

# Appareil locomoteur

## BASES POUR L'ÉVALUATION DES ARTICULATIONS

L'évaluation des articulations nécessite la connaissance de leur structure et de leur fonctionnement. Apprenez l'anatomie et les repères superficiels de toutes les grandes articulations. Familiarisez-vous avec les termes suivants :

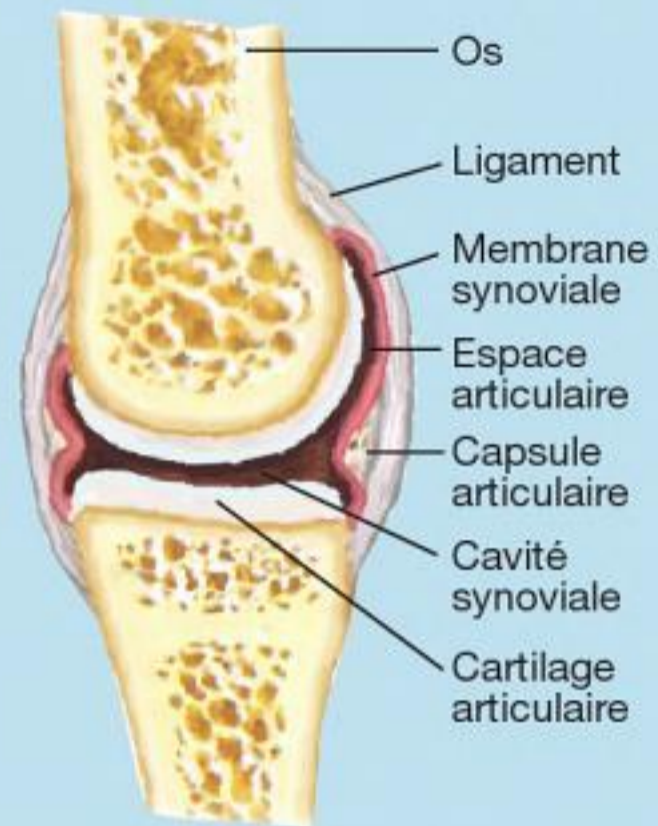
- *structures articulaires* : comprenant la capsule et le cartilage articulaires, la synoviale et le liquide synovial, les ligaments intra-articulaires et les os juxta-articulaires ;
- *structures non articulaires* : comprenant les ligaments, tendons, bourses, muscles, aponévroses, os et nerfs péri-articulaires, et la peau sus-jacente :
  - *ligaments* : faisceaux cordiformes de fibres collagènes qui relie un os à un autre ;
  - *tendons* : fibres collagènes attachant un muscle à un os ;
  - *bourses* : poches de liquide synovial, qui protègent le mouvement des tendons et des muscles sur les os ou d'autres structures articulaires.

Il y a trois grands types d'articulations : synovial, cartilagineux et fibreux, qui permettent des mouvements plus ou moins grands.

## Types d'articulations

### Articulation synoviale

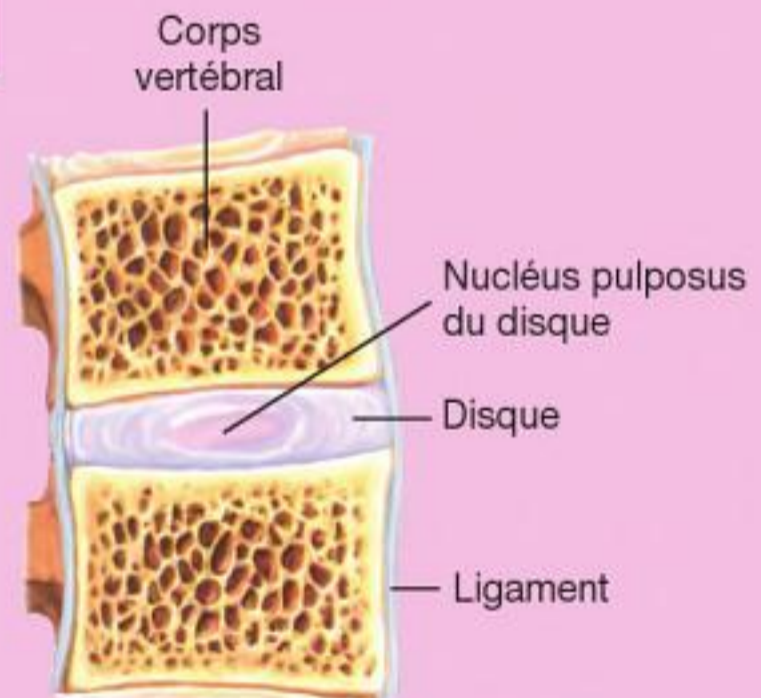
- Librement mobile
- Dont les surfaces osseuses sont séparées par du **cartilage articulaire** et une **cavité synoviale**
- Lubrifiée par du liquide synovial
- Exemples : genou, épaule



SYNOVIALE

### Articulation cartilagineuse

- Peu mobile
- Dont les surfaces osseuses sont séparées par un disque fibrocartilagineux
- Ayant en son centre un *nucleus pulposus*, pour amortir le contact osseux
- Exemple : corps vertébraux



CARTILAGINEUSE

### Articulation fibreuse

- Sans mobilité notable
- Faite de tissu fibreux ou de cartilage
- Sans cavité articulaire
- Exemple : sutures du crâne



FIBREUSE

Revoyez les différents types d'articulation et leurs caractéristiques.

Notez bien que la structure d'une articulation détermine son fonctionnement.

Articulations synoviales			
Type d'articulation	Forme de l'article	Mouvements	Exemple
<b>Sphéroïde (énarthrose)</b>	Surface convexe dans une cavité concave	Grande amplitude : flexion, extension, abduction, adduction, rotation, circumduction	Épaule, hanche
<b>Pivotante (diarthrose trochoïde)</b>	Aplatie, plane	Mouvement dans un plan ; flexion-extension	Interphalangiennes des doigts et des orteils ; coude
<b>Condylienne</b>	Convexe ou concave	Mouvement des deux surfaces articulaires, non dissociable	Genou, articulation temporomandibulaire

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

### Symptômes banals ou inquiétants

- Lombalgie.
- Douleur cervicale (cervicalgie).
- Douleur monoarticulaire ou polyarticulaire (polyarthralgie).
- Douleur articulaire inflammatoire ou infectieuse.
- Douleur articulaire avec des signes généraux, tels que fièvre, frissons, éruption, anorexie, perte de poids, faiblesse.
- Douleur articulaire avec symptômes extra-articulaires.

Le problème est-il *inflammatoire* ou *pas* ? Y a-t-il une *douleur provoquée*, une *chaleur* et une *rougeur* ?

La douleur est-elle d'origine *articulaire*, avec *gonflement*, *raideur*, et *diminution de l'amplitude des mouvements* ?

Y a-t-il une *limitation des mouvements* ?

Recherchez des *symptômes généraux*, tels que de la fièvre, des frissons, une éruption, une anorexie, une perte de poids ou une faiblesse.

