

Les articulations

« Plus grande est l'ignorance, plus grand est le dogmatisme. »

Sir William Osler (1849–1919)

Les anomalies articulaires sont souvent dues à des traumatismes, à une inflammation ou à une dégénérescence (usure). Les affections articulaires inflammatoires s'accompagnent souvent d'atteintes de la peau et des tissus conjonctifs.

Rhumatologie : interrogatoire

SYMPTÔMES À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION (Encadré 11.1)

Douleur et gonflement articulaires

1. Demandez au patient en quoi consistent ses problèmes articulaires. Une *arthralgie* correspond à une douleur articulaire sans gonflement, alors qu'une *arthrite* implique à la fois une douleur et un gonflement.
2. Déterminez si :
 - une ou plusieurs articulations sont atteintes;
 - les anomalies sont symétriques;
 - les symptômes sont de nature aiguë ou chronique;
 - les symptômes s'améliorent ou s'aggravent.

Encadré 11.1

Rhumatologie : interrogatoire

Principaux symptômes à l'origine de la consultation

Articulations :

Douleur.
Gonflement.
Raideur matinale.
Atteinte de la fonction.

Douleurs dorsales

Douleurs des membres.

Yeux :

Sécheresse des yeux et de la bouche.
Yeux rouges.

Phénomène de Raynaud.

Symptômes systémiques et autres :

Éruption cutanée, fièvre, fatigue, perte de poids, diarrhée, ulcères muqueux.

En cas de polyarthrite rhumatoïde, **les symptômes articulaires sont plus marqués après le repos**, alors que dans l'arthrose, **la douleur s'aggrave après un effort**.

3. Renseignez-vous sur l'existence d'une **raideur matinale**, qui est un symptôme de synovite active (inflammation de la synoviale).
4. Posez des questions détaillées sur la capacité du patient arthritique d'accomplir ses activités habituelles, qu'elles soient domestiques ou professionnelles.

Douleurs dorsales

Il s'agit d'un problème très fréquent. Interrogez le patient au sujet de leur localisation, demandez-lui si elles sont intermittentes ou progressives et quel lien existe entre ces douleurs et l'effort physique.

- La douleur musculosquelettique est typiquement bien localisée et s'aggrave lors des mouvements.
- En cas de lésion de la moelle spinale, la douleur peut siéger dans le territoire d'un dermatome (figure 7.13).
- L'ostéoporose (avec des fractures-tassements), l'ostéomalacie ou l'infiltration d'un cancer, d'une leucémie ou d'un myélome peuvent provoquer des douleurs dorsales progressives et continues.
- La douleur peut être d'installation brutale si elle est due à une fracture-tassement d'un corps vertébral.

- Dans la **spondylarthrite ankylosante** (arthrite inflammatoire du squelette axial), la douleur se situe habituellement au niveau des articulations sacro-iliaques et du rachis lombaire, et elle s'atténue à l'effort ; une raideur matinale accompagne la douleur.

Douleurs des membres

Renseignez-vous au sujet des traumatismes antérieurs, de la distribution de la douleur et des facteurs d'aggravation et de soulagement. Une douleur des membres peut être causée par :

- des problèmes musculosquelettiques (y compris un traumatisme) ;
- une **pseudopolyarthrite rhizomélique** (douleur et raideur dans les épaules et les hanches chez les patients de plus de 50 ans) ;
- une maladie osseuse, comme l'ostéomyélite, l'ostéomalacie, l'ostéoporose ou des tumeurs ;
- une inflammation des tendons (ténosynovite), pouvant produire une douleur locale au niveau de la zone affectée ;
- une maladie vasculaire : envisagez une occlusion artérielle en cas de douleur sévère d'installation brutale. Une maladie vasculaire périphérique chronique peut entraîner une douleur dans les mollets à l'effort, qui est soulagée par le repos. Ce phénomène porte le nom de « **claudication intermittente** ». Une thrombose veineuse peut également être à l'origine d'une douleur diffuse dans les jambes, accompagnée d'un gonflement.

Symptômes associés

- **Sécheresse des yeux et de la bouche.** Ces symptômes sont caractéristiques du syndrome de Gougerot-Sjögren, une maladie auto-immune. La sécheresse oculaire peut entraîner une conjonctivite, une kératite et des ulcérations cornéennes.
- **Yeux rouges.** Les spondylarthropathies séronégatives (absence du facteur rhumatoïde dans le sang) et le syndrome de Behçet, mais pas la polyarthrite rhumatoïde, peuvent se compliquer d'un iritis (voir p. 247).
- **Phénomène de Raynaud.** Le phénomène de Raynaud est une réponse vasculaire anormale des doigts (et des orteils) exposés au froid ; les doigts deviennent d'abord blancs, puis bleus et enfin rouges et douloureux.

- **Symptômes systémiques et autres.** Renseignez-vous au sujet des éruptions cutanées et des ulcères muqueux. En cas de douleurs dorsales, une pathologie rachidienne grave doit être suspectée s'il existe des signaux d'alarme (par exemple, fièvre, symptômes neurologiques ou incontinence fécale, perte de poids).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Interrogez le patient au sujet des éléments suivants :

- antécédents de traumatismes ou d'interventions chirurgicales ;
- antécédents d'infection récente, y compris hépatite, pharyngite streptococcique, rubéole, dysenterie (ces infections peuvent s'accompagner d'une arthrite réactionnelle) ;
- gonorrhée ou tuberculose (elles peuvent causer une arthrite infectieuse) ;
- maladie inflammatoire chronique de l'intestin à l'origine de diarrhées sanglantes, pouvant également provoquer une arthrite ;
- goutte et pseudo-goutte.

MODE DE VIE

Déterminez l'aménagement du domicile du patient et sa profession. Ces informations sont particulièrement importantes en cas d'arthrite chronique invalidante.

TRAITEMENTS

1. Renseignez-vous sur les médicaments antiarthritiques actuels et antérieurs, par exemple l'aspirine, d'autres anti-inflammatoires (inhibiteurs sélectifs de la COX-2 ou autres AINS), le méthotrexate, la sulfasalazine, la chloroquine, les corticoïdes, les anti-TNF, la glucosamine ou d'autres médicaments en vente libre.
2. Précisez tous les effets indésirables de ces médicaments.
3. Renseignez-vous sur les traitements antérieurs par kinésithérapie et chirurgie.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Certaines maladies associées à l'arthrite chronique sont familiales. Par exemple, la polyarthrite rhumatoïde est 4 fois plus fréquente chez les personnes ayant un parent au premier degré touché par cette maladie.

