

L'EXAMEN DE CONTRÔLE 
DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

JOHN M. THOMPSON, M.D., FRCPC
ET AINSLEY WALTON



Table des matières

Introduction	p. 1
Patient debout	p. 3
Patient assis	p. 12
Patient couché	p. 26

Rédigé par

John M. Thompson, M.D., FRCPC
Division de rhumatologie
Département de médecine
Faculté de médecine
University of Western Ontario

St. Joseph's Hospital
268 Grosvenor Street
London (Ontario) N6A 4V2

Illustré par

Ainsley S. Walton

©1998 John M. Thompson

Toute reproduction du présent ouvrage faite sans autorisation est strictement interdite.

Ce bilan articulaire rapide et systématique est structuré de façon à permettre le dépistage de déviations. La découverte d'une anomalie aiguillera vers un examen plus approfondi des articulations concernées.

Il n'existe pas d'examen de contrôle « de référence » — mais l'examen qui fait l'objet du présent ouvrage est considéré par la plupart des médecins comme raisonnablement complet.

Cet examen peut être réalisé rapidement. Une fois maîtrisé, il demande moins de cinq minutes et peut s'intégrer de façon naturelle à l'examen physique général.

La séquence d'inspection du patient décrite ici — en position debout, assise, puis en décubitus dorsal — diffère de la suite « position assise – couchée – debout » que beaucoup préfèrent. Toutefois, en commençant par la position debout, on peut déceler des anomalies des membres inférieurs qui, autrement, ne sont parfois visibles qu'après mise en charge. On pourra ainsi porter une attention particulière aux articulations jugées suspectes durant le reste de l'examen, lorsque le patient est couché.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

L'être humain est bilatéralement symétrique. Aussi l'examineur doit-il, à mesure que son regard se porte d'une région à l'autre, comparer un côté avec l'autre, et non pas seulement avec une « moyenne » idéale.

L'**observation** et la comparaison, au fil de l'examen région par région, aident particulièrement à déceler

- un désalignement d'un os par rapport à un autre
- une asymétrie de la masse musculaire
- une enflure des articulations
- une limitation de l'amplitude des mouvements que le patient peut exécuter (appelés « mouvements actifs »)

La **palpation** renseigne, elle, sur des signes particuliers, comme

- une chaleur des articulations — habituellement, signe d'inflammation
- une sensibilité à la pression
- un épanchement — qui dénote la présence de liquide dans l'articulation
- une crépitation — « grincement » palpable ou audible à la mobilisation d'une articulation. La crépitation peut être osseuse, cartilagineuse ou synoviale.
- une instabilité de l'articulation
- une amplitude réduite — dans ce cas-ci, l'examineur mobilise l'articulation dans son amplitude maximale normale (« mouvement passif ») et compare cette amplitude passive avec l'amplitude active.

PRÉPARATION DU PATIENT

Le patient ne doit garder que ses sous-vêtements, mais pourra se couvrir d'une chemise d'hôpital nouée à l'arrière du cou. Pour l'examen des épaules, le patient peut retirer ses bras des manches. Une femme pourra par exemple rentrer la chemise dans le haut de son soutien-gorge. La séquence d'inspection, qui suit un ordre logique, est décrite ci-après. Pour chaque étape, un commandement verbal est suggéré. Toutefois, il est souvent plus efficace de montrer au patient, en même temps qu'on lui dit, ce qu'il doit faire. Ainsi, dans l'évaluation de l'abduction et de la rotation externe de l'épaule, les directives peuvent s'accompagner d'une démonstration : « placez les mains derrière la tête comme ceci — maintenant, écarter les coudes comme ceci — et bombez le torse comme cela. »

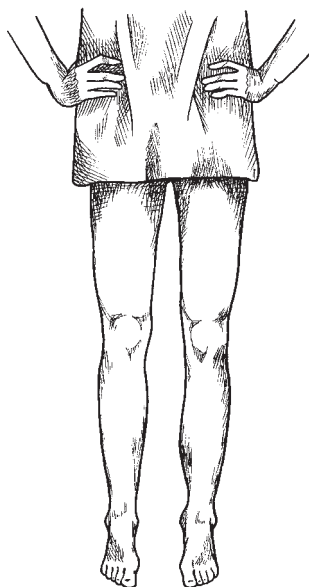
SÉQUENCE D'INSPECTION

- PATIENT DEBOUT**
 - modalité d'évaluation : mouvement actif
 - à intégrer dans l'examen neurologique des membres inférieurs, plus particulièrement l'évaluation de la force musculaire
- PATIENT ASSIS**
 - modalité d'évaluation : mouvements actif et passif
 - à intégrer dans la prise des signes vitaux, l'examen de la tête et du cou, l'examen du thorax et l'examen neurologique
- PATIENT COUCHÉ**
 - modalité d'évaluation : mouvement passif
 - à intégrer dans l'examen cardiovasculaire et l'examen de l'abdomen, de l'appareil génital et des ganglions

Directive : « Levez votre chemise à mi-cuisses et placez-vous devant moi, les pieds légèrement écartés. »

Points à surveiller :

Remarque :



masse musculaire des cuisses, symétrie	■ une atrophie du quadriceps s'associe souvent à l'arthrite du genou
alignement des genoux	■ « jambes arquées » = genu varum
	■ « genoux cagneux » = genu valgum
	■ hyperextension = genu recurvatum
enflure des genoux	■ recherchez un bombement sus-rotulien et un épanchement dans les « gouttières » latérale et médiale
alignement des chevilles	■ normales, varus, valgus
enflure des chevilles	■ les malléoles doivent saillir distinctement
voûte plantaire longitudinale	■ pied plat
alignement des orteils	■ « oignon » = hallux valgus
	■ « orteil en marteau »
	■ « orteil en griffe »
enflure des orteils	■ « orteil en saucisse » = dactylite (ou panaris)

Précisions

- Le genu varum et le genu valgum peuvent être normaux. Ils peuvent aussi être secondaires à une modification arthritique dans la loge fémoro-tibiale médiale (responsable de la déviation en varus) ou latérale (responsable de la déviation en valgus).
- Le genu valgum s'associe souvent à une douleur fémoro-rotulienne et à une crépitation, probablement parce que l'angulation entraîne un glissement anormal de la rotule entre les condyles fémoraux lorsque le genou effectue une flexion ou une extension.
- Le genu recurvatum (hyperextension du genou supérieure à 180°) se rencontre particulièrement souvent chez les jeunes femmes. Il peut procéder d'une tendance générale à l'hypermobilité articulaire. Les coudes, les doigts et les pouces peuvent également s'arquer vers l'arrière, et la flexion du tronc, genoux droits, permet de toucher facilement le sol avec les paumes. Une telle hypermobilité peut être source de douleurs articulaires.
- Le panaris d'un orteil (ou d'un doigt) s'observe fréquemment dans le rhumatisme psoriasique. L'enflure habituellement rouge ou violacée qu'il entraîne peut faussement évoquer une infection.