Fièvre, frissons, chaleur, rougeur dans l'*arthrite septique* ; pensez aussi à la *goutte* et au *rhumatisme articulaire aigu*

Douleur, gonflement, perte de mobilité active et passive, « blocage », déformation, dans la *douleur articulaire* ; perte de la mobilité active mais pas passive, douleur provoquée en dehors de l'articulation, absence de déformation, dans la *douleur non articulaire*

Raideur transitoire après une période d'inactivité dans le *rhumatisme dégénératif* ; raideur durable dans la *polyarthrite rhumatoïde*, la *fibromyalgie*, la *pseudopolyarthrite rhizomélique*

Fréquents dans le *rhumatisme articulaire aigu*, le *lupus érythémateux aigu disséminé*, la *pseudopolyarthrite rhizomélique* et d'autres arthrites inflammatoires. Fièvre élevée et frissons suggèrent une cause infectieuse

## PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

### Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Alimentation, exercice physique, poids.
- Dos : soulever une charge et biomécanique du dos.
- Prévention des chutes.
- Ostéoporose : dépistage et prévention.

**Alimentation et exercice physique.** Dites aux patients qu'un mode de vie sain est directement profitable au squelette. Une bonne alimentation apporte le calcium nécessaire à la minéralisation et à la densité osseuses. L'exercice physique maintient et peut-être augmente la masse osseuse, et il améliore le pronostic et la gestion du stress. Un poids convenable diminue la charge mécanique des articulations supportant le poids du corps, comme les hanches et les genoux.

**Lombes.** Le « bas du dos » est particulièrement vulnérable, surtout la jonction L5-S1, là où les vertèbres sacrées font un angle postérieur aigu. Environ 60 à 80 % des gens éprouvent des lombalgies au moins une fois dans leur vie. Les exercices visant à renforcer les lombes, notamment en flexion-extension et les exercices de maintien en forme paraissent également efficaces. Une formation portant sur les façons de soulever, les positions et la biomécanique des lésions, est souhaitable chez les infirmières, les conducteurs d'engin et les travailleurs du bâtiment.

**Prévention des chutes.** Aux États-Unis, les chutes sont la première cause de blessures non mortelles et expliquent la spectaculaire élévation de la mortalité à partir de 65 ans. Les facteurs de risque comprennent l'instabilité de la marche, le déséquilibre postural, la diminution de la force, les déficits cognitifs et la démence, les déficits visuels et proprioceptifs, et l'ostéoporose. Incitez les

patients à remédier à un éclairage insuffisant, un escalier sombre ou trop raide, des sièges trop hauts, des surfaces glissantes ou irrégulières, et des chaussures mal ajustées. Recensez les traitements affectant l'équilibre, notamment les benzodiazépines, les vasodilatateurs et les diurétiques.

**Ostéoporose.** L'ostéoporose est un problème de santé publique majeur chez les femmes ménopausées et certains hommes. L'Organisation mondiale de la santé définit l'ostéoporose par une *densité osseuse* (DO) inférieure de 2,5 écarts types ou plus à la valeur moyenne chez la femme blanche adulte jeune. Une chute de 10 % de la DO, l'équivalent d'un écart type, est associée à une augmentation de 20 % du risque de fracture.

L'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) recommande de déterminer systématiquement la DO chez les femmes de 65 ans et plus et en présence des facteurs de risque ci-dessous.

### FACTEURS DE RISQUE D'OSTÉOPOROSE

- ✓ Postménopause chez les femmes blanches
- ✓ Âge > 50 ans
- ✓ Poids < 70 kg
- ✓ Antécédent familial de fracture chez un parent au premier degré
- ✓ Antécédent personnel de fracture
- ✓ Consommation d'alcool
- ✓ Premières règles tardives ou ménopause précoce
- ✓ Personnes qui continuent à fumer
- ✓ Taux bas de 25-OH-vitamine D3
- ✓ Prise de corticoïdes pendant plus de 2 mois
- ✓ Maladies inflammatoires de l'appareil locomoteur, du poumon ou du tube digestif, y compris la maladie cœliaque, insuffisance rénale chronique, transplantations d'organe, hypogonadisme, anorexie mentale

Source : NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001 ; 285 (6) : 785-95. Raisz LG. Screening for osteoporosis. N Engl J Med 2005 ; 353 (2) : 164-71.

## ARTICULATION TEMPOROMANDIBULAIRE (ATM)

**Inspectez** l'ATM à la recherche d'un gonflement ou d'une rougeur.

**Palpez** l'ATM tandis que le patient ouvre et ferme la bouche.

**Palpez** les muscles masticateurs : *masséters, temporaux et ptérygoïdiens*.



## ÉPAULES

**Inspectez** le contour des épaules et des ceintures scapulaires, par l'avant et par l'arrière.

### PALPEZ

- la clavicule, de l'articulation sternoclaviculaire à l'articulation acromioclaviculaire
- les bourses sous-acromiale et sous-deltoïdienne, après avoir soulevé le bras vers l'arrière (rétropulsion)

Amyotrophie ; luxation antérieure ou postérieure de la tête humérale ; scoliose si les épaules ne sont pas à la même hauteur

« Marche d'escalier » en cas de fracture traumatique

Bursite sous-acromiale ou sous-deltoïdienne

- rotation externe et interne



TESTE L'ABDUCTION  
ET LA ROTATION EXTERNE

- Arthrite de l'épaule

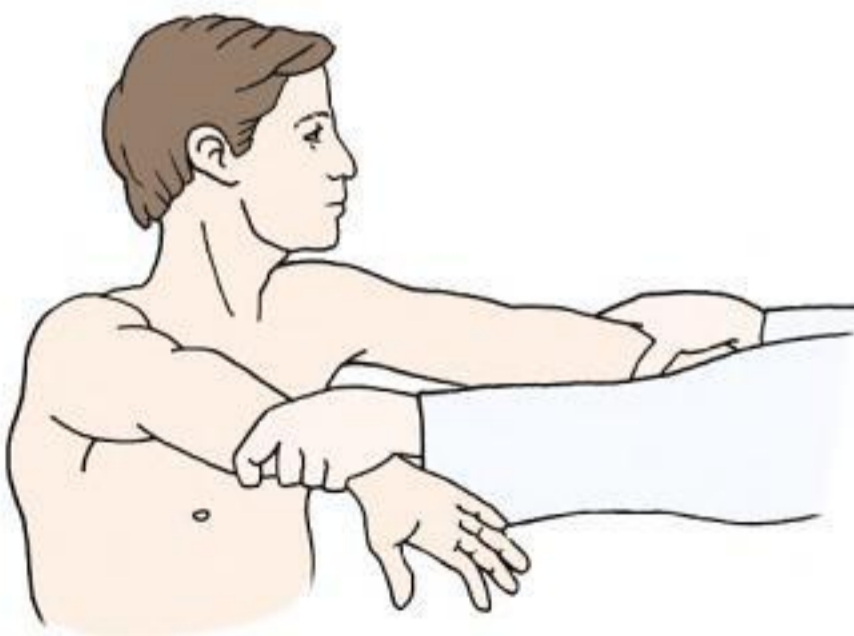


TESTE L'ADDUCTION  
ET LA ROTATION INTERNE

Pratiquez des manœuvres pour tester la coiffe des rotateurs, les muscles SITS (supra-épineux, infra-épineux, *teres minor* ou petit rond, sous-scapulaire) et leurs insertions tendineuses :