Anatomie et examen

LES MAINS ET LES POIGNETS

Les fonctions complexes de la main se reflètent dans la complexité des articulations du poignet et de la main ([figure 11.1](#)).

Le poignet comporte deux articulations synoviales :

- l'articulation radiocarpienne (entre la tête radiale et les os proximaux du carpe);
- l'articulation médiocarpienne (entre les deux rangées des os du carpe).

Les ligaments collatéraux latéral et médial et les ligaments antérieur et postérieur stabilisent les surfaces articulaires au cours des différents mouvements. Les mouvements du poignet comprennent la déviation ulnaire et latérale, ainsi que la flexion

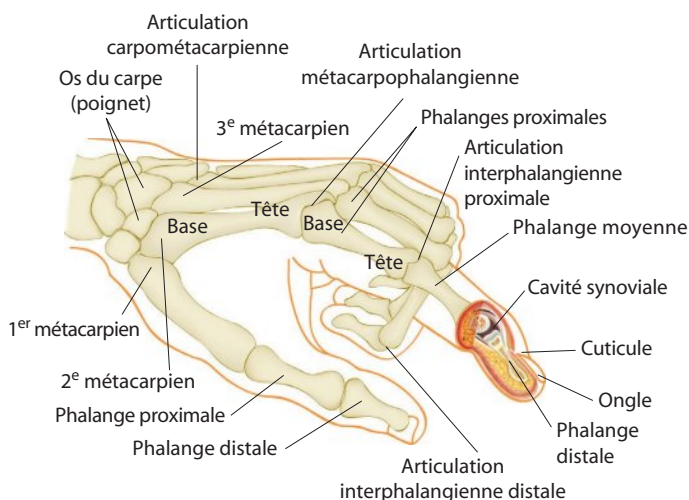


Figure 11.1 Anatomie de la main et du poignet.

et l'extension. Une combinaison de ces mouvements permet la circumduction de la main.

Les articulations carpométacarpiennes relient le poignet et la main. Ce sont des articulations synoviales condyliques. Le mouvement peut se faire autour de deux axes perpendiculaires : flexion et extension, adduction et abduction. L'articulation carpométacarpienne du pouce (entre le premier os métacarpien et le trapèze) a des surfaces articulaires plus complexes. Elles permettent une plus grande variété de mouvements : flexion, extension, adduction, abduction, rotation et circumduction.

Les articulations métacarpophalangiennes sont des articulations synoviales. Les mouvements actifs possibles comprennent la flexion, l'extension, l'abduction, l'adduction et un certain degré de rotation. L'extension est beaucoup plus limitée que la flexion. Le mouvement de l'articulation métacarpophalangienne du pouce est lui aussi différent : cette articulation est essentiellement limitée à la flexion et à l'extension.

LES GENOUX

Le genou est l'articulation à charnière la plus volumineuse du corps (figure 11.2). Sa synoviale est développée, les ligaments collatéraux assurent la stabilité latérale et les ligaments croisés limitent le mouvement en direction antéropostérieure. L'examen du genou doit évaluer ces structures complexes.

L'examen rhumatologique (encadré 11.2)

INSPECTION GÉNÉRALE

Une inspection générale donne une indication de l'incapacité fonctionnelle du patient et permet de faire un « diagnostic instantané » de certaines affections.

1. Regardez le patient marcher dans la pièce, notez les douleurs et les difficultés apparentes ainsi que la posture, et déterminez si une assistance mécanique est nécessaire (canne, déambulateur, appareil orthopédique, etc.).
2. Observez le type d'atteinte articulaire (quelles articulations, symétrie ou asymétrie).
3. Positionnez le patient pour un examen plus approfondi, sur le lit et dévêtu autant que possible.
4. Repérez les difficultés qu'éprouve le patient pour se déshabiller.

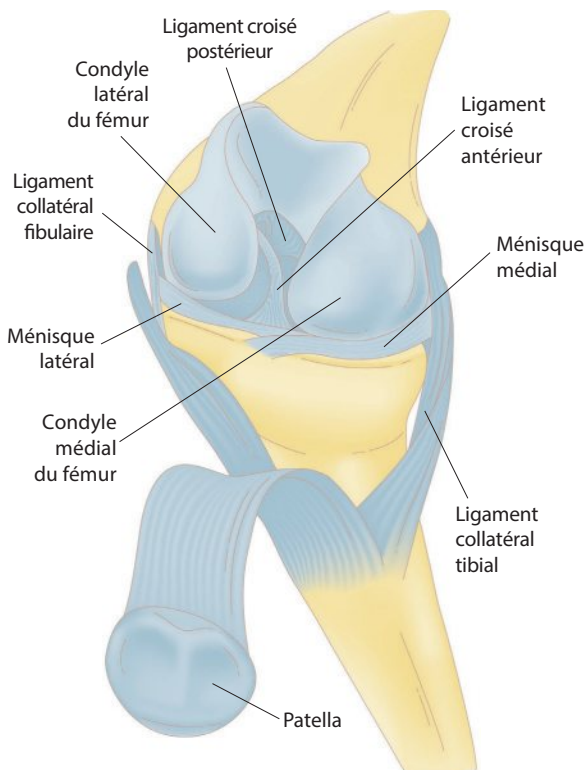


Figure 11.2 Anatomie du genou.

Encadré 11.2

La séquence de l'examen rhumatologique

1. Inspection générale.
2. Examinez toutes les articulations, en particulier celles suggérées comme anormales par l'interrogatoire; comparez les côtés gauche et droit.
3. Palpez les articulations ainsi que la peau et les structures environnantes.
4. Testez les mouvements passifs, les mouvements actifs, la fonction et la stabilité.
5. Prenez des mesures pour détecter une déformation fixe.

LES PRINCIPES DE L'EXAMEN ARTICULAIRE

Regardez, palpez, mobilisez et mesurez quand vous examinez les articulations affectées.