Directive : « Maintenant, tournez-vous que j'examine votre colonne vertébrale. »



Points à surveiller :

courbures du rachis dans le plan sagittal

Remarque :

- lordose cervicale
- cyphose dorsale
- lordose lombaire



Points à surveiller :

courbure du rachis dans le plan frontal
 plis cutanés à la taille

masse musculaire des cuisses et symétrie

creux poplité (derrière du genou)

masse musculaire des mollets et symétrie

alignement des chevilles

tendons d'Achille, malléoles

Remarque :

- normale (occiput aligné sur le milieu du sacrum) ou scoliose
- une asymétrie peut indiquer une scoliose ou une inégalité de longueur des jambes
- un aspect rebondi asymétrique peut dénoter un kyste de Baker
- normales, varus, valgus
- ils doivent saillir distinctement

Précisions

- La scoliose peut être plus évidente lorsque le patient effectue une flexion antérieure (étape 3).
- On peut apprécier une inégalité de longueur des membres inférieurs, qu'elle soit réelle ou factice (due à l'extension incomplète de la hanche ou du genou), en palpant les crêtes iliaques dans la ligne médio-axillaire. En plaçant un index de chaque côté, vérifiez si elles sont alignées horizontalement ou s'il existe une obliquité du bassin.
- Chez environ le tiers des patients, la cavité articulaire du genou est en communication avec la bourse séreuse du poplité. S'il y a épanchement, le liquide articulaire va s'évacuer de la cavité, où la pression est élevée, vers la bourse séreuse, où la pression est basse, et engendrer une tuméfaction de la bourse séreuse (kyste de Baker). Si la tuméfaction se constitue rapidement, elle peut provoquer une rupture du kyste, dont les signes — une douleur au mollet et une ecchymose à la cheville — simulent une thrombose veineuse profonde. Si la tuméfaction est chronique, elle peut s'étendre dans le mollet, en deçà des muscles jumeaux de la jambe, et réaliser une asymétrie des mollets.
- L'épaississement unilatéral du tendon d'Achille, souvent rouge et sensible, est l'un des signes d'appel de l'arthrite séronégative.
- La concavité normale de la région sous-malléolaire peut être « comblée » en cas de ténosynovite intéressant le tendon postérieur du tibia (malléole médiale) ou le tendon long péronier (malléole latérale).

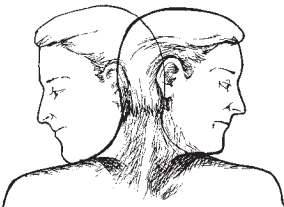
Colonne cervicale : *Pendant l'exécution des mouvements de rotation et de flexion latérale, posez doucement un doigt sur l'articulation acromioclaviculaire droite ou gauche. NE FORCEZ PAS le mouvement.*

**Directive :**

« Regardez au plafond. »
« Rentrez le menton
vers la poitrine. »

Mouvement :

- extension
- flexion

**Directive :**

« Touchez chaque épaule
du menton. »

Mouvement :

- rotation

**Directive :**

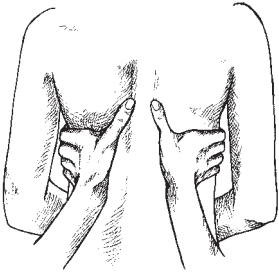
« Maintenant, collez l'oreille
sur l'épaule, de chaque côté. »

Mouvement :

- flexion latérale

**Thorax :
(articulations
costovertébrales)**

Encerclez le thorax juste au-dessous des omoplates avec les mains, les pouces touchant la ligne médiane. Pendant que le patient inspire et expire profondément, vérifiez la symétrie du thorax et l'amplitude des mouvements thoraciques.



Directive :

« Inspirez profondément,
puis expirez. »

Mouvement :

■ expansion du thorax

Précisions

- L'expansion du thorax peut être symétriquement restreinte chez les patients souffrant d'emphysème, caractérisé par une distension chronique des poumons, ou chez ceux atteints d'une spondylarthrite ankylosante — laquelle peut limiter grandement la mobilité des articulations costovertébrales. Pour confirmer l'existence d'une limitation, on mesure le périmètre thoracique, au moment d'une inspiration et d'une expiration complètes, en passant un ruban gradué autour du thorax au niveau des mamelons. L'amplitude doit être d'au moins 2 cm (une excursion de 4 à 5 cm s'observe couramment).
- Une limitation asymétrique de l'expansion traduit habituellement une affection intra-thoracique (telle qu'un épanchement pleural unilatéral important).

Colonne lombaire : *Alignez le bout des doigts de votre main droite sur la courbure de la lordose lombaire et notez le degré d'espacement des doigts lorsque le patient est en position de flexion avant.*



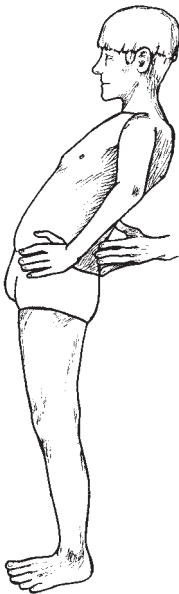
Directive :

Mouvement :

« En gardant les genoux droits, essayez de toucher à vos orteils. »

■ flexion

Écartez les doigts sur la courbure de la lordose lombaire, soutenez ainsi légèrement le patient, et notez le degré d'espacement des doigts.