- force du supra-épineux, par la manœuvre de Jobe

Faiblesse en cas de *déchirure de la coiffe des rotateurs*





## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

- force de l'infra-épineux



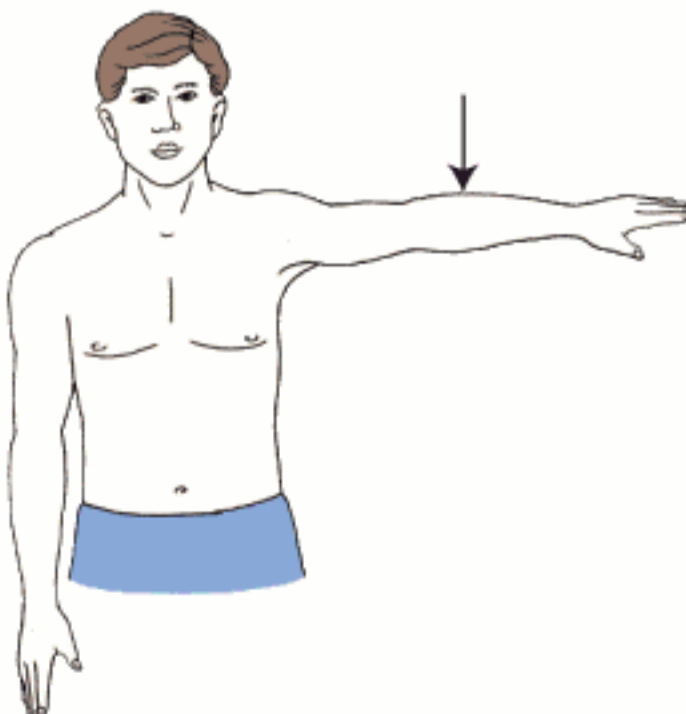
Faiblesse en cas de *déchirure de la coiffe des rotateurs* ou de *tendinite bicipitale*

- supination de l'avant-bras



Douleur en cas de *déchirure de la coiffe des rotateurs*

- signe du « bras tombant »



L'incapacité à maintenir le bras en abduction complète, au niveau de l'épaule, fait suspecter une *déchirure de la coiffe des rotateurs*

## COUDES

Inspectez et palpez :

- l'olécrane
- l'épicondyle latéral et l'épicondyle médial (ou épitrochlée)
- la face d'extension de l'ulna (ou cubitus)
- les gouttières entre l'olécrane et les épicondyles

Bursite olécranienne ; luxation postérieure par traumatisme direct, fracture supracondylienne

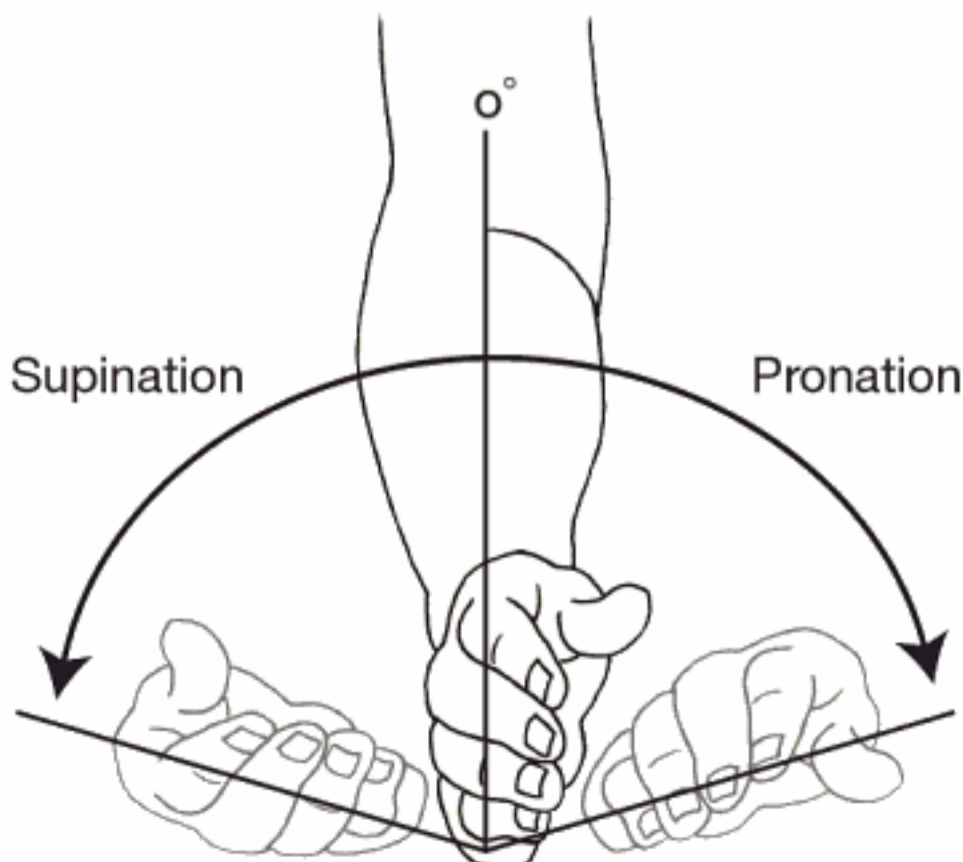
Douleur provoquée en cas d'épicondylite latérale (*tennis elbow*) ou médiale (épitrochléite)

Nodules rhumatoïdes

Sensibilité en cas d'arthrite

Demandez au patient de :

- fléchir et étendre les coudes
- tourner les paumes des mains vers le haut et vers le bas (supination et pronation)



TECHNIQUES D'EXAMEN

- les extrémités distales du radius et de l'ulna
- la tabatière anatomique, une dépression située en dessous de la styloïde radiale, entre les tendons du court extenseur et du long abducteur du pouce



- les articulations métacarpo-phalangiennes



CONSTATATIONS POSSIBLES

Douleur provoquée sur la styloïde ulnaire dans la *fracture de Pouteau-Colles*

Une douleur provoquée suggère une *fracture du scaphoïde*.  
Sensibilité des tendons dans la *ténosynovite de De Quervain*

Gonflement dans la *polyarthrite rhumatoïde*

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES



ABDUCTION  
ET ADDUCTION



OPPOSITION

Effectuez des manœuvres spéciales :

- force de la préhension

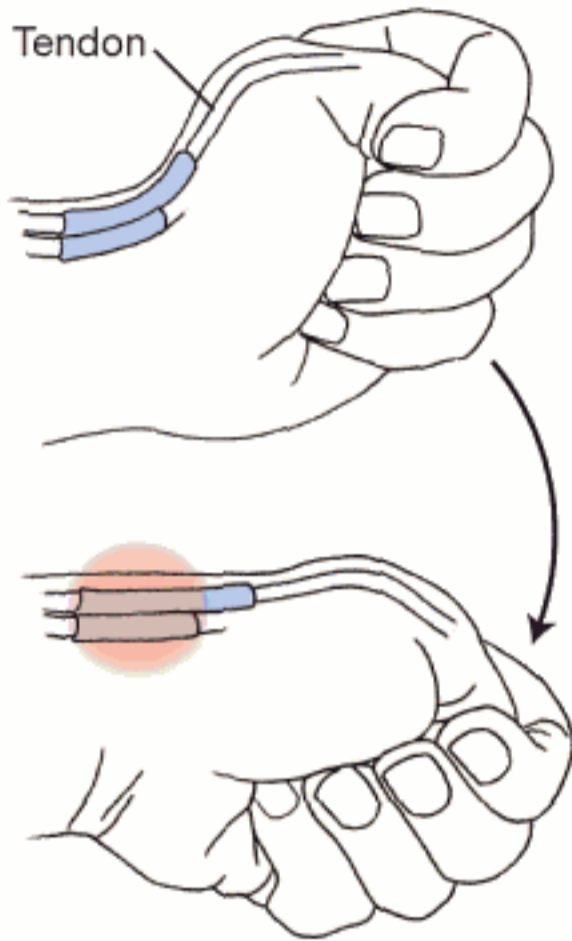
Force de préhension diminuée  
en cas de faiblesse des  
fléchisseurs des doigts ou des  
muscles intrinsèques de la main



TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

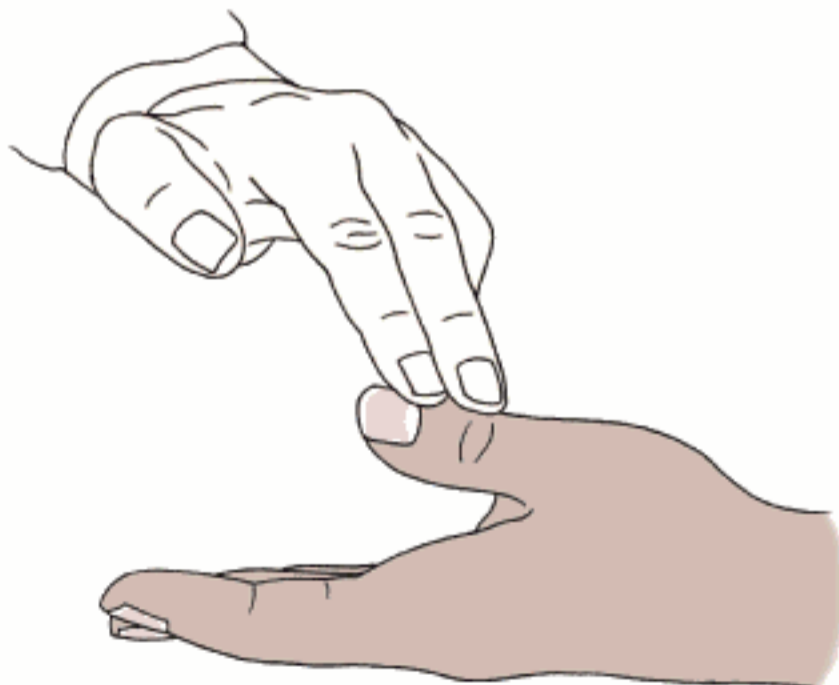
■ mouvements du pouce



Douleur dans la ténosynovite de De Quervain

■ canal carpien

■ abduction du pouce



Faiblesse du long abducteur du pouce, qui est spécifique du nerf médian

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

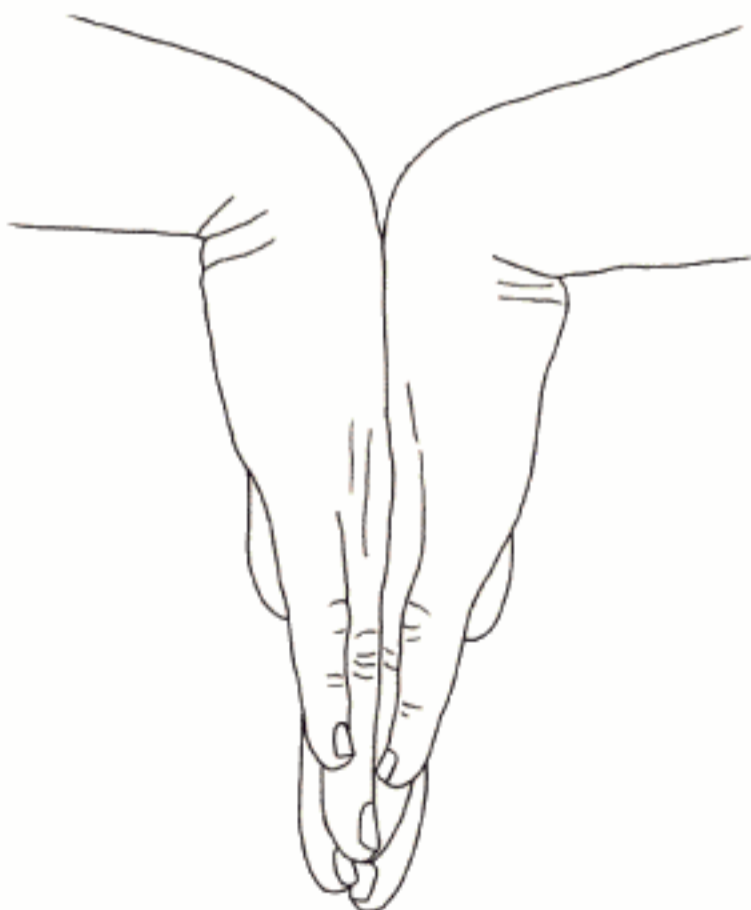
- signe de Tinel : tapotez sur le trajet du nerf médian dans le canal carpien

Douleur, fourmillements et engourdissement des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, et 4<sup>e</sup> doigts



- signe de Phalen : demandez au patient de fléchir les poignets pendant 60 secondes

Douleur, fourmillements et engourdissement de la face palmaire des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, et 4<sup>e</sup> doigts



## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

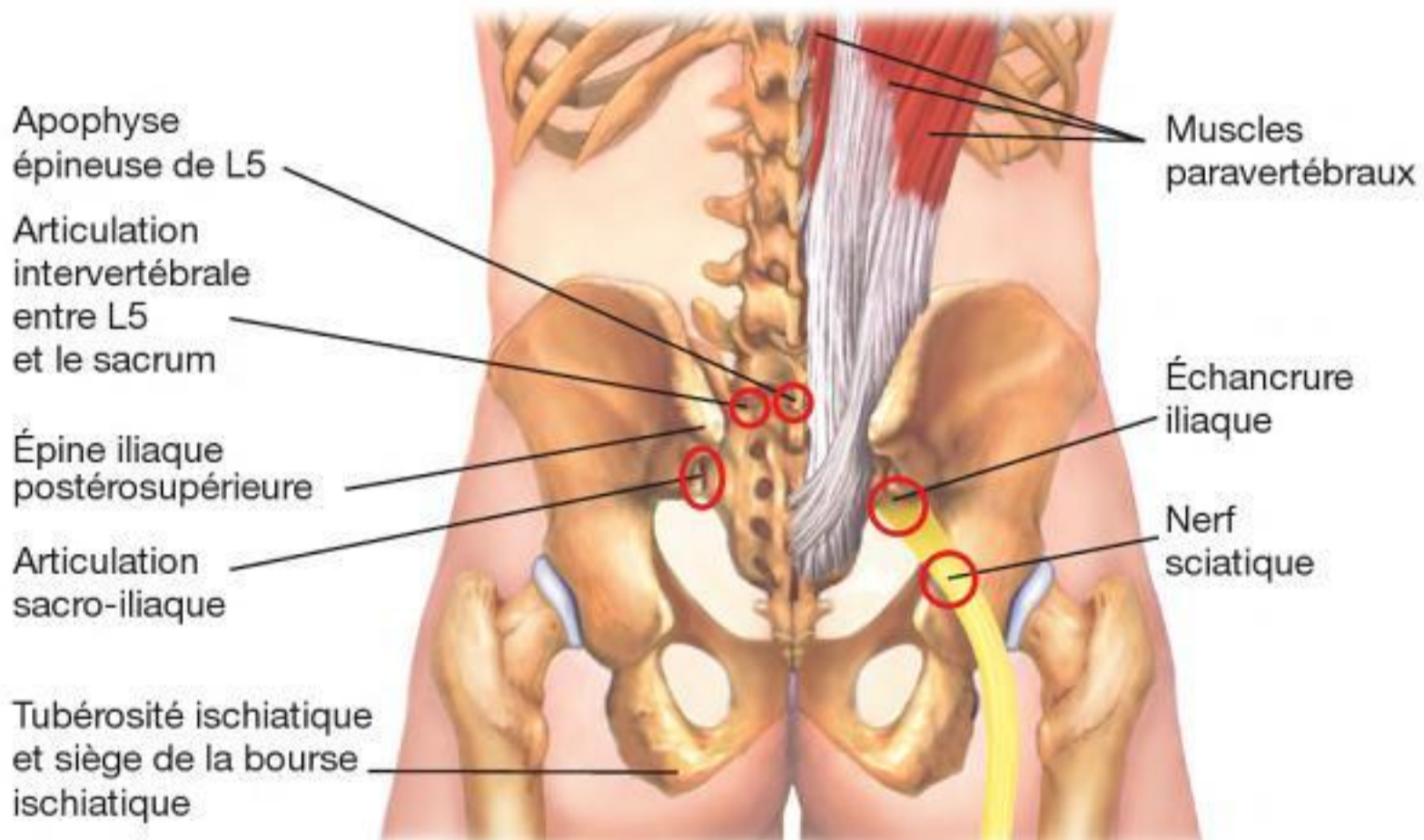
**RACHIS**

Inspectez le rachis, par le côté et l'arrière, et notez toute courbure anormale.

Recherchez une inégalité de hauteur des épaules ou des crêtes iliaques, une asymétrie des fesses.

Cyphose, scoliose, lordose, gibbosité ; recensez les courbures

Bascule du bassin

**Identifiez et palpez :**

- les apophyses épineuses de chaque vertèbre
- les articulations sacro-iliaques
- les muscles paravertébraux, s'ils sont douloureux

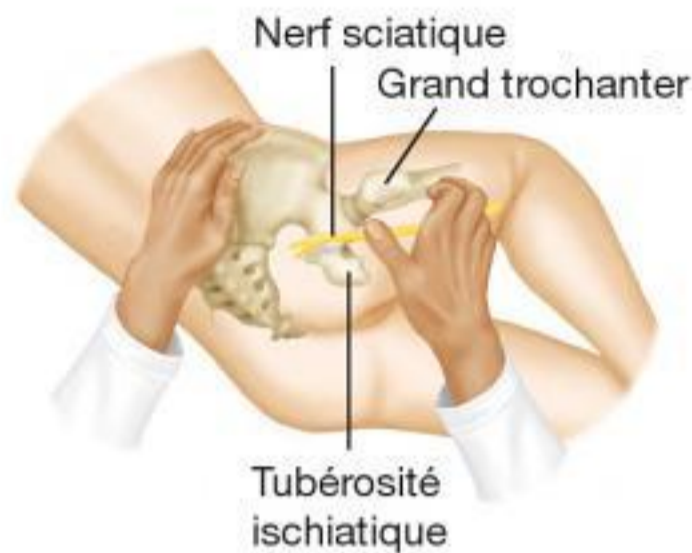
Douleur provoquée en cas de traumatisme, infection  
« Marche d'escalier » dans le spondylolisthésis, une fracture

Sacro-iléite

Contracture des muscles paravertébraux en cas de position anormale, de processus musculaire inflammatoire ou dégénératif

- le nerf sciatique (à mi-distance du grand trochanter et de la tubérosité ischiatique)

Hernie discale ou compression d'une racine nerveuse



Testez l'amplitude des mouvements du cou et du rachis : flexion-extension, rotation, et inclinaison latérale.

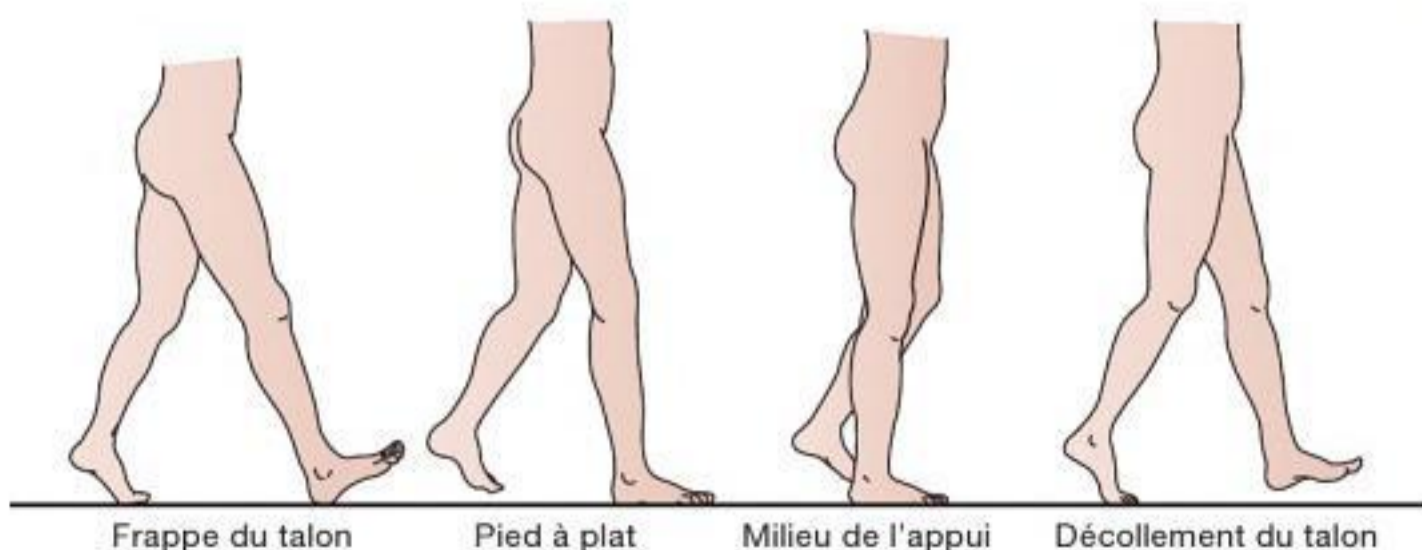
Mobilité diminuée en cas d'arthrite

## HANCHES

Observez la démarche :

- *l'appui* (voir ci-dessous) et le *balancement* (le pied part en avant, ne supporte pas le poids du corps)

La plupart des problèmes se manifestent pendant la phase d'appui, où le poids du corps est supporté