1. Regardez (comparez la gauche et la droite) :
 - **érythème** : une rougeur de la peau sus-jacente évoque une **arthrite** active ou une **infection** de l'articulation ;
 - **atrophie** : un amincissement de la peau et de ses annexes laisse penser que l'affection est chronique ;
 - **cicatrices** : des interventions chirurgicales ont pu être pratiquées sur l'articulation ou les tendons associés (par exemple, prothèse articulaire ou réparation tendineuse) ;
 - **éruptions cutanées** :
 - le psoriasis, une éruption cutanée avec des squames nacrées sur les surfaces d'extension, est associé à plusieurs types d'arthrite ;
 - la vascularite, une inflammation des petites artères, fait apparaître des anomalies de la peau (par exemple, purpura palpable) et du lit unguéal (par exemple, hémorragies linéaires) et peut être associée à une arthrite active (par exemple, polyarthrite rhumatoïde) ;
 - **gonflement** au-dessus de l'articulation : il peut être dû à un épanchement (accumulation de liquide dans la cavité articulaire), à une hypertrophie ou une inflammation de la synoviale (gonflement œdémateux) ou à des excroissances osseuses au niveau des rebords articulaires (gonflements durs de l'arthrose) ;
 - **déformation** : l'arthrite destructive induit des modifications architecturales de la zone atteinte (par exemple, déviation des doigts vers le côté ulnaire de la main dans la polyarthrite rhumatoïde sévère ; voir [figure 11.14](#) plus loin dans ce chapitre ;
 - **subluxation** : les segments déplacés des surfaces articulaires restent partiellement en contact ;
 - **luxation** : une perte de contact entre les surfaces articulaires survient suite à une lésion des surfaces des articulations, des tissus environnants et des tendons ;
 - **atrophie musculaire** : une non-utilisation, une inflammation et parfois une compression nerveuse peuvent être responsables d'une atrophie des muscles à proximité des articulations affectées.

2. Palpez :

- **chaleur** : une synovite active, une infection ou une arthrite microcristalline (par exemple, goutte) augmentent toutes la vascularisation et rendent la zone entourant l'articulation affectée plus chaude que la normale ;
- **sensibilité à la palpation** : une inflammation ou une infection de l'articulation en sont souvent la cause ;
- **synovite** : elle est responsable d'un gonflement œdémateux très caractéristique, plus ferme qu'un épanchement ;
- **hypertrophie osseuse** : les ostéophytes de l'arthrose ou l'épaississement de l'os sous-chondral sont très durs.

3. Mobilisez :

- **mouvement passif** : demandez au patient de se détendre et de vous laisser mobiliser son articulation dans ses directions anatomiques normales ; notez une limitation de l'extension (**déformation en flexion fixe**) ou de la flexion (**déformation en extension fixe**) ;
- **mouvement actif** : pour évaluer la fonction intégrée de l'articulation (par exemple, fonction des mains, démarche, examen du cou et du dos), demandez au patient de mobiliser l'articulation ;
- **stabilité** : essayez de mobiliser doucement l'articulation dans des directions anormales ; une articulation instable peut être mobilisée dans des directions autres que les plans habituels du mouvement, du fait d'une luxation ou de la perte du soutien tendineux normal ;
- **crépitation articulaire** : placez votre main sur l'articulation ou les tendons pendant que le patient mobilise l'articulation ; un bruit ou une sensation de crissement provenant de l'articulation évoque une chronicité.

4. Mesurez :

- **estimez** approximativement les angles articulaires si nécessaire. Dans la pratique clinique, seuls les rhumatologues connaissent les angles articulaires ; ils ne sont inclus qu'à des fins d'exhaustivité de la présentation. Notez les mouvements en nombre de degrés de flexion à partir de la position anatomique en extension (par exemple, genou tendu). Une déformation

en flexion fixe du genou peut être notée « 30°/60° », ce qui signifie qu'il existe 30° de déformation en flexion fixe et que la flexion est limitée à 60°;

- **utilisez un mètre ruban :**
 - pour mesurer et suivre la masse musculaire du quadriceps;
 - et dans l'examen des mouvements rachidiens (voir ci-dessous).

EXAMEN ARTICULATION PAR ARTICULATION

Vous devez savoir examiner les mains, le dos et les genoux, même si d'autres articulations peuvent également apporter des informations diagnostiques importantes.

Les mains et les poignets

Demandez au patient de s'asseoir sur le bord du lit et de placer ses mains sur l'oreiller, paumes vers le bas.

1. Regardez :

- **les poignets** : notez la présence d'un érythème, d'une atrophie, de cicatrices, d'un gonflement et d'éruptions cutanées; recherchez également des stries creuses entre les os métacarpiens (atrophie musculaire des muscles intrinsèques de la main);
- **les articulations métacarpophalangiennes** : notez la présence d'anomalies cutanées, d'un gonflement ou d'une déformation (déviation ulnaire et subluxation volaire [palmaire] des doigts);
- **les articulations interphalangiennes proximales et distales** : notez la présence d'anomalies cutanées et d'un gonflement articulaire;
- **déformation en « col de cygne »** : notez l'existence d'une hyperextension des articulations interphalangiennes proximales et d'une flexion des articulations interphalangiennes distales; cet aspect est caractéristique de la polyarthrite rhumatoïde (figure 11.3);
- **arthrose** : notez la présence d'un **gonflement** des articulations interphalangiennes distales et de la première articulation carpométacarpienne. Recherchez des **nodosités d'Heberden**, qui sont des ostéophytes marginaux localisés à la base des phalanges distales;



Figure 11.3 Déformation en « col de cygne ».
(Sebastin SJ, Chung KC. Reconstruction of digital deformities in rheumatoid arthritis. *Hand Clinics*, 2011 ; 27(1), figure 4.)

- **les doigts** : notez la présence des **doigts en saucisse typiques** de l'arthropathie psoriasique ;
 - **les ongles** : notez la présence d'anomalies unguéales **psoriasiques** telles que des dépressions en « dé à coudre » (voir [tableau 3.2](#) au [chapitre 3](#)), une onycholyse, une hyperkératose (épaississement des ongles), des striures et une décoloration ;
 - anomalies induites par une **vascularite** : recherchez des hémorragies linéaires (par exemple, dues à la polyarthrite rhumatoïde) ;
 - **les faces palmaires** : notez la présence de cicatrices (en raison de réparations ou de transferts tendineux), d'un érythème palmaire et d'une atrophie musculaire des éminences thénar ou hypothénar.
2. Palpez et mobilisez ([figure 11.4](#)) :
- avec vos deux pouces, palpez les **poignets** à la recherche d'une **synovite** ([figure 11.5](#)) et d'épanchements. Notez l'existence d'une sensibilité, d'une limitation des mouvements ou d'une crépitation articulaire ;
 - passez aux articulations métacarpophalangiennes : **fléchissez l'articulation métacarpophalangienne**, en tenant la phalange proximale entre le pouce et l'index, puis balancez l'articulation vers l'arrière et vers l'avant. Il peut exister un mouvement très exagéré en cas de laxité ligamentaire ou de subluxation ;