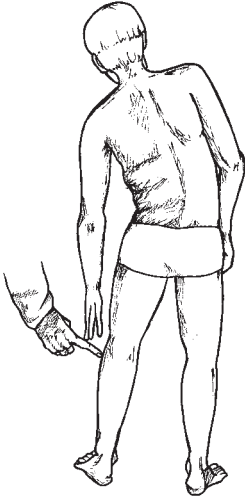
Directive :

Mouvement :

« Les mains sur les hanches, penchez-vous le plus loin possible vers l'arrière. »

■ extension

Le patient doit essayer de toucher le doigt de l'examineur, qui pointe la tête du péroné.



Directive :

« Les genoux droits, penchez-vous de côté pour toucher mon doigt. »

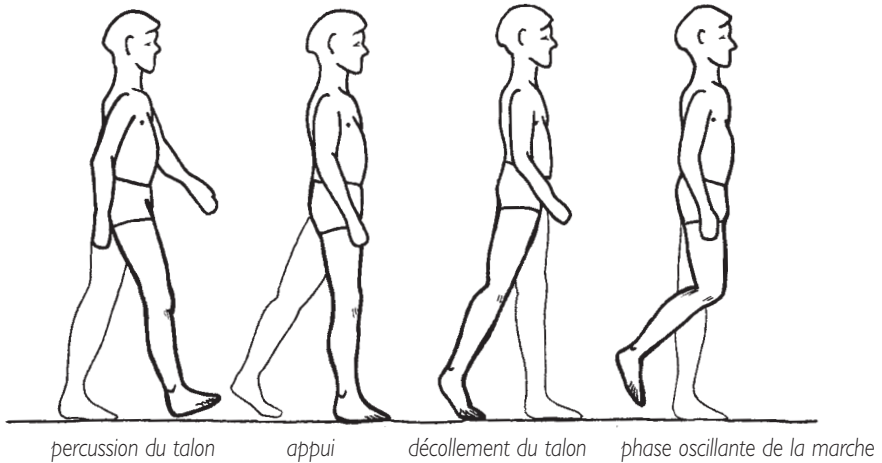
Mouvement :

- flexion latérale

Précisions

- Pendant la flexion lombaire, la lordose lombaire normale s'efface, puis s'inverse pour devenir une cyphose. Une douleur à la flexion peut témoigner d'une affection discale lombaire.
- On peut surveiller l'amélioration ou la détérioration de l'état du patient atteint de spondylarthrite ankylosante au moyen du test de Schober, qui mesure la flexion de la colonne vertébrale. Une variante de ce test consiste à tracer un trait sur la peau de la colonne lombaire au niveau des fossettes de Vénus, alors que le sujet se tient debout normalement, puis à en tracer deux autres, l'un 10 cm plus haut, et l'autre, à 5 cm au-dessous du trait initial. Le patient se penche ensuite en avant aussi loin que possible. La distance entre les repères est mesurée de nouveau et doit être d'au moins 20 cm.
- La limitation de l'extension lombaire s'accompagnant d'une gêne s'observe fréquemment et fait évoquer une arthrite des articulations facettaires.
- Les mouvements de la colonne lombaire, y compris la flexion latérale, sont souvent limités dans la spondylarthrite ankylosante.

Directive : « Maintenant, marchez, retournez-vous et revenez vers moi. »



Comparez un côté avec l'autre :

phase « oscillante »

lorsque le pied est porté en avant après appui sur les orteils
(décollement du talon)

phase « d'appui »

depuis le moment où le talon touche le sol à celui du transfert du poids
sur la plante du pied, puis sur les orteils

Il suffit de trois foulées pour établir le schéma de la démarche. Beaucoup d'éléments doivent retenir l'attention : la colonne lombaire, le bassin, les hanches, les genoux, les chevilles et les pieds. Comparez la synchronisation et la durée de la phase d'appui de chaque côté; vérifiez si la longueur de pas est égale. Regardez le patient marcher de face, de dos et, au besoin, de profil.

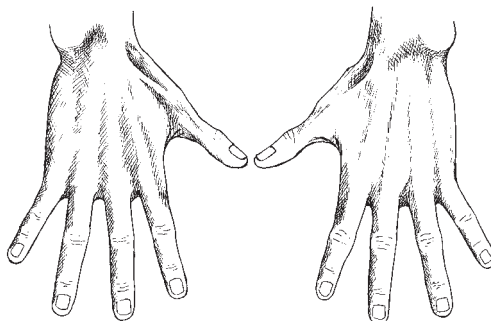
Précisions

- La démarche antalgique (antalgique = « contre la douleur ») peut révéler la présence d'un foyer douloureux, n'importe où entre le pied et le bassin. Le patient tente ainsi d'éviter de faire porter son poids sur le côté douloureux. En conséquence, la phase d'appui est plus brève de ce côté, et la phase oscillante, plus courte de l'autre côté (indemne) — ce qui donne une foulée plus courte.
- La démarche arthritique (raideur du genou ou de la hanche) résulte de la raideur articulaire et n'est pas nécessairement douloureuse. Étant donné que la flexion du genou ou de la hanche est gênée du côté « malade », il y a flexion exagérée de la plante du pied du « bon » côté (le patient élève davantage les orteils), tandis que la jambe « malade » exécute une circumduction durant la phase oscillante pour permettre un dégagement des orteils.
- La démarche de Trendelenburg traduit un dysfonctionnement unilatéral des muscles adducteurs de la hanche. Ce dysfonctionnement peut être secondaire à une faiblesse neurologique ou encore à une atteinte de l'articulation coxo-fémorale (p. ex., une coxarthrose), que la contraction des muscles adducteurs aggraverait (la charge subie par la hanche pouvant ainsi être doublée). La démarche de Trendelenburg comprend deux composantes. D'une part, le thorax est chassé vers le côté pour que le centre de gravité soit placé sur la jambe « malade » pendant la phase d'appui et, simultanément, le bassin s'affaisse du côté opposé (parce que les muscles adducteurs homolatéraux ne se contractent pas suffisamment pour maintenir le bassin de niveau).