**PHASES DE LA MARCHÉ : APPUI (membre inférieur droit) ET BALANCEMENT (membre inférieur gauche)**

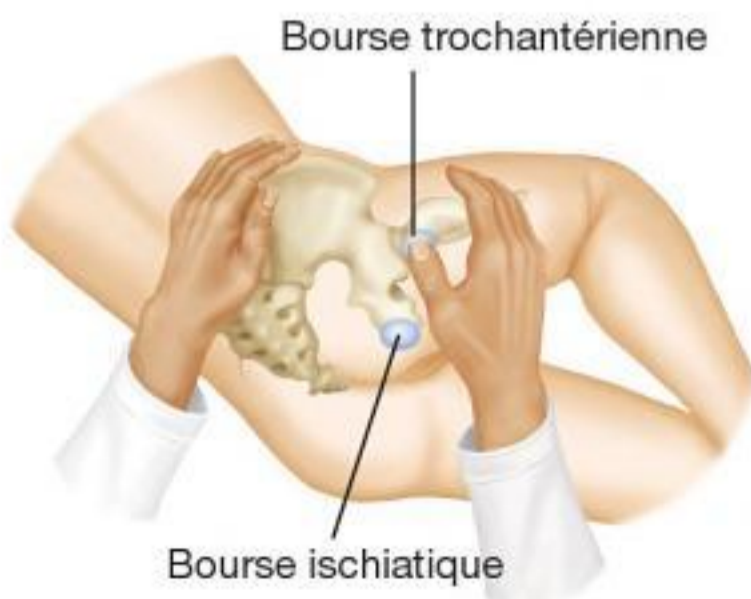


## TECHNIQUES D'EXAMEN

- *la largeur de la base* (habituellement de 5 à 10 cm de talon à talon), la déviation du bassin, la flexion des genoux

## Palpez :

- le long de l'arcade crurale
- la *bourse iliopectinée*, en dehors du pouls fémoral
- la *bourse trochantérienne*, sur le grand trochanter du fémur
- la *bourse ischiatique*, sur la tubérosité ischiatique



## BOURSES TROCHANTÉRIENNE ET ISCHIATIQUE

## CONSTATATIONS POSSIBLES

Base élargie en cas de maladie cérébelleuse ou d'anomalies des pieds ; déviation anormale du bassin dans une arthrite, une luxation de la hanche, une faiblesse des abducteurs ; démarche désunie en cas de défaut de flexion des genoux

Bombements en cas de hernie inguinale, anévrisme

Douleur dans la synovite, la bursite, l'abcès du psoas iliaque

Douleur localisée dans la *bursite trochantérienne*, souvent décrite par les patients comme « une douleur du bas du dos »

Douleur dans la bursite ischiatique

**Inspectez et palpez :**

L'articulation tibiofémorale, avec les genoux fléchis :

- l'interligne articulaire, en plaçant les pouces de chaque côté du tendon rotulien
- le ménisque interne et le ménisque externe
- le ligament latéral interne (LLI) et le ligament latéral externe (LLE)

Le compartiment fémoropatellaire :

- inspectez la rotule
- palpez le tendon rotulien et demandez au patient d'étendre le membre inférieur (MI)
- repoussez la rotule sur le fémur sous-jacent
- poussez la rotule vers le bas et demandez au patient de raidir son genou sur la table

**Examinez aussi :**

- le cul-de-sac sous-quadricipital (ou suprarotulien)

Crêtes osseuses irrégulières dans l'arthrose

Douleur provoquée en cas de déchirure méniscale

Douleur provoquée en cas de déchirure du LLI (les lésions du LLE sont plus rares)

Gonflement devant la rotule dans la bursite prérotulienne (« hygroma prérotulien »)

Douleur ou incapacité d'étendre le MI en cas de déchirure partielle ou complète du tendon rotulien

Douleur, crépitation et antécédent de genou douloureux dans le *syndrome fémoropatellaire*

Douleur pendant la contraction du quadriceps dans la *chondromalacie*

Gonflement dans la synovite et l'arthrite

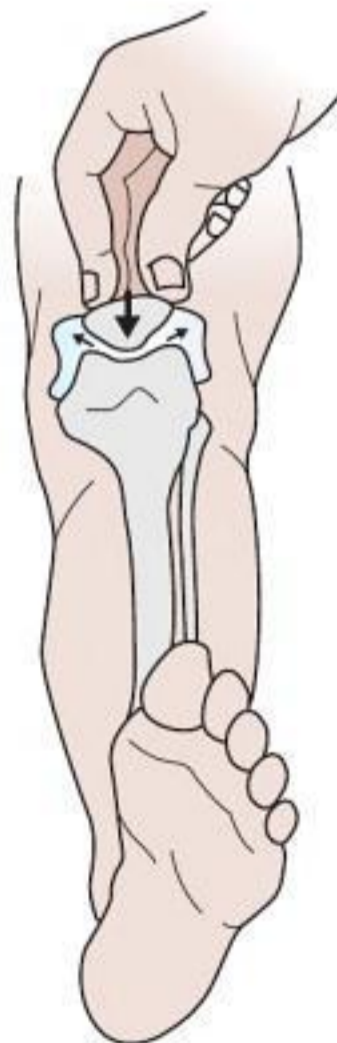
- le *signe du ballon*, pour les épanchements très abondants : comprimez d'une main le cul-de-sac suprarotulien et, avec le pouce et l'index de l'autre main, percevez le liquide qui pénètre dans les espaces périrotuliens

Une onde liquidienne palpable est un signe positif



- le *ballotement de la rotule*, pour les épanchements abondants : poussez brusquement la rotule contre le fémur, et cherchez à voir si du liquide regagne le cul-de-sac suprarotulien

Une onde liquidienne visible est un signe positif



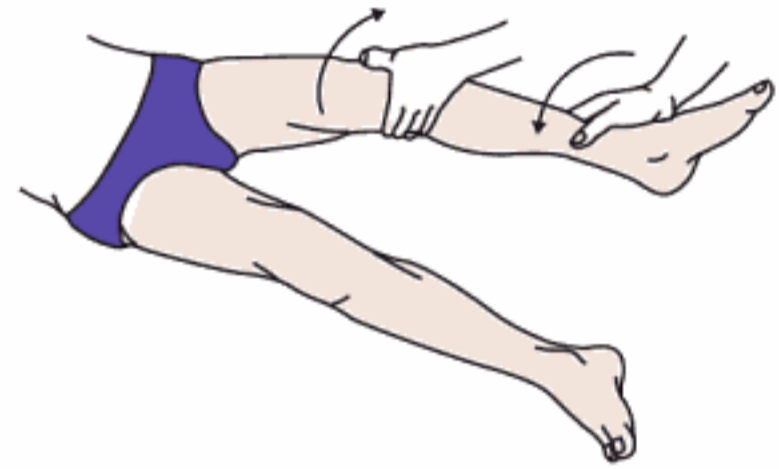
## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

Si le genou est douloureux ou instable, faites des manœuvres pour explorer les ligaments et les ménisques :

- *ligament latéral externe (LLE)* : le genou étant légèrement fléchi, poussez le genou en dehors, par sa face interne, avec une main, et tirez la cheville en dedans avec l'autre main (*test de l'adduction forcée*)

Une douleur et un bâillement de l'interligne articulaire en dehors indiquent une déchirure partielle ou complète du LLE



- *ligament croisé antérieur (LCA)* :

1) le genou étant fléchi, placez les pouces sur les parties internes et externes de l'interligne articulaire, et les doigts sur les insertions des muscles ischiojambiers. Tirez le tibia vers l'avant et observez s'il glisse en avant « comme un tiroir ». Comparez au genou opposé

Si l'extrémité supérieure du tibia glisse en avant, on dit que le *signe du tiroir antérieur* est positif, ce qui évoque une laxité ou une déchirure du LCA



TECHNIQUES D'EXAMEN

- les ligaments de la cheville : deltoïdien en dedans, latéral externe en dehors, avec ses trois faisceaux : talofibulaires antérieur et postérieur et calcanéofibulaire
- le tendon d'Achille

Comprimez les articulations métatarsophalangiennes ; puis palpez chaque articulation entre le pouce et l'index.



