

« Orthopédie du Membre supérieur »

Aspect rhumatologique

Dre laure Brulhart

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT



🔄 Ne doit pas être confondu avec *Rhume*.

La **rhumatologie** est une [spécialité médicale](#) qui s'intéresse au [diagnostic](#) et au [traitement](#) des maladies de l'appareil locomoteur, c'est-à-dire des [maladies](#) des [os](#), des [articulations](#), des [muscles](#), des [tendons](#) et des [ligaments](#). Les rhumatologues ([médecins](#) spécialisés en rhumatologie) soignent également certaines affections neurologiques périphériques comme la [sciatique](#) et surtout l'ensemble des rhumatismes inflammatoires et maladies auto-immunes qui peuvent avoir de nombreuses manifestations extra-articulaires : peau, yeux, reins, intestins, poumons, etc.

Maladies [modifier | modifier le code]

Ces pathologies peuvent être classées en familles :

- maladies inflammatoires : [polyarthrite rhumatoïde](#), [spondylarthrite ankylosante](#), [lupus érythémateux disséminé](#)... en général d'origine auto-immune
- maladies d'origine infectieuse : [arthrite septique](#), [spondylodiscite](#)
- [maladies du squelette](#) : [arthrose](#), [ostéoporose](#)...
- maladies d'origine néoplasique : [tumeurs](#) bénignes et malignes
- maladies d'origine métabolique : [goutte](#), [chondrocalcinose](#) articulaire...
- maladies d'origine dysplasique : [affections génétiques des os](#)...
- autres maladies touchant les articulations, comme l'[algoneurodystrophie](#)...

Ces groupes de maladies s'expriment par des signes osseux ou articulaires communs, il n'y a pas « un rhumatisme » mais des rhumatismes ou des pathologies ostéoarticulaires de causes différentes et donc de pronostic différent.



WIKIPEDIA
The Free Encyclopedia

THE MUSCULOSKELETAL EXAMINATION: GALS

GALS

Gait – Arms – Legs – Spine

Un examen clinique de dépistage des troubles
de l'appareil locomoteur
FACILE ET RAPIDE

Dr S. Genevay avril 2020 d'après
M Doherty Annals of the Rheumatic Diseases 1992; 51: 1165-69

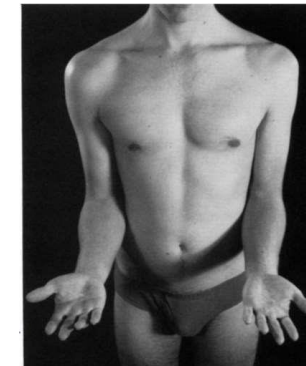
3 minutes

Anamnèse: 3 questions

- Avez-vous des douleurs ou des raideurs dans les muscles, les articulations ou la colonne vertébrale?
- Pouvez-vous vous habiller complètement sans difficulté ?
- Pouvez-vous monter et descendre les escaliers sans difficulté ?