ÉTAPE I

Inspection du dos des mains et évaluation de l'extension des doigts

Directive : « Montrez-moi le dos de vos mains en écartant les doigts autant que possible. »



Points à surveiller :

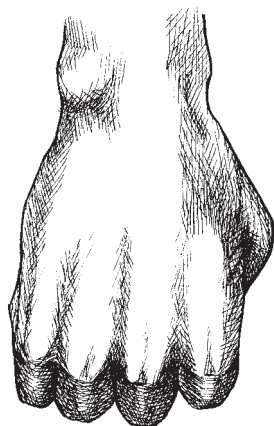
Remarque :

- | | |
|---|--|
| repères osseux du poignet | ■ apophyse styloïde du cubitus bien visible ou dissimulée par une tuméfaction des tissus mous |
| alignement des doigts | ■ droits, sans déviation du côté cubital ou radial |
| contour des articulations métacarpophalangiennes (MCP) et interphalangiennes proximales (IPP) et distales (IPD) | ■ signes d'hypertrophie des tissus mous ou de prolifération osseuse |
| couleur du tégument des jointures | ■ rougeur |
| ongles | ■ hippocratiques, ponctués (ponctuations cupuliformes de l'ongle), angéites du repli cutané de l'ongle, onycholyse |
| peau des doigts | ■ brillante, tendue, tuméfiée ou normalement plissée |

Précisions

- La déviation des doigts du côté cubital, ou coup de vent cubital, secondaire à la polyarthrite rhumatoïde, ne survient qu'après plusieurs années d'évolution de la maladie.
- Si les doigts ne peuvent être complètement étendus, il y a probablement contracture des fléchisseurs des doigts, ce qui peut être confirmé par le signe de prière — demandez au patient de joindre les mains paume contre paume sans croiser les doigts, comme dans la prière. Il ne doit pas y avoir d'espace visible entre les faces palmaires des doigts.
- L'arthrose est la principale cause d'hypertrophie des articulations IPD. Ces dernières présentent de petites protubérances osseuses, appelées nodosités d'Heberden (au niveau des articulations IPP, elles sont appelées nodosités de Bouchard). Au stade initial, ces nodules peuvent être assez sensibles et même enflammés, bien que l'inflammation ne soit pas aussi importante que chez certains patients souffrant de rhumatisme psoriasique et dont les articulations IPD sont enflées, rouges et sensibles.
- La rougeur des articulations, signe d'inflammation, s'observe rarement dans la polyarthrite rhumatoïde, forme d'arthrite inflammatoire la plus courante; en revanche, elle fait partie du tableau clinique de l'arthrite goutteuse, de l'infection, du rhumatisme psoriasique et même, dans certains cas, des arthroses interphalangiennes (voir plus haut).
- L'hippocratisme digital peut témoigner d'une affection maligne ou d'une endocardite sous-jacente. La présence de ponctuations cupuliformes de l'ongle ou un décollement de l'ongle du lit unguéal (onycholyse) peut constituer l'indice essentiel d'un diagnostic de rhumatisme psoriasique. L'angéite du repli cutané de l'ongle s'observe dans le lupus et dans la polyarthrite rhumatoïde.
- Si la peau des doigts est tendue, une sclérodémie peut être en cause.

Direction: « Fermez le poing. »



Points à surveiller :

flexion des jointures
à près de 90 °

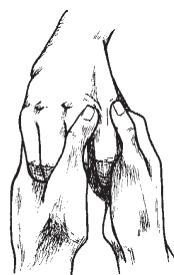
les creux entre les
articulations MCP sont
concaves

Remarque :

- le « comblement » des creux peut être attribuable aux tissus sous-cutanés (« mains potelées ») ou à une distension de la capsule des articulations MCP

Précisions

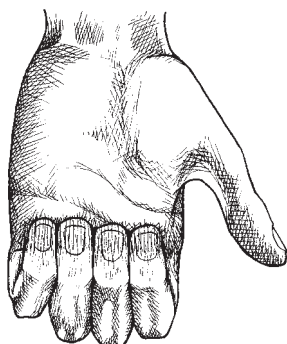
- L'inflammation des articulations MCP, révélée par la distension capsulaire, est l'un des signes d'appel de la polyarthrite rhumatoïde. En cas de soupçon, on doit palper les articulations MCP à l'aide des deux pouces (voir l'illustration). Essayez de bien sentir les lignes articulaires.
- Pour procéder à un test rapide de « dépistage » de l'arthrite des articulations MCP, on peut recourir à la manœuvre illustrée ci-contre (compression latérale des articulations MCP). Un test similaire est effectué sur les articulations métatarsophalangiennes (MTP) du pied.



ÉTAPE 3

Évaluation de la flexion des articulations interphalangiennes proximales et distales (IPP et IPD)

Directive : « Maintenant, retournez votre main et rentrez les doigts dans la paume. »



Points à surveiller :

l'extrémité des doigts doit toucher la paume de façon à recouvrir la tête des métacarpiens

Remarque :

■ l'incapacité d'effectuer cette flexion peut impliquer un dysfonctionnement des articulations interphalangiennes (IP) ou des tendons fléchisseurs

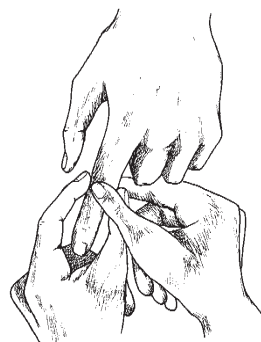
Précisions

- Pour faire la distinction entre un épanchement dans les articulations IP et un dysfonctionnement des tendons fléchisseurs :

(1) Palpez les articulations IP à la recherche d'une distension capsulaire ou d'une prolifération osseuse. Avec le pouce et l'index d'une main, exercez une pression ferme sur et sous l'articulation, tout en comprimant en même temps la ligne articulaire à l'aide du pouce et de l'index de l'autre main, en essayant de percevoir un « renflement » qui traduirait une distension de la capsule articulaire. Il est primordial de maîtriser cette technique pour détecter les signes précoces de l'arthrite inflammatoire.

et

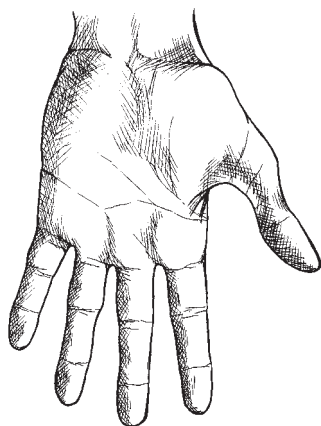
(2) Palpez les tendons fléchisseurs. Demandez au patient s'il arrive que son doigt « tressaute » (doigt à ressaut ou à ressort : le doigt reste coincé lors du mouvement de flexion ou d'extension, puis un effort d'extension du doigt réussit à vaincre brusquement l'obstacle et permet l'extension complète avec un claquement douloureux). Recherchez la présence de nodosités sur le tendon fléchisseur, en particulier à proximité de la tête des métacarpiens, au cours des flexions passive et active du doigt.