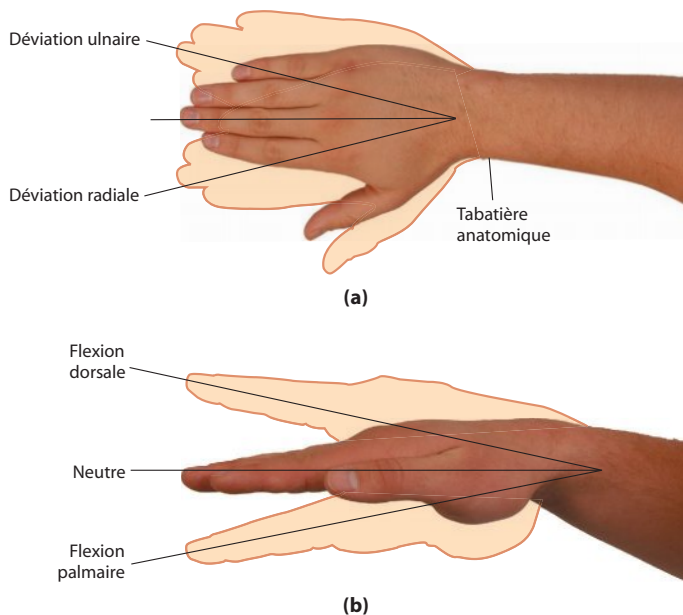


Figure 11.4 Mouvements du poignet. **(a)** Déviation ulnaire et radiale. **(b)** Flexion dorsale et palmaire. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

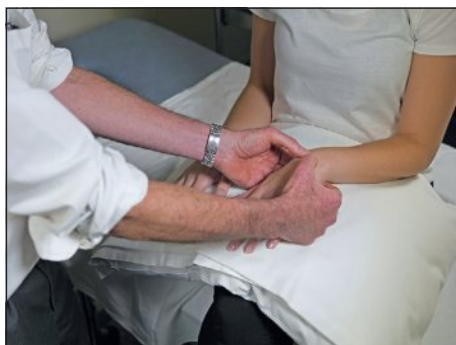


Figure 11.5 Palpation des poignets à la recherche d'une synovite.

- **palpez toutes les articulations interphalangiennes proximales et distales** à la recherche d'une sensibilité et de gonflements. L'hypertrophie osseuse, dure, est due à la présence d'ostéophytes;
 - recherchez une **crépitation des tendons palmaires**. Placez les faces palmaires de vos doigts contre la paume de la main du patient pendant que celui-ci fléchit et étend les articulations métacarpophalangiennes. Recherchez un **doigt à ressort** (incapacité d'étendre un doigt dans la ténosynovite sténosante);
 - effectuez la **manœuvre de Finkelstein**. Tenez la main du patient avec le pouce replié dans la paume puis tournez rapidement le poignet en déviation ulnaire complète. Une douleur aiguë apparaît dans les tendons du pouce quand ces tendons sont le siège d'une ténosynovite (ténosynovite de De Quervain);
 - recherchez par palpation les **nodules sous-cutanés** de la polyarthrite rhumatoïde, à proximité des coudes.
3. Effectuez des tests de fonction :
- testez la **force de préhension** en demandant au patient de serrer deux de vos doigts;
 - testez la **préhension d'une clé** (figure 11.6a) en demandant au patient de tenir une clé entre les pulpes du pouce et de l'index;
 - testez la **force d'opposition** (figure 11.6b) en demandant au patient d'opposer le pouce et l'auriculaire, puis évaluez la résistance de ces deux doigts à l'écartement;
 - effectuez un **test pratique**, en demandant par exemple au patient de défaire un bouton ou d'écrire avec un stylo.

Les coudes

1. Recherchez un **épanchement articulaire** (gonflement de chaque côté de l'olécrâne). Des gonflements discrets au-dessus de l'olécrâne peuvent être dus à des nodules rhumatoïdes (gonflements fermes parfois sensibles à la palpation, fixés aux structures plus profondes), à des tophus goutteux ou à une hypertrophie de la bourse olécranienne.
2. Recherchez une **sensibilité à la palpation**, notamment au-dessus des épicondyles. Les **nodules rhumatoïdes** sont

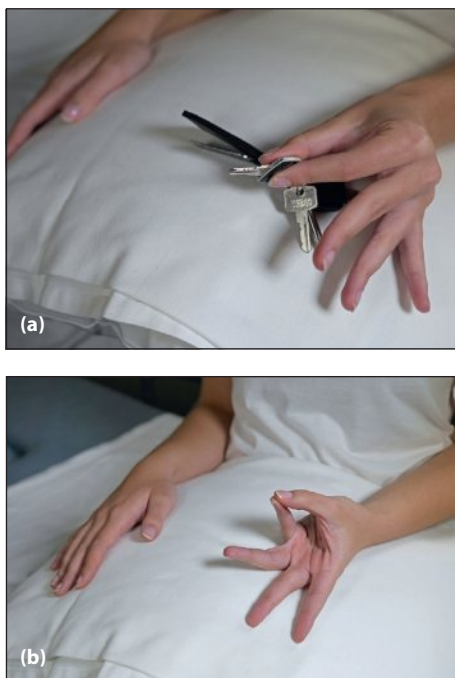


Figure 11.6 Préhension d'une clé **(a)** et force d'opposition **(b)**.

durs, parfois sensibles à la palpation et ils sont fixés aux structures sous-jacentes, alors que les **tophus goutteux** sont fermes et apparaissent souvent de couleur jaunâtre sous la peau.

3. Mobilisez passivement les coudes. Le coude est une articulation à charnière dont le mouvement va de 0° (**extension**) à 150° (**flexion**).

Les épaules

1. Regardez l'articulation (**figure 11.7**). Seuls les épanchements volumineux peuvent être détectés.
2. Palpez à la recherche d'une sensibilité et de gonflements.
3. Effectuez la manœuvre de grattage d'Apley pour examiner les mouvements actifs de l'épaule. Demandez au patient de gratter une démangeaison imaginaire sur la scapula

