - Mode de début: progressif ou brutal
 - Circonstances d'apparition : spontanée ou non
 - Horaire: mécanique/inflammatoire
 - Type: brûlure, crampes, torsion, broiement
 - Intensité (EVA,)

- Facteurs aggravants ou calmants
- mobilisation, repos
- Médicaments
 - Évolution : continue, poussée

Interrogatoire: signes fonctionnels

- Nombre d'articulations douloureuses, de synovites
- Notion de réveil nocturne
- Durée de dérouillage matinal
- Périmètre de marche (durée, distance)
- Impotence fonctionnel

Douleur mécanique

- Aggravée par l'effort
- Maximale en fin de journée
- Améliorée par le repas
- **Pas de douleur nocturne sauf au changement de position**
- **Pas de raideur matinale**

Douleurs inflammatoire

- Réveils nocturnes surtout en deuxième partie
- Maximale en début de journée
- Dérouillage matinal > 1h
- **Amélioration par les mouvements**

4- Examen physique

Examen clinique toujours comparatif

Examen des articulations

- Inspection
- Palpation
- Mobilité

Examen général

- Température
- AEG

Signes associés

- Myalgies...

Inspection

- Modification de la coloration des téguments
- Tuméfaction articulaire
- Amyotrophie
- Déformation articulaire et
- Attitudes vicieuses

Palpation

- Tuméfaction: consistance
- Dure: déformation
- Spongieuse: épanchement
- Collection adjacente: abcès
- Sensibilité
- Température

Mobilité

- A partir de la position neutre
- Limitation des amplitudes articulaires (passive et active)
- Douleur provoquée
- Mouvement anormaux
- Laxité
- Tiroir

L'examen articulaire, comparatif, sur un malade dévêtu, étudie les mouvements analytiques, les mesures et les consignes.

La fonction

L'impotence fonctionnelle est la somme de la douleur et de la raideur articulaire. Elle s'apprécie à l'aide de questionnaires validés qui explorent par l'interrogatoire le retentissement de cette impotence sur les gestes de la vie quotidienne.

5- Examen général

L'examen général qui termine permet d'inscrire éventuellement ce « rhumatisme » dans un contexte plus vaste.

6- Examens complémentaires

- Biologie
- NFS,
- VS, CRP,
- EPP,
- Ca et albumine
-
- Examen radiologique

7- Ponction articulaire

Tout épanchement articulaire doit être évacué

Recherche:

- Protides (30g/l)
- Cellules et formule (1500/mm³)
- Bactério: direct et culture
- Recherche microcristaux: cristaux d'urate de sodium ou pyrophosphate de calcium

		Arthrose Altération du cartilage	Arthrite Inflammation synoviale
Clinique	Douleur	Mécanique	Inflammatoire
	Tuméfaction	Irrégulière	Diffuse
	Rougeur	0	+
	Chaleur	0	+
Radiologie	Pincement	Localisé	Global
	Géodes	Géodes	Microgéodes
	Condensation	+	0
	Ostéophytose	+	0
Biologie	Syndrome inflammatoire	0	+
	Liquides articulaires	Visqueux < 1500/mm ³	Fluides > 1500/mm ³
		Protides < 30 g/l	Protides > 30g/l