Directive : « Maintenant, ouvrez la main. »

Points à surveiller :

Remarque :

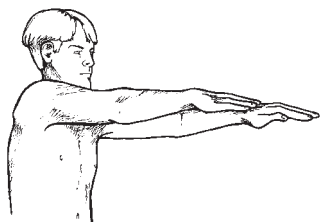


éminences thénar et hypothénar	■ une atrophie des muscles de l'éminence thénar peut traduire une compression chronique du nerf médian dans le canal carpien
bord cubital de la paume	■ une lésion du nerf cubital peut provoquer une atrophie de l'abducteur du petit doigt
plissement, épaississement nodulaire	■ la contracture de Dupuytren (épaississement de l'aponévrose palmaire et formation de nodules fibreux) intéresse surtout les 4 ^e et 5 ^e doigts et entraîne une flexion progressive et irréductible des doigts
supination complète des paumes	■ l'incapacité de réaliser ce mouvement peut trahir une arthrite du coude

Précisions

- Les causes de la compression du nerf médian dans le canal carpien sont nombreuses et comprennent la synovite du poignet. La sensation de fourmillement causée par la compression du nerf médian peut être reproduite aux fins diagnostiques par le test de Tinel (percussion ferme à l'aide du bout du doigt ou d'un marteau à réflexes au niveau du pli distal de la face antérieure du poignet) ou par la manœuvre de Phalen (on demande au sujet de presser l'une contre l'autre la face dorsale de ses mains, les poignets réalisant une flexion de 90 °) maintenue pendant 45 à 60 secondes.

Directive : « Maintenant, ouvrez la main. »

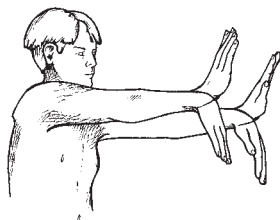


Points à surveiller :

contour de la face dorsale des poignets

Remarque :

- la subluxation du poignet est une manifestation tardive de la polyarthrite rhumatoïde
- la synovite de l'articulation du poignet ou des tendons extenseurs observée dans la polyarthrite rhumatoïde peut prendre l'aspect d'une « bosse », particulièrement lors de l'extension complète



Palpation :

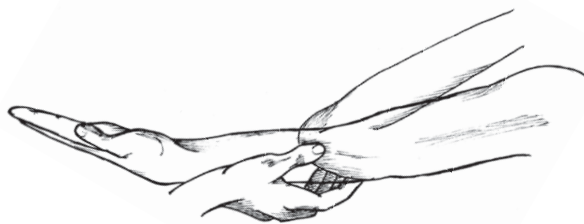
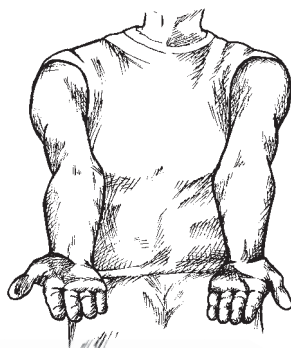
en vue de déceler une éventuelle hyperthermie cutanée de l'articulation

- le poignet du sujet étant en position anatomique, passez le dos de votre main du milieu de son avant-bras jusqu'à la face palmaire et dorsale du poignet, à la recherche de signes d'inflammation

ÉTAPE 6

Évaluation de la supination et de l'extension du coude, puis de la flexion et de l'extension du coude

Directive : « Maintenant, tournez les paumes vers le haut, les coudes droits. Je vais doucement plier puis étendre votre bras complètement. »



Placez délicatement l'index et le pouce au niveau des « gouttières » de chaque côté de l'olécrâne et, avec l'autre main, saisissez l'avant-bras en supination juste au-dessus du poignet et effectuez une flexion et une extension complètes du coude.

Points à surveiller :

supination complète des
paumes à l'horizontale

amplitude de la déviation
valgus au niveau du coude

flexion de l'avant-bras de
façon qu'il touche le biceps

coudes en extension au
moins jusqu'à la position
zéro anatomique

Remarque :

■ l'incapacité d'exécuter une supination complète peut être le signe discret d'une atteinte du coude

■ le valgus est plus important chez la femme que chez l'homme

■ on retrouve fréquemment une hyperextension de 10 à 15 ° chez la femme (et chez les personnes présentant une hypermobilité)

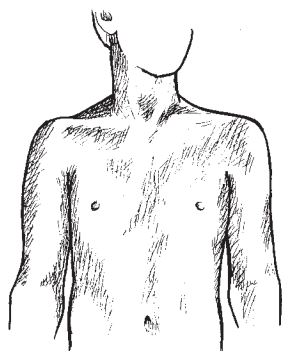
Palpation :

recherchez une crépitation
à la mobilisation des
articulations

Précisions

- Vérifiez s'il y a un bombement de la capsule articulaire en palpant le coude avec le bout de l'index et du pouce, particulièrement aux tout derniers degrés de l'extension ou de la flexion complète. Une inflammation du coude, qui se manifeste parfois par un bombement capsulaire, peut bloquer l'extension complète.
- À la fin de cet examen, palpez rapidement la face des extenseurs de l'avant-bras à partir de l'extrémité de l'olécrâne jusqu'à 3 à 4 cm plus bas — c'est dans cette zone qu'on peut percevoir un épaississement et un gonflement de la bourse séreuse olécrânienne et la présence de nodosités rhumatoïdes.
- L'épicondylite latérale (tennis elbow) et l'épicondylite médiane (golfer's elbow) sont des causes fréquentes de douleur au coude. La douleur peut être réveillée par une pression ferme exercée sur les épicondyles latéral et médial du coude. Un test utile pour le diagnostic de l'épicondylite latérale consiste à contraindre indirectement la zone d'insertion ligamentaire et tendineuse latérale. Demandez au patient de garder son poignet en extension pendant que vous tentez, par une pression sur le dos de sa main, de le contraindre à la position zéro. Une douleur au niveau de l'épicondyle latéral confirme le diagnostic. La flexion active contrariée du poignet peut provoquer une douleur évoquant l'épicondylite médiane.

Les clavicules, les épaules et les omoplates doivent être découvertes (voir la rubrique « préparation du patient »). Comparez un côté avec l'autre, de face et de dos.



Points à surveiller :

comparez le contour des épaules de face

■ le côté dominant peut être plus musclé et plus bas

■ l'atrophie du muscle deltoïde causée par l'arthrite de l'épaule peut modifier la courbe normale de l'épaule, qui semble contractée comme dans une posture défensive

comparez l'alignement des clavicules et la symétrie de la proéminence des articulations sternoclaviculaires et acromioclaviculaires

comparez les omoplates de dos (demandez au patient de croiser les bras en avant de la poitrine afin de faire saillir les omoplates)

■ l'atrophie du muscle sus-épineux est associée à une atteinte de la coiffe des rotateurs ou de l'articulation glénohumérale

Précisions

- On peut utilement compléter l'observation par une palpation qui n'allonge guère l'examen, en particulier pour mettre en lumière une douleur ou une crépitation chez les patients souffrant de douleurs à l'épaule.
- Une douleur ou une crépitation palpable des articulations sternoclaviculaires et acromioclaviculaires peuvent être découvertes par la palpation ferme des articulations pendant que le patient hausse les épaules. La palpation à l'aide des deux mains, du bout des doigts, permet d'évaluer les deux côtés en même temps.
- On peut également rechercher une sensibilité au palper du tendon bicipital, logé dans la gouttière bicipitale entre la grosse et la petite tubérosité, de même que de la bourse séreuse sous-deltoïdienne (prolongement de la bourse sous-acromiale) dans la gouttière de l'extrémité acromiale.

ÉTAPE 8

Examen de l'amplitude des mouvements (actifs) de l'épaule

Les mouvements doivent être doux, symétriques et simultanés



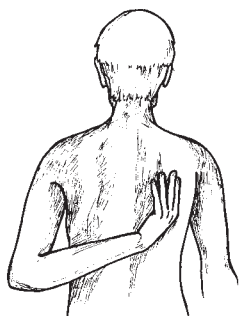
Abduction **Directive :**

« Levez les bras de côté jusqu'au-dessus de votre tête et joignez les paumes; baissez ensuite vos bras lentement de chaque côté. »



Rotation externe **Directive :**

« Placez les mains derrière la tête, écartez les coudes et bombez le torse. »

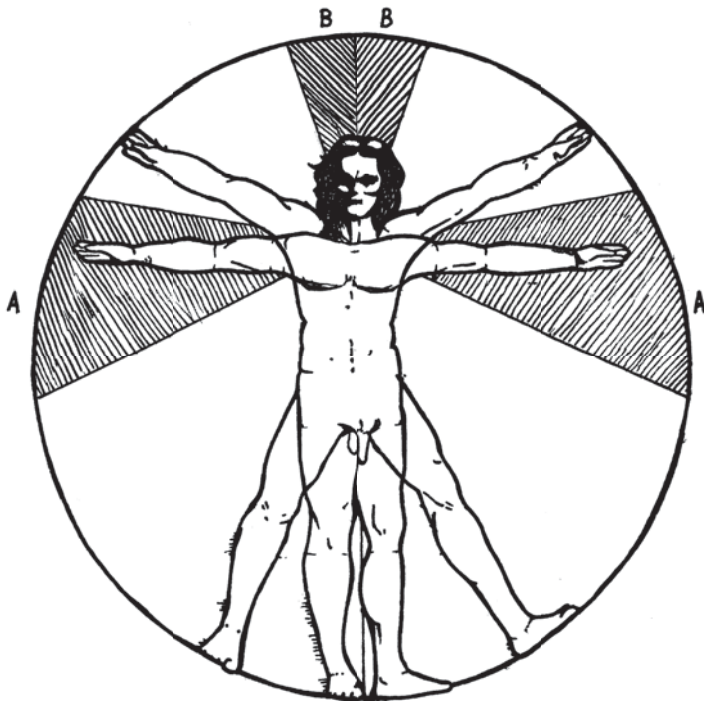


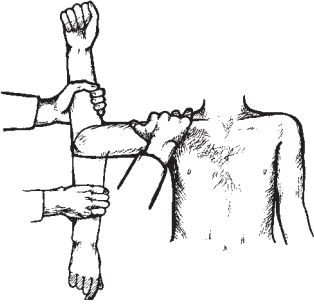
Rotation interne (et extension) **Directive :**

« Maintenant, mettez une main derrière le dos et allez toucher à l'omoplate opposée. Faites la même chose avec l'autre main. »

Précisions

- Si le patient éprouve une douleur à mi-chemin de l'abduction (arc « A »), l'origine de la douleur est probablement sous-acromiale (p. ex., tendon sus-épineux, bourse séreuse sous-acromiale). Une douleur à l'épaule se manifestant dans les derniers 10 à 15 ° de l'abduction (arc « B ») intéresse plus vraisemblablement l'articulation acromioclaviculaire.





Pour examiner de face l'épaule droite du sujet, placez votre main droite sur le muscle trapèze droit tout en exerçant une pression ferme avec le bout des doigts sur le muscle sus-épineux. Avec votre main gauche, prenez doucement l'avant-bras du patient, juste en bas du coude, et élevez son bras (abduction) dans le plan frontal. Répétez ce mouvement d'abduction jusqu'à ce que vous sentiez l'amorce d'une rotation de l'omoplate sous votre main droite.

Faites ensuite délicatement tourner le bras vers l'extérieur (rotation externe), le coude étant fléchi à 90 °, jusqu'à ce que la douleur ou la résistance tissulaire oblige à interrompre la manœuvre. Inversez le mouvement pour évaluer la rotation interne, le bras étant toujours en abduction complète, le coude plié, jusqu'à ce que le mouvement de l'avant-bras soit stoppé.