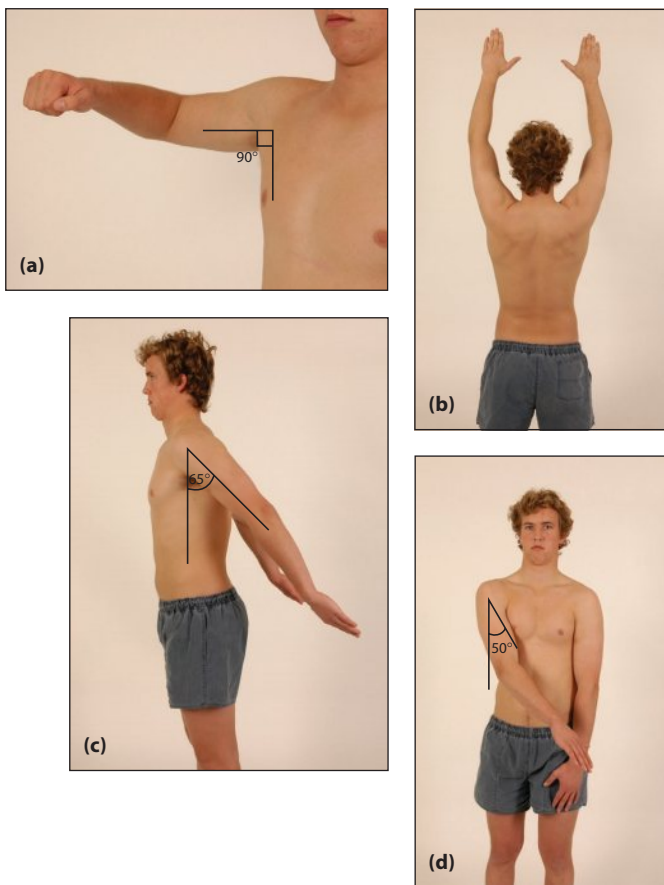


Figure 11.7 Mouvements des épaules. **(a)** Abduction à l'aide de l'articulation gléno-humérale. **(b)** Abduction à l'aide de l'articulation gléno-humérale et de la scapula. **(c)** Extension. **(d)** Adduction. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

opposée, d'abord en passant par-dessus l'épaule opposée, puis en passant derrière le cou, et enfin en passant derrière le dos (figure 11.8). Recherchez une limitation des mouvements et demandez au patient si les différents mouvements sont douloureux.

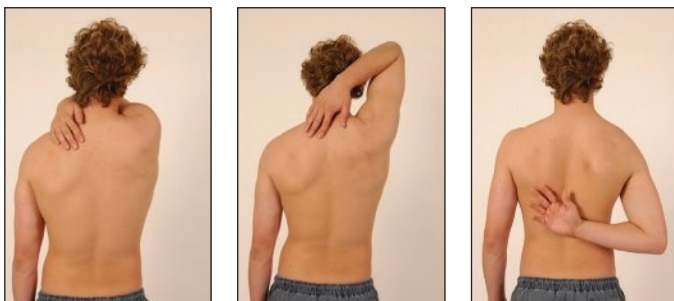


Figure 11.8 Manœuvre de grattage d'Apley pour évaluer les mouvements de l'épaule. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

4. Si vous observez une anomalie lors de la manœuvre de grattage, mobilisez passivement l'articulation. Testez l'**abduction** (90°), l'**élévation** (180°), l'**adduction** (50°), la **rotation externe** (60°), la **rotation interne** (90°), la **flexion** (180°) et l'**extension** (65°) (figure 11.7). Observez pour vous assurer que le mouvement provient de l'épaule et non de la scapula.

Les articulations temporo-mandibulaires

1. Examinez l'avant de l'oreille à la recherche d'un gonflement.
2. Palpez pour détecter un crissement et une sensibilité en plaçant un doigt juste en avant de l'oreille pendant que le patient ouvre et ferme la bouche.

Le cou

1. Examinez le rachis cervical chez le patient assis et notez en particulier la posture.
2. Testez le **mouvement** actif pour la **flexion** (45°), l'**extension** (45°), l'**inclinaison latérale** (45°) et la **rotation** (70°) (figure 11.9).

Le rachis thoracolumbaire et les articulations sacro-iliaques

Pour commencer l'examen, demandez au patient (qui ne porte que ses sous-vêtements) de se tenir debout.

1. Recherchez une **déformation** telle qu'une scoliose, une courbure latérale du rachis ou une perte de la cyphose

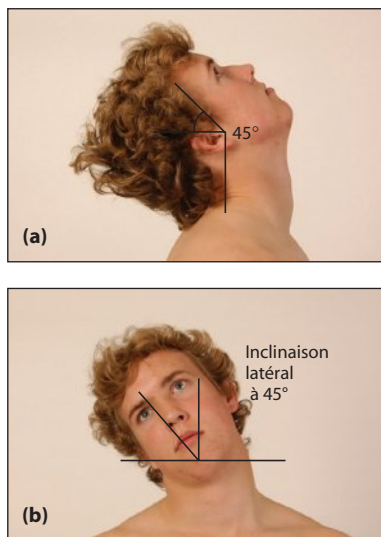


Figure 11.9 Mouvements du cou. **(a)** Extension : « Penchez votre tête en arrière et regardez vers le haut. » **(b)** Inclinaison latérale : « Maintenant, touchez votre épaule avec votre oreille droite. » (45°). Rotation : « Maintenant, regardez par-dessus votre épaule, vers la droite puis vers la gauche. » (70°). (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

thoracique et de la lordose lombaire normales (par exemple, en raison d'une spondylarthrite ankylosante).

2. Palpez **chaque corps vertébral** à la recherche d'une sensibilité et d'un spasme musculaire. Recherchez également une sensibilité à la palpation des articulations sacro-iliaques.
3. Testez le mouvement actif : **flexion, extension, inclinaison latérale et rotation** (figure 11.10). Mesurez la capacité de flexion lombaire à l'aide du test de Schober (figure 11.11). Pratiquez une marque au niveau de l'épine iliaque postérieure sur la colonne vertébrale. Placez un doigt 5 cm en dessous de cette marque et un doigt 10 cm au-dessus. Demandez au patient de se pencher en avant pour toucher ses orteils. Si la flexion lombaire est normale, la distance entre vos doigts doit augmenter d'au moins 5 cm.

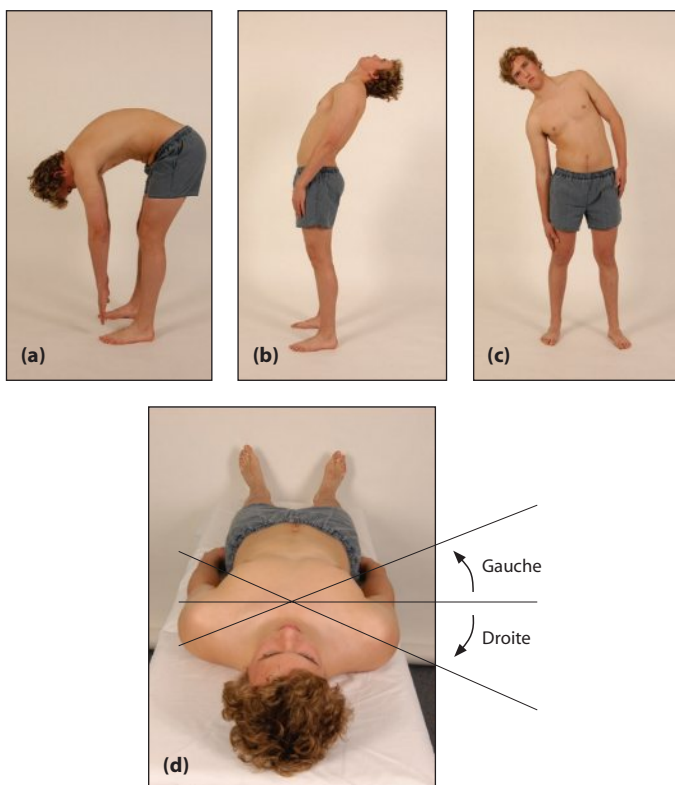


Figure 11.10 Mouvements du rachis thoracolumbaire. **(a)** Flexion. **(b)** Extension. **(c)** Inclinaison latérale. **(d)** Rotation. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