Évaluez l'amplitude des mouvements :

- mettez la cheville en dorsiflexion et en flexion plantaire (*articulation tibiotalaire, ou tibioastragalienne*)

CONSTATATIONS POSSIBLES

Douleur provoquée dans une entorse : ligaments externes plus faibles, traumatismes en inversion (la cheville est tordue en dedans) plus fréquents

Nodules rhumatoïdes, douleur dans la tendinite achilléenne

Douleur provoquée dans l'arthrite et d'autres affections



Arthrite, souvent douloureuse dans toutes les directions du mouvement ; entorse, douloureuse quand le ligament abîmé est étiré

## TECHNIQUES D'EXAMEN

- stabilisez la cheville et mettez le talon en inversion et en éversion (*articulation astragalocalcanéenne* ou *sous-talaire*)



INVERSION



ÉVERSION

- stabilisez le talon et mettez l'avant-pied en inversion et éversion (*articulation transverse du tarse*)



INVERSION



ÉVERSION

## CONSTATATIONS POSSIBLES

## Entorse de la cheville

## Traumatisme, arthrite

- fléchissez les orteils aux articulations métatarsophalangiennes

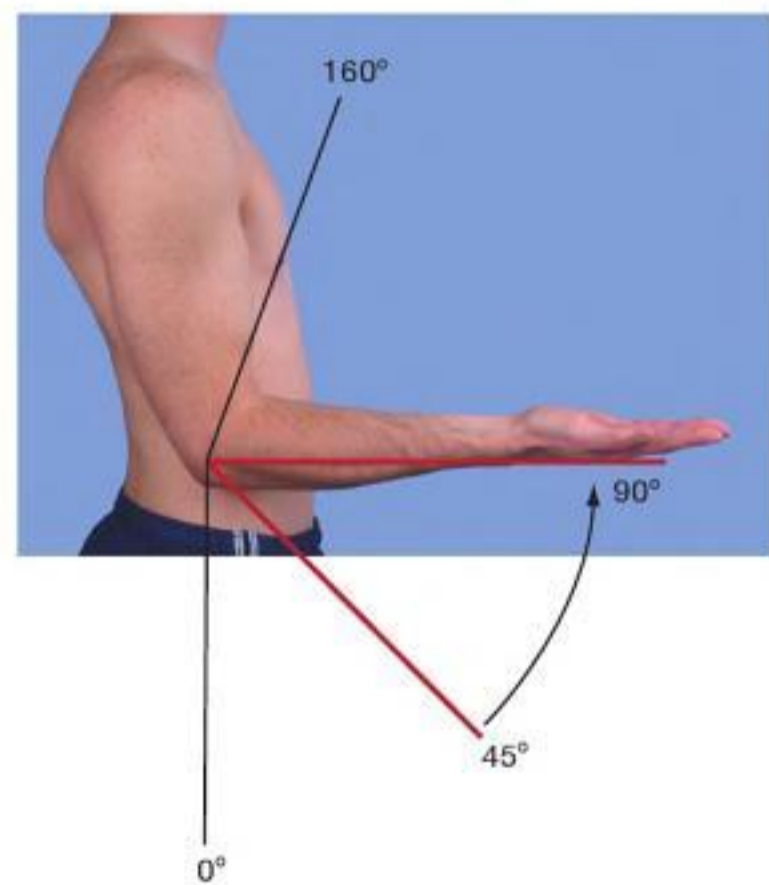
## → TECHNIQUES SPÉCIALES

○ — **Mesure de la longueur des MI.** Les MI du patient doivent être alignés symétriquement. Avec un ruban métrique, mesurez la distance séparant l'épine iliaque antérosupérieure de la malléole interne. Le ruban doit croiser le genou de haut en bas et de dehors en dedans.

○/○ — **Mesure de l'amplitude des mouvements.** Pour mesurer l'amplitude des mouvements avec précision, un goniomètre de poche est nécessaire. Des estimations peuvent être faites visuellement. Le mouvement du coude de la photo de droite est restreint à l'angle délimité par les deux traits rouges.

Une inégalité de longueur des MI peut être la cause d'une *scoliose*

Limitation de l'extension à 45°, et de la flexion à 90° (45° à 90°)



## AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 16-1

### Lombalgies (douleurs du « bas du dos »)

#### Types

##### **Lombalgie mécanique**

Douleur pénible de la région lombosacrée, qui peut irradier dans les membres inférieurs, dans les dermatomes de L5 ou S1. En général aiguë, liée à l'activité professionnelle, dans la tranche d'âge de 30-50 ans ; pas de pathologie sous-jacente

##### **Sciatique (douleur radiculaire lombaire)**

En général par hernie discale ; plus rarement par compression d'une racine nerveuse, tumeur primitive ou métastatique

##### **Sténose du canal lombaire (canal lombaire étroit)**

La pseudo-claudication intermittente est une douleur du dos et des membres inférieurs, améliorée par le repos et l'antéflexion lombaire

#### Signes physiques

Douleurs des muscles paravertébraux et des apophyses articulaires ; contractures musculaires, ou douleur lors des mouvements du dos ; disparition de la lordose lombaire normale, mais pas de déficit sensitif ou moteur ni d'anomalies des réflexes. Dans l'ostéoporose, recherche une cyphose thoracique, une douleur à la percussion d'une apophyse épineuse, ou des fractures du rachis thoracique ou du bassin

Hernie discale très probable s'il existe une amyotrophie du mollet, une faiblesse de la dorsiflexion de la cheville, une abolition du réflexe achilléen, un signe de Lasègue croisé (une douleur dans le MI touché quand le MI sain est élevé). L'absence de signe de Lasègue rend le diagnostic hautement improbable

Le patient peut avoir une attitude penchée en avant, avec faiblesse et hyporéflexivité des MI. Il n'y a pas de signe de Lasègue





TABLEAU 16-2

## Douleurs cervicales (ou cervicalgies)

### Types

#### Douleur cervicale mécanique

Douleur pénible dans les muscles paravertébraux et les ligaments de la nuque, avec contracture musculaire, associée à une raideur et une limitation des mouvements de la partie haute du dos et de l'épaule, pouvant durer jusqu'à 6 semaines. Pas d'irradiation de la douleur, de paresthésies ni de faiblesse musculaire. Il peut exister des céphalées

#### Douleur cervicale mécanique, après un « coup du lapin »

Une variété de cervicalgie mécanique, avec douleur et raideur du cou, qui débute souvent le lendemain d'un traumatisme. Il peut exister des céphalées occipitales, des vertiges, un malaise et une fatigue. « *Whiplash* » chronique si les symptômes durent plus de 6 mois (20 à 40 % des cas)

#### Névralgie cervicobrachiale, par compression d'une racine nerveuse

Douleur vive à type de brûlure ou de picotements dans la nuque et un membre supérieur, qui est le siège de paresthésies et d'une faiblesse musculaire. Les troubles sensitifs intéressent plus souvent un myotome qu'un dermatome