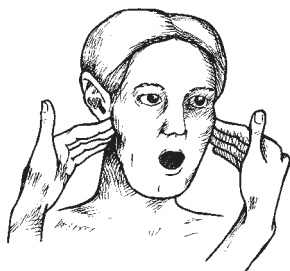
Précisions

- Une douleur ou une gêne lorsque le patient exécute le mouvement (actif), mais qui n'est pas retrouvée lorsque l'examineur mobilise l'articulation selon la même amplitude (mouvement passif), évoque une atteinte des tissus mous (p. ex., une tendinite).
- Une douleur et une restriction importantes lors des mouvements tant actifs que passifs aiguillent vers un problème de l'articulation gléno-humérale.
- Dans le cas de l'« épaule bloquée », on retrouve un inconfort en fin d'amplitude, mais surtout une restriction importante des mouvements dans tous les plans.
- La mobilisation passive de l'épaule (le mouvement est exécuté par l'examineur) peut également se faire par derrière : la main gauche de l'examineur (pour l'évaluation de l'épaule droite) bloque l'angle de rotation de l'omoplate, et la main droite saisit le bras juste au-dessus du coude. Le coude est ensuite élevé jusqu'à l'amplitude maximale du mouvement de l'omoplate (soit à 90 °, normalement). L'avant-bras, qui pend alors dans la position de l'« épouvantail » (rotation interne complète), est ensuite tourné à la verticale à l'aide de la main droite (rotation externe complète).

ÉTAPE 10

Évaluation de la mobilité de l'articulation temporo-mandibulaire

Directive : « Ouvrez et fermez la bouche. »



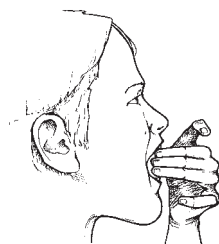
Palpez les deux articulations temporo-mandibulaires avec l'index et le majeur de chaque main (ou encore, placez délicatement le bout des index dans le conduit auditif externe en exerçant une légère pression vers l'avant).

Observez les incisives mandibulaires centrales à la recherche de déviations par rapport à la ligne médiane.

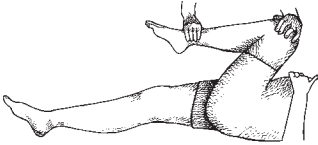
Vérifiez l'importance du chevauchement des incisives inférieures par les incisives supérieures.

Précisions

- En cas d'arthrite de l'articulation temporo-mandibulaire, le mouvement des mâchoires peut déclencher une crépitation et une sensibilité. On peut aussi éventuellement noter une déviation initiale des incisives centrales vers le côté douloureux.
- Chez l'enfant, l'arthrite peut entraver la croissance de la mandibule (« micrognathie ») et entraîner une suroclusion marquée.
- L'arthrite de l'articulation temporo-mandibulaire de même que la sclérodémie peuvent être responsables d'une gêne importante de la mobilité, qui peut être vérifiée par le « test des trois doigts ». Si une telle limitation est soupçonnée, demandez au patient de mettre trois doigts, à la verticale, entre ses dents supérieures et inférieures (voir l'illustration).

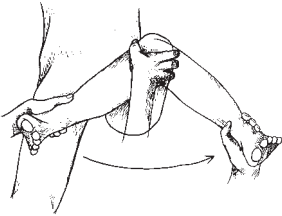


Directive : « Maintenant, je vais plier votre genou en l'amenant vers votre poitrine, et ensuite tourner votre jambe vers l'intérieur et vers l'extérieur. »



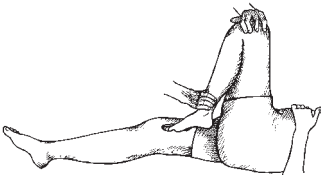
.....

Une main posée sur la rotule, tenez la jambe du patient juste au-dessus de la cheville à l'aide de l'autre main. La hanche est mise en flexion complète (genou presque sur la poitrine), puis la jambe est ramenée à 90 ° de flexion.



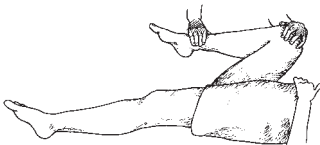
.....

Amenez doucement la hanche à exécuter une rotation interne complète (talon à l'extérieur), puis une rotation externe (talon à l'intérieur).



.....

Maintenant, ramenez l'articulation de la hanche à la position zéro (neutre) et poussez doucement la jambe vers les fesses de façon que le genou soit en flexion complète. Le talon doit presque toucher la fesse.



.....

Mettez la jambe en extension complète. Il ne doit pas y avoir de vide derrière le genou. Répétez ces manœuvres avec l'autre jambe, et comparez.

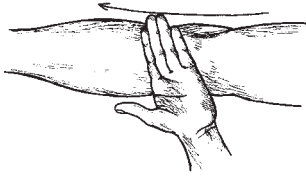
Précisions

- Lors de l'évaluation de la flexion complète de la hanche, observez la jambe opposée. Si elle se soulève de la table d'examen, il y a probablement contracture en flexion de ce côté.
- Dans les lésions de la hanche, le premier signe est habituellement une restriction de la rotation interne (pour l'épaule, c'est la rotation externe qui est limitée en premier).
- Lors de la palpation de la rotule pour l'évaluation de l'amplitude passive, une crépitation de l'articulation du genou peut être décelée. Si l'articulation fémoro-rotulienne est en cause, on peut confirmer cette présomption par une translation de la rotule – manœuvre susceptible de mettre en évidence une crépitation ainsi que le désagrément du patient, manifesté par l'expression du visage (« signe d'appréhension »).
- S'il semble y avoir une asymétrie des quadriceps (fréquente dans l'arthrite du genou), mesurez la circonférence des cuisses après avoir fait un trait sur la peau des deux membres à une distance fixe au-dessus de l'extrémité supérieure de la rotule (p. ex., 6 cm), et comparez les deux côtés.
- On peut apprécier approximativement l'inégalité de longueur des jambes en mesurant chaque membre à partir de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la malléole médiale (on peut aussi observer l'alignement des talons alors que les membres inférieurs sont en extension complète sur la table d'examen).

