

SEMILOGIE OSTEO-ARTICULAIRE

PLAN DU COURS

I. INTRODUCTION

II. SIGNES FONCTIONNELS

III. SIGNES PHYSIQUES

I. INTRODUCTION

Les maladies ostéo-articulaires mettent rarement en jeu le pronostic vital. En revanche, elles compromettent le pronostic fonctionnel et retentissent sur l'activité professionnelle, et sur l'activité quotidienne des malades. En pratique clinique, on distingue les pathologies mécaniques représentées par les arthroses et les tendinopathies des pathologies inflammatoires d'étiologies diverses (auto-immunes, infections, métaboliques.)

II. SIGNES FONCTIONNELS

1- LA DOULEUR :

1.1. La Douleur Articulaire

1.1.1. Rappel Nosologique :

- Une arthralgie = une douleur articulaire : gonalgie, scapulalgie, métatarsalgie ;
- Une rachialgie = une douleur rachidienne : cervicalgie, dorsalgie, lombalgie ;
- Une arthrite = synovite = atteinte inflammatoire d'une articulation : rougeur, chaleur, raideur, tuméfaction ;
- Monoarthrite = une seule articulation touchée ;
- Oligoarthrite = < 4 articulations touchées ;
- Polyarthrite = >4 articulations touchées

1.1.2. Nature Mécanique ou Inflammatoire de la Douleur :

Certaines caractéristiques permettent de distinguer une douleur mécanique d'une douleur inflammatoire

-Horaire de la Douleur : la douleur mécanique est diurne, maximale après les efforts, disparaissant au repos allongé ; la douleur inflammatoire est maximale en seconde partie de nuit, elle réveille le malade.

-Dérouillage Matinal : dans la douleur inflammatoire on observe un enraidissement articulaire au réveil qui disparaît progressivement au matin. Le nombre de réveils nocturnes et la durée du dérouillage matinal doivent être précisés.

Nb : la douleur peut être évaluée sur une échelle visuelle analogique (EVA).

1.2. La Douleur Osseuse

C'est une douleur qui est observée au cours des fractures, des infections osseuses (ostéomyélite aigue) et au cours des tumeurs osseuses (le plus souvent malignes secondaires).

1.3. Diagnostic Différentiel de la Douleur Osteo -Articulaire

Les douleurs des membres peuvent être en rapport avec :

1.3.1. Une Anomalie Neurologique : La douleur neurologique ou névralgie est une douleur accompagnant l'atteinte d'un tronc nerveux dont la topographie correspond à sa distribution sensitive de ce nerf. L'exemple type est la douleur radiculaire de la névralgie sciatique dont le trajet suit celui de la racine mais dont la cause est en fait vertébrale.

1.3.2. Une Anomalie Vasculaire : responsable de douleur vasculaire (voir sémiologie vasculaire).

-Douleur d'origine artérielle : dont la plus caractéristique est la claudication intermittente de l'artérite oblitérante des membres inférieurs qui réalise une douleur à type de crampe sans contracture musculaire apparaissant à la marche et disparaissant au repos.

-Douleur d'origine veineuse : douleur observée au cours de la phlébite des membres.

2- LA GENE FONCTIONNELLE :

Elle est souvent due à la raideur par contracture des muscles péri-articulaires. Il peut aussi s'agir d'une sensation subjective de perte de force musculaire accompagnant la douleur, objectivée à l'examen (boiterie, dérobage du membre inférieur, impossibilité de lever le bras, etc.).

3. LA DOULEUR RAPPORTEE

Une affection à distance des membres peut être responsable de douleur ostéo-articulaire, il s'agit d'une douleur rapportée : exemple : douleur localisée au membre supérieur gauche le long de son bord interne au cours de l'angine de poitrine ; douleur des deux membres supérieurs lors de l'infarctus du myocarde

III.SIGNES PHYSIQUES

1- INSPECTION

Elle s'intéresse à plusieurs points :

La coloration des téguments (rougeur témoignant de l'inflammation), les tuméfactions articulaires, qui témoignent d'une synovite et/ou d'un épanchement articulaire, les déformations qui peuvent être osseuses (maladie de Paget), ou articulaires (polyarthrite), les attitudes vicieuses : réductibles, irréductibles (fixées).