### Signes physiques

Douleurs des muscles locaux, douleurs au mouvement. Pas de déficits neurologiques. Possibilité de « points sensibles » dans la *fibromyalgie*. *Torticolis* en cas de position anormale du cou et de contracture musculaire

Douleur de la nuque, limitation de la mobilité du cou, faiblesse musculaire aux membres supérieurs. Des causes de compression de la moelle cervicale, telles qu'une fracture, une hernie discale, un traumatisme crânien, et des troubles de la conscience, sont exclues

Les racines le plus souvent atteintes sont celles de C7 (45-60 %), avec une faiblesse du triceps et des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, et de C6, avec une faiblesse du biceps, du brachioradial et des extenseurs du poignet



TABLEAU 16-2

## Douleurs cervicales (ou cervicalgies) (suite)

### Types

#### Myélopathie cervico-arthrosique, par compression de la moelle cervicale

Douleur de la nuque avec une faiblesse musculaire et des paresthésies bilatérales, touchant les membres supérieurs et inférieurs, et souvent une pollakiurie. Les troubles peuvent être frustes : maladresse manuelle, paresthésies palmaires, troubles de la démarche. La flexion du cou exacerbe souvent les symptômes

### Signes physiques

Syndrome pyramidal : hyperréflexivité, clonus du poignet, du genou et de la cheville, signe de Babinski, difficultés à la marche. On peut aussi voir un *signe de Lhermitte* : la flexion du cou provoque une décharge électrique tout le long du rachis. Un diagnostic de myélopathie par arthrose cervicale justifie l'immobilisation du cou et un bilan neurochirurgical

TABLEAU 16-3

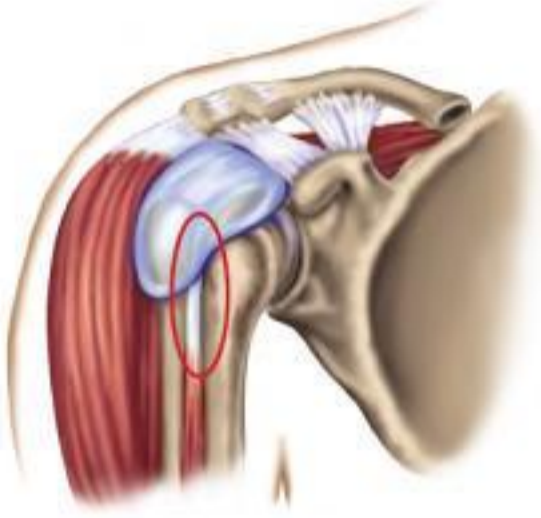
Types de douleurs articulaires et péri-articulaires (*suite*)

	<b>Polyarthrite rhumatoïde</b>	<b>Arthrose (ou rhumatisme dégénératif)</b>
<b>Symptômes associés</b>	<p>Gonflement fréquent de la synoviale des articulations ou des gaines tendineuses ; également nodules sous-cutanés</p> <p>Douleur, souvent chaleur, rarement rougeur</p> <p>Raideur, prédominant souvent le matin, pendant 1 heure ou plus, et après les périodes d'inactivité</p> <p>Limitation des mouvements fréquente</p> <p>Faiblesse, fatigue, perte de poids et fébricule</p>	<p>De petits épanchements peuvent être présents, notamment dans les genoux ; également, élargissement des os</p> <p>Douleur possible ; chaleur et rougeur exceptionnelles</p> <p>Raideur fréquente mais brève (habituellement 5 à 10 min), le matin et après l'inactivité</p> <p>Une limitation des mouvements apparaît souvent</p>

TABLEAU 16-4

Épaules douloureuses (*suite*)

## Tendinite du biceps



Une douleur sur le long chef du biceps, quand on fait rouler celui-ci dans la gouttière bicipitale ou quand le membre fléchi est mis en supination contre une résistance, évoque une *tendinite du biceps*

TABLEAU 16-5

## Genoux douloureux



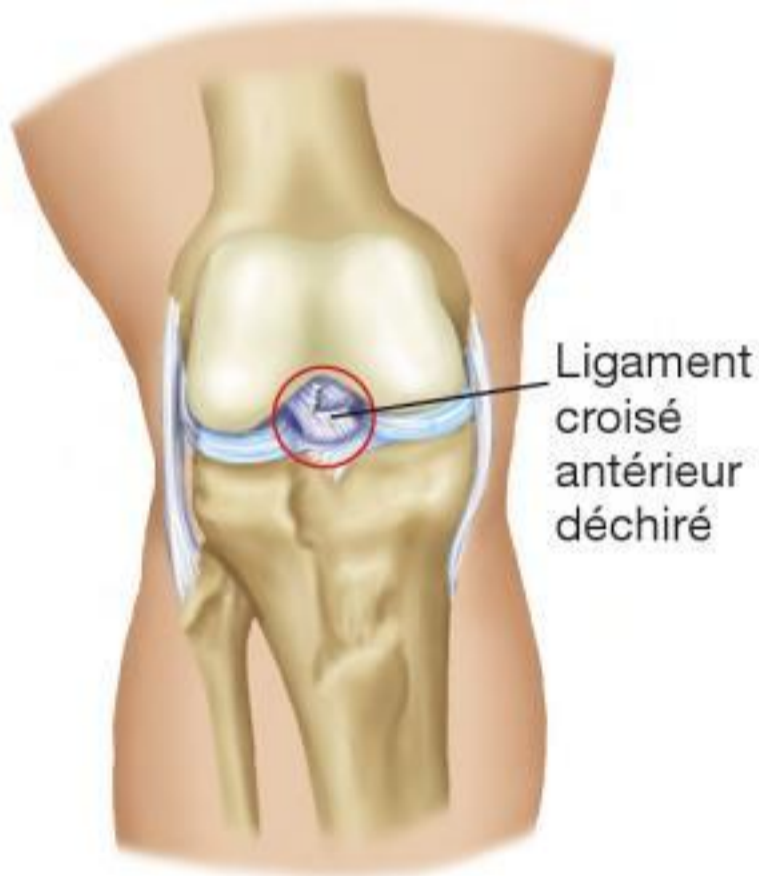
**Arthrite.** *L'arthrite dégénérative (arthrose)* survient habituellement après 50 ans et est associée à l'obésité. Souvent, douleur provoquée à la partie interne de l'interligne articulaire, ostéophytes palpables, *genu varum*, petit épanchement. Dans l'*arthrite rhumatoïde*, signes généraux, gonflement et nodules sous-cutanés



TABLEAU 16-5

Genoux douloureux (*suite*)

**Déchirure méniscale.** Souvent due à une torsion du genou ; peut être dégénérative chez les sujets âgés. Les patients rapportent souvent un click ou un blocage articulaires. Recherchez une douleur le long de l'interligne articulaire, sur le ménisque interne ou externe, et un épanchement. Peut s'accompagner de déchirures du ligament latéral interne ou du ligament croisé antérieur



**Déchirure ou entorse du ligament croisé antérieur.** Après une torsion du genou, souvent avec bruit intra-articulaire, un gonflement immédiat, une douleur à la flexion-extension, des difficultés à marcher, et une impression de genou « qui se dérobe ». Recherchez le signe du tiroir antérieur, une hémarthrose et des lésions associées du ménisque interne ou du ligament latéral interne. Demandez un avis à un chirurgien orthopédique