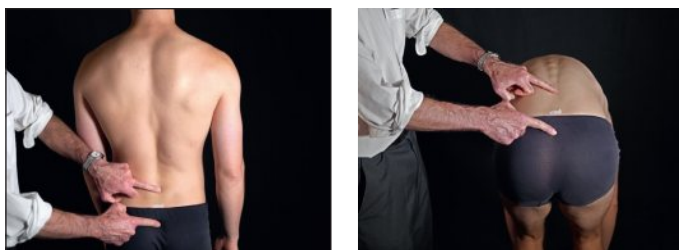


Figure 11.11 Test de Schober.

4. Effectuez la **manœuvre de Lasègue**, chez le patient allongé, en levant la jambe tendue. Dans la hernie discale lombaire (racines nerveuses L4, L5, S1), ce mouvement est limité par la douleur.
5. Effectuez la **manœuvre de Léri**. Demandez au patient de s'allonger sur le ventre. Fléchissez le genou puis étirez la hanche. Le test est positif quand une douleur apparaît dans le dos (ou à l'avant de la cuisse).

Les hanches

1. Palpez à un niveau juste distal du centre du ligament inguinal, à la recherche d'une sensibilité de l'articulation.
2. Mobilisez passivement la hanche chez le patient allongé, d'abord sur le dos.
3. Testez la **flexion** (90°), l'**abduction** (50°), l'**adduction** (45°), la **rotation externe** et la **rotation interne** (45°). Demandez au patient de se mettre sur le ventre et testez l'**extension** (figure 11.12).
4. Demandez au patient de se mettre debout et effectuez le **test de Trendelenburg**. Le patient se tient debout sur une jambe, puis sur l'autre. Normalement, la hanche non portante s'élève, mais, en cas de myopathie proximale ou d'atteinte articulaire de la hanche, elle s'abaisse.

Les genoux

1. Recherchez une amyotrophie du quadriceps et examinez les genoux eux-mêmes à la recherche d'anomalies cutanées, de gonflements et de déformations. Un espace est visible sous le genou s'il existe une déformation de flexion permanente. Le genou ne peut pas être étendu complètement et reste fléchi en permanence; la jambe ne peut pas être allongée à plat sur le lit.
2. Palpez le quadriceps pour détecter une **atrophie musculaire**. Palpez les genoux à la recherche d'une chaleur et d'un gonflement synovial.
3. Par la recherche d'un **choc patellaire**, confirmez la présence d'épanchements volumineux. Comprimez l'extrémité inférieure du muscle quadriceps et refoulez le liquide contenu dans la bourse suprapatellaire vers le bas et sous la patella. Utilisez votre autre main pour appuyer

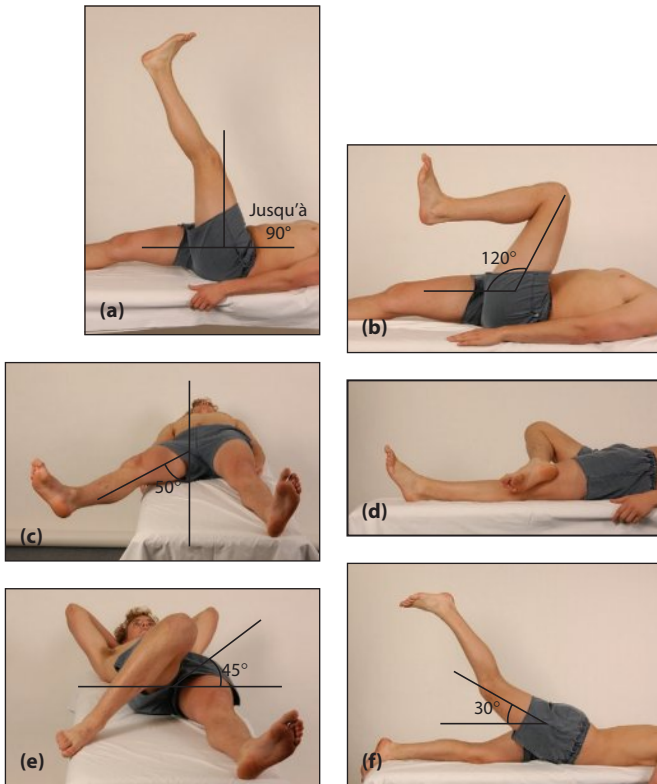


Figure 11.12 Mouvements de la hanche. **(a)** Flexion. **(b)** Flexion, genou plié. **(c)** Abduction. **(d)** Rotation externe. **(e)** Rotation interne. **(f)** Extension. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

brusquement sur la patella. Un déplacement postérieur de la patella suivi d'un choc palpable et audible est un signe de collection liquidienne significative. Des quantités moins importantes de liquide peuvent être mises en évidence par un bombement de part et d'autre de la patella; avec des mouvements de refoulement vers le haut, on peut observer une réduction temporaire du volume liquidien puis une accumulation lente.

4. Mobilisez passivement l'articulation. Testez la **flexion** (135°) et l'**extension** (5°), et notez la présence d'une crépitation (**figure 11.13a**).
5. Testez les **ligaments collatéraux** et **croisés**. Les ligaments collatéraux latéral et médial sont testés avec le genou légèrement fléchi. Saisissez le tibia du patient et essayez d'imprimer des mouvements latéraux et médiaux de la jambe sur le genou. La cuisse est stabilisée avec votre autre main (**figure 11.13b**). Un mouvement de plus de 10° est anormal. Les ligaments croisés sont testés en fléchissant le genou du patient à 90° . L'une de vos mains stabilise la cuisse pendant que l'autre, placée derrière le genou du patient, tente d'imprimer des mouvements antérieurs et postérieurs de la jambe sur le genou (**figure 11.13c**).
6. Pour finir, demandez au patient de se lever. Recherchez particulièrement un **genu varum** (jambe arquée) et un **genu valgum** (genou cagneux).
7. Inspectez et palpez derrière les genoux, dans le creux **poplité**, à la recherche d'un kyste de Baker.