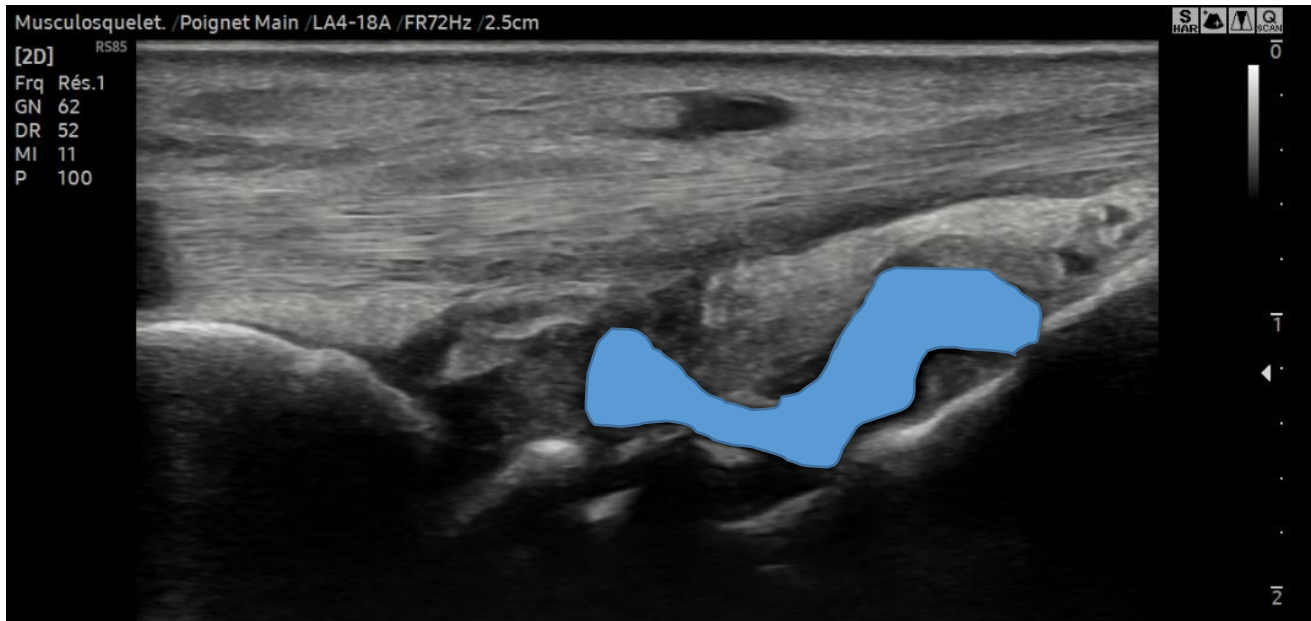
Examen clinique: de face

- « Mettez les bras derrière la tête, les coudes en arrière »
 - *Examen combiné des épaules et flexion coude*
- « Baissez les bras le long du corps »
 - *Extension des coudes*
- « Montrez moi le dos de vos mains » (coude à 90°) !
 - *Déformation des doigts, tuméfaction des doigts ou poignets*
- « Montrez-moi vos paumes »
 - *Prono-supination coude et poignets, trophicité cutané*
- « faite le poing »
 - *Mobilité des doigts*
- « touchez le pouce avec chaque doigt »
 - *dextérité*
- Etreinte des MCP
 - *synovite*

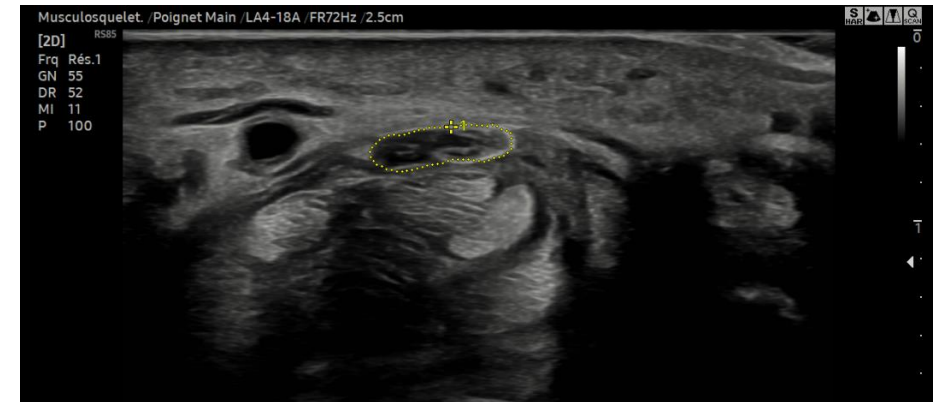


Cas clinique: homme 60 ans

- Motif de consultation:
 - Douleur invalidantes dans les deux mains avec le tableau clinique évoquant un syndrome du canal carpien et syndrome inflammatoire sérique: CRP 170 et VS 89mm/h
 - Radiographies des mains normales – sans chondrocalcinose
- Anamnèse:
 - ~3 semaines: Douleurs de la ceinture pelvienne suite à une chute + progressivement douleurs la ceinture scapulaire – en amélioration avec la physiothérapie.
 - Depuis le 4 septembre: Douleurs et tuméfaction marquées des 2 mains, d'apparition aiguë
 - Horaire clairement inflammatoire
- Examen clinique:
 - Pas de lésions cutanées
 - Douleur à la palpation des deux épaules, sans tuméfaction ni limitation d'amplitude.
 - Synovite douloureuse des deux poignets avec limitation des mouvements de pronosupination et flexion-extension



Articulation radiocarpienne gauche



Surface du nerf médian: 12 mm² à droite et 13 mm² à gauche (norme <11)

Approche du patient

> Arthralgie

Douleurs articulaires

> Arthrite

Inflammation articulaire

Signes d'appel d'une inflammation articulaire:

- > Tuméfaction
- > Rougeur
- > Chaleur
- > