

Université Ferhat Abbas Sétif 1
Faculté de médecine
Service de médecine interne
Pr R.Chermat
Module de sémiologie ostéo-articulaire

SEMILOGIE OSTEO-ARTICULAIRE

Généralités

et examen clinique en rhumatologie

Pr. R.CHERMAT

Médecine interne
CHU SETIF

Année universitaire 2019/2020

Le 17/03/2020

SEMILOGIE OSTEO-ARTICULAIRE

Généralités

I- INTERROGATOIRE

Il permet l'étude :

- * Des antécédents personnels: infections, angines,etc.
- * Des antécédents familiaux.
- * Recherche des troubles fonctionnels, des douleurs et limitations articulaires.
- * Recherche de signes extra-articulaires (cutanés, généraux, digestifs, génito-urinaires, atteinte systémique).
 - * Recherche dans les antécédents récents d'une notion d'infection banale, digestive, respiratoire ou urinaire dans les semaines qui précèdent l'atteinte articulaire: ce sont les arthrites réactionnelles (réaction immunologique aux bactéries ou virus responsables de l'infection, plus fréquentes chez les sujets HLA B27 et à l'origine d'atteinte oligoarticulaire avec réaction synoviale aseptique et régressive).
 - * Précise le caractère sémiologique de la douleur articulaire:
 - L'horaire de survenue de la douleur: c'est un élément sémiologique capitale : une douleur qui survient au repos et qui réveille souvent le malade la nuit est d'origine inflammatoire, alors qu'une douleur qui survient à l'effort et est calmée par le repos est d'origine mécanique.
 - Le caractère monoarticulaire ou polyarticulaire.
 - Le ou les articulations touchées.
 - Les traitements antérieurs.

II- EXAMEN CLINIQUE DES OS ET DES ARTICULATIONS

Il est indispensable au diagnostic. La pathologie articulaire en dehors des rhumatismes dégénératifs (arthrose) est souvent liée à une pathologie inflammatoire rentrant dans le cadre des maladies du système ou les maladies infectieuses.

Pour cela l'examen doit être complet et comporte non seulement les articulations mais aussi l'état général, un syndrome infectieux, la peau, les muqueuses, ainsi que tous les appareils.

1/ Examen articulaire

- Il doit être symétrique.
- Il doit intéresser les deux temps: mouvements passif et actif.
- Intéresse toutes les articulations.
- Recherche les déformations osseuses et articulaires à l'inspection.
- Mesure de la limitation articulaire en fonction de chaque articulation.
- Déduire l'importance fonctionnelle ainsi que les gestes normalement accomplis couramment.
- Permet de calculer certains indices dans certaines maladies (signe évolutif de la maladie).

- Précise le nombre d'articulations touchées:

- + Monoarthrite: atteinte d'une seule articulation (cause infectieuse, métabolique goutte).
- + Oligo-arthrite: d'un petit nombre d'articulations, en générale moins de 4 articulations.
- + Polyarthrite: atteinte de plusieurs articulations.

Atteinte inflammatoire de l'articulation: on ajoute à la fin "ite" ex genou: gonarthrite.

Atteinte de l'articulation avec arthrose: on ajoute à la fin "ose" ex coxarthrose.

2/ Examen des membres: Permet l'appréciation de la démarche, les douleurs des membres et du squelette.

La démarche: Normale, régulière, rythmée, souple.

- * La claudication : entraîne une boiterie. C'est une douleur du coté sur lequel s'appuie le malade (cause fréquentes: atteinte ostéo-articulaire).
- * Le raccourcissement d'un membre: entraîne une diminution de la mobilité articulaire.
- * L'atteinte neurologique: entraîne une démarche ataxique, ébrieuse, avec steppage.

Recherche d'une déformation: (par exemple post traumatique récente ou ancienne).

- * Varus: Déviation anormale vers la ligne médiane.
- * Valgus: Déviation anormale a l'opposé de la ligne médiane.
- * Pied équin: Pied pointé vers le bas.
- * Pied bot: De cause traumatique ou congénitale (le plus souvent à type de varus équin).

Mensuration des membres: C'est la seule technique qui peut affirmer le raccourcissement d'un membre supérieur ou inférieur.

* Au membre supérieur, le coude en extension complète, on prend les mensurations à partir de l'acromion jusqu'à l'apophyse cubitale.

* Au membre inférieur: hanche et genou en extension complète, on prend les mensurations à partir de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la malléole interne.

- Le périmètre des membres - Bras et avant-bras (repère: olécrane).
- Cuisses et mollets (repère: rotule).

Examen des mains: Capital dans certaines affections rhumatismales.

La main est la carte d'identité de la polyarthrite rhumatoïde.

Examen des genoux: Recherche de déformations, de choc rotulien.

Examen des hanches: Recherche une atteinte des articulations sacro-iliaques: des mouvements de flexion, d'abduction, d'adduction.

3/ Examen du rachis

On examine le malade dans la position debout et couchée, en appréciant les mouvements.

Position debout: Placer le malade dans la position debout, les bras le long du corps et examiner de face et de profil le rachis, a la recherche:

- * D'une **cyphose dorsale:** courbure a convexité postérieure.
- * **Lordose lombaire:** Déviation de la colonne a convexité antérieure.
- * **Cypho-scoliose:** Double déviation de la colonne vertébrale a convexité postéro-laterale.

Examen des mouvements du rachis

- ◆ Position debout: permet d'analyser les mouvements de flexion. On demande ainsi au malade de se pencher en avant sans plier les genoux et de ramasser un objet ou de toucher le sol. Le rachis effectue un mouvement de flexion en formant une courbure convexe et régulière.
- ◆ Position de décubitus ventral: les mains derrière le dos, en lui maintenant les chevilles, le patient essaye de se soulever le buste : on observe un mouvement d'hyperextension.
- ◆ Position dorsale: on demande au malade de croiser les bras et alors que les chevilles sont maintenues par l'examineur, on lui demande de se relever.
Le sujet normal arrive à s'asseoir sans difficultés.

4/ Les douleurs des membres: La douleur des membres peut avoir plusieurs origines et ce sont les caractères sémiologiques qui permettront de différencier entre les types de douleurs.

* Douleur articulaire:

- **Arthrite:** C'est une douleur de l'articulation accompagnée de signes inflammatoires: L'articulation est chaude, rouge, tuméfiée, et douloureuse. Elle se caractérise anatomiquement par des lésions synoviales, puis cartilagineuses et osseuses. Elle évolue vers la guérison totale ou vers l'ankylose et la déformation.

- **Arthralgie:** C'est une douleur articulaire sans signes inflammatoires et sans lésion appréciable de l'articulation.

Elles doivent être différenciées des douleurs d'origine osseuse, neurologique, vasculaire.

* Douleur osseuse: Elle peut être observée au cours d'une fracture, d'une ostéomalacie, d'ostéoporose, d'un processus tumoral ou d'une infection osseuse telle que l'ostéomyélite. La douleur osseuse généralement fixe en regard de la lésion osseuse responsable.

* Douleur neurologique: Elle accompagne une atteinte du tronc nerveux.

La douleur radiculaire: une douleur sciatique suit le trajet de la racine, mais la cause est située au niveau vertébral.

* Douleur vasculaire:

- L'origine artérielle se traduit par une claudication intermittente, survenant à l'effort, accompagnée d'une diminution ou abolition des pouls.

- L'origine veineuse : insuffisance veineuse, thrombophlébite aiguë.

* Douleur rapportée: Elle est beaucoup plus en rapport avec une irradiation. La douleur du membre supérieur gauche est souvent secondaire à un angor ou un infarctus du myocarde.

* Douleur vertébrale: Elle siège au niveau du rachis cervical, dorsal, lombaire et sacré.

Siège lombaire : ses causes sont multiples.

- Compression d'une racine à l'intérieure d'un canal rachidien: douleur radiculaire.

- Irradiation des terminaisons nerveuses au niveau du rachis lombaire: lombalgie pure.

- Atteinte d'un viscère à distance.

- Sans cause décelable.

⇒ **La lombalgie pure:** C'est une douleur permanente, diffuse et prédominante au niveau de la zone atteinte. Elle est variable avec les mouvements. La pression de la zone atteinte exacerbe la douleur et entraîne une contracture musculaire.

Causes: - Hernie discale (au stade de protrusion).

- Spondylite infectieuses (tuberculose, brucellose, staphylocoque, salmonellose).
- Rhumatismes : arthrose, spondylarthrite ankylosante.