Figure 11.13 Examen du genou. **(a)** Recherche d'une crépitation. **(b)** Test des ligaments collatéraux. **(c)** Test des ligaments croisés.

Les chevilles et les pieds

1. Examinez la peau à la recherche d'un gonflement, d'une déformation (hallux valgus et griffe) ou d'une atrophie musculaire. Des **déformations en saucisse des orteils** apparaissent dans l'arthropathie psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et la maladie de Fiessinger-Leroy-Reiter. Recherchez des anomalies unguéales évocatrices d'un psoriasis. Inspectez l'arc transversal du pied et l'arc longitudinal ; ils peuvent être aplatis dans les affections arthritiques du pied.
2. Recherchez un **gonflement** autour des malléoles latérale et médiale. Un gonflement indolore et une déformation de la cheville apparaissent dans la neuroarthropathie de Charcot, souvent dues à une neuropathie diabétique.
3. Mobilisez l'**articulation talaire (cheville)**, en saisissant d'une main le milieu du pied (**dorsiflexion** et **flexion plantaire**).
4. Pour l'**articulation subtalaire**, une douleur au mouvement est plus importante à noter que l'amplitude.
5. Comprimez les **articulations métatarsophalangiennes** en serrant les 1^{er} et 5^e métatarsiens entre votre pouce et votre index. Une douleur est évocatrice d'une inflammation.
6. Palpez le **tendon calcanéen** à la recherche de nodules rhumatoïdes ou d'une tendinite du tendon calcanéen.

Points clés en situation pratique

Anomalies rhumatologiques fréquentes

Mains

Polyarthrite rhumatoïde (figures 11.3 et 11.14).

Arthrose.

Arthrite goutteuse.

Rhumatisme psoriasique et ongles psoriasiques.

Sclérodermie.

Dos

Spondylarthrite ankylosante.

Genoux

Arthrose.

Épanchement.

Chevilles et pieds

Polyarthrite rhumatoïde du pied.
Cheville de Charcot.
Goutte.



Figure 11.14 Mains de polyarthrite rhumatoïde. Les flèches indiquent les déformations typiques. (* Dite aussi « coup de vent cubital ».) (Sebastin SJ, Chung KC. *Reconstruction of digital deformities in rheumatoid arthritis. Hand Clinics*, 2011 ; 27(1), figure 4.)

Points clés en situation pratique

Comment évaluer rapidement le système rhumatologique d'un patient, y compris sa mobilité

Utilisez une méthode **GALS** modifiée¹ :

Démarche (**G**ait).

Bras (**A**rms).

Jambes (**L**egs).

Rachis (**S**pine).

Interrogez

Êtes-vous gêné par une douleur ou une raideur au niveau du dos, des muscles ou des articulations ?

À quel endroit exactement ?

Dans quelle mesure ces problèmes vous perturbent-ils ?

Pouvez-vous monter et descendre les escaliers ?

Pouvez-vous facilement vous lever de votre chaise ?

Pouvez-vous vous laver et vous habiller seul ?

1 Note de l'éditeur : Moyen mnémotechnique utilisable en anglais.

Examinez

1. **La démarche.** Demandez au patient de marcher jusqu'au bout de la pièce, de se retourner et de revenir. Notez la longueur des pas, la fluidité de la marche et du demi-tour, la posture, l'impact du talon sur le sol et le balancement des bras. La marche est-elle visiblement douloureuse et existe-t-il un problème neurologique ? Une démarche parkinsonienne, un pied tombant ou toute autre démarche caractéristique d'une atteinte neurologique devrait vous sauter aux yeux.
2. **Les bras, les jambes et le rachis.**
 - a. **De dos :** examinez le rachis à la recherche d'une scoliose. La masse musculaire des épaules, des muscles paravertébraux, des muscles glutéaux (anciennement muscles fessiers) et des mollets est-elle symétrique et normale ?
 - b. **De profil :** recherchez la lordose et la cyphose thoracique normales. Demandez au patient de se pencher en avant et recherchez la séparation normale des processus épineux lombaires.
 - c. **De face :** recherchez une asymétrie ou une atrophie des principaux groupes musculaires (épaules, bras et quadriceps). Existe-t-il une déformation des genoux, des chevilles ou des pieds ?
3. Lorsque l'arthrite semble importante, prenez le temps de tester les mouvements. Recherchez des mouvements limités, asymétriques ou douloureux.
 - a. **Rachis.**
 - Rotation : *« Tournez les épaules le plus possible vers la droite ; maintenant vers la gauche. »*
 - Flexion latérale : *« Faites glisser votre main le long de votre jambe du côté droit. Refaites la même chose du côté gauche. »*
 - Rachis cervical :
 - Flexion latérale : *« Rapprochez votre oreille droite de votre épaule droite. Refaites la même chose à gauche. »*
 - Flexion et extension : *« Penchez le plus possible votre tête en arrière et regardez vers le haut. Maintenant baissez le menton sur la poitrine. »*
 - b. **Épaules** (articulations acromioclaviculaire, gléno-humérale, sternoclaviculaire).
 - *« Mettez votre main droite dans le dos et essayez d'aller le plus loin possible, comme si vous vouliez vous gratter le dos. Refaites la même chose avec la main gauche. »*
 - *« Mettez vos mains derrière la tête et tirez le plus possible vos coudes vers l'arrière. »*
 - c. **Coudes** (extension).
 - *« Tendez vos bras le long du corps. »*

d. Mains et poignets.

- « *Tendez les bras et les mains devant vous.* »
 - Recherchez une déformation en flexion fixe des doigts ainsi qu'un gonflement et une déformation des mains et des poignets ou une atrophie des petits muscles des mains.
- « *Tournez vos mains de manière à diriger les paumes vers le haut.* »
 - Examinez les paumes à la recherche d'un gonflement ou d'une atrophie musculaire.
 - La supination se fait-elle facilement et complètement ?
 - La rotation externe de l'épaule est-elle utilisée pour compenser la limitation de la supination ?
- « *Serrez mes doigts le plus fort possible* ». (Pour tester la force de préhension.)
- « *Touchez le bout de chaque doigt avec votre pouce.* » (Pour tester la plupart des articulations des doigts.)

e. Jambes et hanches.