L'examen clinique de l'appareil locomoteur doit aussi étudier la démarche en recherchant les démarches pathologiques ainsi que les déformations pathologiques.

1.1. La claudication ou boiterie :

C'est un signe qui permet de dépister une anomalie de l'appareil locomoteur. On parle de claudication lorsque la démarche devient irrégulière. Elle est secondaire

-Soit à une douleur qui entraîne une diminution de la période d'appui du côté du membre douloureux.

-Soit à un raccourcissement d'un membre.

-Soit à une réduction de la mobilité d'une articulation par anomalie de la capsule, des ligaments ou des tendons.

-Soit une à une atteinte neurologique (atteinte cérébelleuse, polynévrite...)

1.2. Déformations Pathologiques

-Déformation en varus : qui est une déviation anormale du membre vers la ligne médiane (en dedans) : exemple : pied varus .

-Déformation en valgus : qui est une déviation anormale du membre à l'opposé de la ligne médiane (en dehors) : exemple : pied valgus.

-Déformation en équin : est une déformation qui fait que le pied pointe vers le bas, il n'est plus à angle droit sur la jambe.

-Déformation en talus : est une déformation qui fait que le pied pointe vers le haut et le talon repose sur le sol par sa partie la plus distale.

-Le pied bot : qui peut être congénital ou acquis notamment après un traumatisme, est une déformation qui est le plus souvent de type varus équin, beaucoup plus rarement de type talus valgus.

2- PALPATION

- Elle doit être comparative (droite/gauche), recherche une augmentation de la chaleur locale, précise les repères anatomiques et leur caractère plus ou moins douloureux,

- Elle renseigne sur les douleurs provoquées par certains mouvements, en recherchant une différence entre la mobilisation passive, active.

- Elle doit aussi rechercher des mouvements anormaux ou une laxité témoignant d'une destruction ligamentaire (mouvement de "tiroir" au genou).

- Elle doit rechercher la raideur articulaire qui est une limitation de la mobilité articulaire, qui lorsqu'elle est ancienne peut s'accompagner d'une amyotrophie.

- Elle recherche un épanchement articulaire ("choc rotulien" au genou). L'épanchement liquidien intra-articulaire du genou sera soupçonné devant toute augmentation de volume du genou ; il sera vérifié par la recherche du choc rotulien.

Choc rotulien : L'examineur se place du même côté que le genou malade, le membre est placé en extension et en état de relâchement musculaire ; il se recherche en empaumant de la main gauche le cul-de-sac sous-quadriceps et de la main droite, le cul-de-sac inférieur, avec l'index, l'examineur appuie brusquement sur la face antérieure de la rotule. La nature de l'épanchement sera précisée par la ponction articulaire.

NB : La sémiologie du rachis et de l'épaule a été abordée dans un autre chapitre.

ICONOGRAPHIE

1. Monoarthrite du genou(gonoarthrite)



2. Monoarthrite inter phalangienne



3. Arthrose digitale



4. Monoarthrite de la cheville



5. Polyarthrite interphalangienne



6. Polyarthrite avec deformations (PR)



7. Deformations : Varus Valgus

VARUS AND VALGUS KNEE DEFORMITY



8 Pied bot Varus equin



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Rose marie HAMLADJI** Précis de sémiologie.Discipline · Médecine ; Numéro d'édition · 2584 ; ISBN · 978.9961.0.0242.1
2. **www.lecofer.org** ;
3. **HAMZA, ALLAOUA.** Les Déformations Osteo-Articulaires Des Membres Inferieurs Sémiologie.
4. **MAZIÈRES, Bernard.** L'articulation, entité fonctionnelle. *Rhumatologie pour le praticien*, 2018, p. 29.
5. **GUILLEVIN, Loïc.** *Sémiologie médicale*. Lavoisier, 2011.
6. **FARGE, JD Dominique, DUCROS, A., et NEUZILLET, C.** Le livre de sémiologie médicale. 2012.

ICONOGRAPHIE