⇒ **La douleur radiculaire:** C'est une douleur qui se caractérise par son caractère aiguë et intense, et son irradiation allant du rachis lombaire suivant le trajet de la racine au niveau du membre inférieur. Elle est également exacerbée par les mouvements qui augmentent la pression du LCR : toux, défécation effort, manœuvre d'étirement de la racine.

On distingue selon la racine touchée:

* **SCIATIQUE L5:** Au point de d'émergence de la racine L5, elle suit le trajet suivant : Fesse, face postérieure de la cuisse, face externe de la jambe, face dorsale du pied et 1^{er} orteil.

* **SCIATIQUE S1:** Au point d'émergence de la racine S1, face postérieure de la cuisse, face postérieure de la jambe, talon, bord externe du pied, derniers orteils et abolition du réflexe achilléen.

La manœuvre de Lasègue: Si on pratique la flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant en extension sur la cuisse, le mouvement est bientôt arrêté par suite de la douleur très vive que ressent le malade au niveau de la fesse, douleur causée par le tiraillement du nerf.

* **LA NEVRALGIE CRURALE:** C'est une douleur radiculaire en rapport avec une souffrance de la racine L4. Au point d'émergence de L4, face antérieure de la cuisse, face antérieure du genou et se termine au niveau de la face interne de la jambe.

III- EXAMENS RADIOLOGIQUES

Membres supérieurs et inférieurs: Les radios sont prises de face et de profil de manière comparative.

Rachis : Radios de face et profil, centrées sur les zones suspectes.

Radiographie du bassin face, si lombalgie (exploration des articulations sacro-iliaques).

Scanner. IRM.

IV- EXAMENS BIOLOGIQUES

Ils sont fonction de la pathologie en causes. Ils comprennent:

- Bilan standard.
- Bilan inflammatoire et immunologique: en cas de problème rhumatismal, ou maladie du système. VS, CRP, LWR, anticorps anti- DNA.
- Bilan phosphocalcique: trouble du métabolisme osseux.
- Bilan infectieux: recherche de germes (BK, Staph, Brucelles, Gonocoque) en cas d'infection.
- Bilan métabolique: exemple acide urique en cas d'hyperuricémie.

EXAMEN CLINIQUE EN PATHOLOGIE OSSEUSE

La pathologie osseuse et osteo-articulaire, sont indissociables pour deux raisons:

D'une part le malade peut souffrir de son articulation alors que c'est l'os adjacent qui est atteint, d'autre part dans de nombreux cas, il s'agit d'une osteo-arthrite.

L'examen clinique doit toujours être complet et comprendre:

- ◆ Un examen physique.
- ◆ Un examen radiologique.
- ◆ Un examen biologique.

I- Examen physique:

Quel que soit le symptôme d'appel pour lequel le malade se présente, l'examineur doit être complet

L'inspection: à la recherche d'une déformation d'une ou de plusieurs os et/ou articulations.

La palpation: peut révéler des zones douloureuses, des déformations osseuses, des tumeurs osseuses, des lacunes au niveau du crâne.

II- Examens radiologiques:

Les radiographies doivent intéresser et le segment malade et les autres segments du squelette, et souvent le squelette en entier.

Elles peuvent être complétées selon le cas par un scanner, un IRM, ou une scintigraphie osseuse.

Les autres examens complémentaires: biopsie osseuse (ostéomalacie, ostéoporose, hyperparathyroïdie, tumeur osseuse primitive et secondaire, ...etc.).

Les images pathologiques: Elles sont dues à une modification de l'architecture normale de l'os et sont classées en trois groupes:

- ◆ Condensations osseuses: en faveur d'une maladie de Paget ou de métastase osseuse.
- ◆ Lacunes osseuses: une lacune osseuse peut être unique (par exemple un kyste osseux) ou multiple (maladie de Kahler, cancer secondaire de l'os).
- ◆ Ostéoporose: elle se traduit par une augmentation de la transparence osseuse, à une diminution de la trame protéique.

III- Examens biologiques: En pathologie osseuse les examens les plus importants sont:

- * Le bilan inflammatoire : VS qui est augmentée dans les processus malins, les ostéites.
- * Bilan phosphocalcique.
- * Phosphatase alcaline.
- * Phosphatase acide: élevés en cas de métastases d'un cancer de la prostate.
- * Protéinurie de Bence Jones: positive dans le cas de myélome multiple.
- * Electrophorese et immuno-electrophorese des protéines (Kahler).