- « *Allongez-vous sur le lit.* »
 - Regardez la longueur des jambes et, si elle vous semble anormale, mesurez la vraie longueur de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole médiale et la longueur apparente de l'ombilic à la malléole médiale.
 - Testez la flexion du genou.
- « *Pliez le genou et ramenez votre pied vers vos fesses.* »
 - Posez votre main sur la patella et recherchez une crépitation.
- Recherchez une arthrose de la hanche en la portant en rotation interne.
- Fléchissez le genou à 90° et mobilisez le pied latéralement.
- La douleur et la limitation des mouvements se manifestent précocement dans l'arthrose.

f. Pieds.

- Recherchez des anomalies arthritiques, en particulier au niveau des articulations métatarsophalangiennes, des oignons, des callosités, etc.

L'examen devra être adapté pour les patients peu mobiles mais, avec la pratique, vous pourrez le réaliser rapidement et ainsi satisfaire vos examinateurs.

ECOS – Mise en situation clinique¹ « Les articulations »

1. **Cette femme souffre de polyarthrite rhumatoïde. Interrogez-la pour évaluer la sévérité de la maladie ainsi que ses répercussions sur la patiente.**
 - a. Posez-lui les questions suivantes :
 - (i) Quel âge avez-vous ? Quel âge aviez-vous lorsque vos problèmes articulaires ont commencé ?
 - (ii) Quelles articulations ont été touchées et quand (à peu près) ?
 - (iii) Souffrez-vous actuellement d'une arthrite active (raideur matinale, gonflement) ? Depuis combien de temps ? Au niveau de quelles articulations ? Ce problème est-il pire lorsque vous faites un effort physique ou au repos ?
 - (iv) Quelle profession exerciez-vous par le passé ? Et aujourd'hui ? Comment gérez-vous la situation au travail ? Pensez-vous pouvoir continuer à travailler ?
 - (v) Pouvez-vous conduire ? Comment faites-vous pour vous laver, vous habiller, etc. ?
 - (vi) Qui vit avec vous ? Comment ces personnes s'adaptent-elles à votre maladie ?
 - (vii) A-t-il été nécessaire d'apporter des modifications à votre logement ou à votre voiture ? Avez-vous besoin d'une canne, d'un déambulateur ou d'une chaise roulante pour vous déplacer ?
 - (viii) Quels traitements suivez-vous ? Avez-vous eu besoin de prendre des corticoïdes ? Les médicaments que vous avez pris ont-ils eu des effets indésirables ? Avez-vous eu besoin d'être traitée pour une ostéoporose ou une anémie ?
 - (ix) Avez-vous subi une opération des articulations ou des tendons ?
 - (x) Êtes-vous préoccupée par votre futur état de santé ?
 - b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
2. **Cet homme a mal aux mains. Examinez-les.** (Lavez-vous les mains.)
 - a. Reculez-vous pour examiner le patient à la recherche d'une arthrite généralisée.
 - b. Demandez-lui de s'asseoir sur une chaise ou sur le bord du lit et de poser ses mains sur un oreiller.
 - c. Examinez les faces palmaires et dorsales avant de lui toucher les mains. Notez l'existence de déformations.

1 Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir « Avertissements : les ECOS » en début d'ouvrage.

- d. Demandez s'il existe des endroits douloureux.
- e. Examinez ses mains comme décrit p. 284.
- f. Présentez vos conclusions à la fin ou décrivez les anomalies constatées au fur et à mesure.

3. Ce patient a mal au genou droit lorsqu'il marche.

Examinez-le.

(Lavez-vous les mains.)

- a. Demandez au patient d'exposer ses deux jambes, au moins jusqu'à mi-cuisse.
- b. Étudiez la démarche. Observez le patient de face et de profil.
- c. Pendant que le patient regagne son lit, reculez-vous et recherchez des anomalies plus générales, notamment des déformations d'autres articulations importantes.
- d. Inspectez maintenant ses genoux. Recherchez des signes évidents d'inflammation ou des déformations. Existe-t-il un épanchement évident ?
- e. Demandez si les genoux sont douloureux. Palpez-les. Notez l'existence d'une sensibilité et la température cutanée. Notez la présence d'un épanchement.
- f. Évaluez les mouvements du genou et la stabilité ligamentaire et recherchez une crépitation.
- g. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

4. Cet homme a eu des douleurs lombaires.

Examinez son dos.

(Lavez-vous les mains.)

- a. Demandez au patient de se déshabiller (il gardera ses sous-vêtements).
- b. Regardez-le se déshabiller pour détecter des problèmes à rester immobile ou des douleurs.
- c. Examinez son dos à la recherche de déformations (augmentation ou diminution de la cyphose thoracique ou de la lordose lombaire, scoliose) et de cicatrices secondaires à une chirurgie antérieure.
- d. Demandez s'il existe des zones sensibles. Palpez chaque corps vertébral ainsi que les articulations sacro-iliaques. Percutez doucement avec le poing à la recherche d'une sensibilité.
- e. Testez l'amplitude des mouvements en demandant à chaque fois si le mouvement est douloureux (« *Tendez les jambes et touchez vos orteils* », « *Penchez-vous le plus possible en arrière* », « *Penchez-vous sur le côté et touchez votre jambe sous le genou* »).
- f. Demandez au patient de s'allonger sur le lit et effectuez les manœuvres de Lasègue et de Léri.
- g. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

5. Évaluez la fonction de la main de cette femme.

(Lavez-vous les mains.)

- a. Examinez ses mains à la recherche de déformations et de gonflements.

- b. Demandez si elles sont sensibles.
- c. Demandez-lui d'accomplir différentes tâches afin de tester la fonction de la main : préhension d'une clé (opposition et adduction du pouce), pince (opposition et flexion du pouce) et habillage (main, coude, épaule).
- d. Demandez la réalisation d'un examen neurologique de la main à la recherche de lésions d'un nerf périphérique ou de lésions sensitives.
- e. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

Points clés en situation pratique

L'examen des articulations

1. Renseignez-vous sur la présence d'une douleur et d'une raideur dans toutes les articulations.
2. Déterminez l'atteinte articulaire grâce à l'interrogatoire et confirmez avec l'examen.
3. Comparez toujours une articulation affectée avec l'articulation opposée pour vous assurer du degré d'anomalie.
4. Les articulations inflammatoires sont habituellement chaudes, rouges, gonflées et douloureuses. Il existe également une altération de la fonction.
5. L'évaluation fonctionnelle des articulations touchées donne des informations importantes sur l'impact clinique de l'affection.
6. Il est difficile de distinguer une lombalgie non spécifique de celle d'une spondylarthrite ankylosante, mais la sensibilité à la pression des articulations sacro-iliaques est un signe utile pour orienter vers une spondylarthrite ankylosante.