ÉTAPE 2

Dépistage d'un épanchement intra-articulaire dans le genou

Points à surveiller :



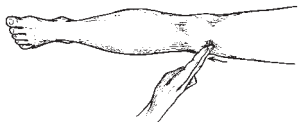
observez à nouveau s'il n'y a pas un bombement sus-rotulien et un épanchement dans les « gouttières » latérale et médiale

Palpation :

■ vérifiez s'il y a une augmentation de la chaleur des téguments au-dessus de la rotule – passez le dos de votre main sur la rotule, depuis la région distale de la cuisse jusqu'à la région tibiale proximale. La séquence normale est « chaud – froid – chaud ». Tous les épanchements inflammatoires (et également certains épanchements qui ne sont pas d'origine inflammatoire) se trahissent par la perte de la froideur prérotulienne normale.



1^{re} étape



2^e étape

Test pour détecter un épanchement mineur :

Dans le cas d'épanchements mineurs, on peut chasser le liquide intra-articulaire d'un côté à l'autre du genou (signe du « bombement »). Pour ce faire, l'examineur doit comprimer, par un seul mouvement ferme vers le haut, la face fémoro-patellaire interne du genou (étape 1), puis similairement froncer vers le bas la face externe du genou (étape 2). Il faut prendre garde de ne pas déplacer la rotule vers la face interne. Après une seconde, un bombement devrait apparaître à la face interne.

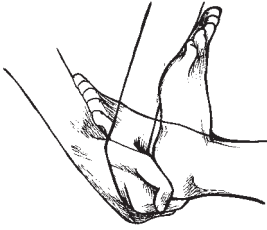
Précisions

- Il peut être très difficile de déceler un épanchement s'il existe une adiposité importante des genoux, et une chaleur prérotulienne peut alors en être le seul indice.
- Le « choc rotulien » est une manœuvre permettant de déceler les épanchements plus abondants – qui font en sorte que la rotule surnage hors de sa position habituelle de repos dans la gouttière entre les condyles fémoraux. L'examineur appuie le bout d'un ou de plusieurs doigts de la main droite sur la rotule et l'enfonce fermement vers la gouttière intercondylienne. On doit rechercher un mouvement de la rotule. Normalement, il n'y a pas de mouvement. S'il y a épanchement, on peut percevoir un mouvement vers le bas qui s'interrompt par un choc palpable. Toutefois, le plus souvent, même si un mouvement est détecté, la sensation de choc ou de contact n'est pas perçue. Pour tenter d'obtenir un choc plus net, on peut comprimer la bourse séreuse sous-quadricepsale avec la paume de la main gauche, tout en essayant de percevoir le « choc » de la main droite.

III PATIENT COUCHÉ

ÉTAPE 3.

Évaluation des flexions dorsale et plantaire de la cheville

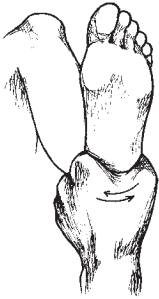


Pour cet examen, on peut tenir le talon (calcaneum) dans le creux de la main. En exerçant une légère pression avec la face interne du poignet, l'examineur réalise une dorsiflexion passive complète du pied (environ 15 ° passé la position zéro), puis une flexion plantaire d'amplitude maximale (environ 55 ° en deçà de la position zéro).

III PATIENT COUCHÉ

ÉTAPE 4.

Évaluation de la mobilité de l'articulation astragalo-calcanéenne (inversion et éversion)



Saisissez le calcaneum et, en fléchissant le pied de façon à réaliser une dorsiflexion complète (pour immobiliser le talon dans la mortaise de la cheville), exercez une légère pression sur le calcaneum d'abord vers l'intérieur, puis vers l'extérieur.

L'arthrite de l'articulation astragalo-calcanéenne est souvent responsable d'une douleur à l'arrière du pied, et cette manœuvre peut la réveiller.

III PATIENT COUCHÉ

ÉTAPE 5.

Dépistage des douleurs des articulations métatarsophalangiennes (MTP)



Avec une main, exercez doucement mais assez fermement une compression latérale sur les articulations MTP de chaque pied. Si la manœuvre déclenche une douleur, palpez chaque articulation MTP entre le pouce et l'index afin de déterminer l'origine précise de la douleur.

Ouvrage dédié à :
Hugh Little, M.D., F.R.C.P.C.
mentor, collègue et ami

Nous tenons à exprimer nos plus sincères remerciements à
la Fondation de la famille Arcangelo Rea
pour son aide financière

Projet réalisé grâce à une contribution à visée éducative
de Pfizer Canada Inc.

L'auteur tient à remercier tout particulièrement

Karen et John Hueston du Aylmer Express
Anne Lyddiatt
ainsi que ses collègues de la Division de rhumatologie

La Société d'arthrite appuie l'éducation médicale continue des professionnels de la santé qui traitent les patients arthritiques et offre des programmes d'éducation, un soutien communautaire et des solutions issues de la recherche aux quatre millions de Canadiens atteints d'arthrite.

Information sur l'arthrite : 1 800 321-1433
Site Web : www.arthritis.ca

LISTE DE VÉRIFICATION

- Debout :**
- examen du patient de face
 - examen du patient de dos
 - extension, flexion, rotation et flexion latérale de la colonne cervicale
 - expansion thoracique (mouvement costovertebral)
 - flexion, extension et flexion latérale lombaires
 - observation de la démarche
-

- Assis :**
- inspection du dos des mains et évaluation de l'extension des doigts
 - flexion des articulations MCP
 - flexion des articulations IPP et IPD
 - examen de la paume des mains
 - flexion antérieure et pronation du bras
 - flexion et extension du poignet
 - supination de l'avant-bras et extension du coude
 - flexion et extension du coude
 - examen des épaules
 - examen de l'abduction et de la rotation externe et interne actives de l'épaule
 - comparaison de l'abduction et de la rotation externe et interne passives de l'épaule
 - évaluation de la mobilité de l'articulation temporo-mandibulaire
-

- Couché :**
- flexion, rotation interne et rotation externe de la hanche
 - flexion et extension du genou
 - dépistage d'un épanchement intra-articulaire dans le genou
 - flexion dorsale et plantaire de la cheville
 - évaluation de l'inversion et de l'éversion astragalo-calcaneenne
 - dépistage des douleurs MTP



Pfizer Canada Inc.
Kirkland, Quebec
H9J 2M5

CA0108CE050F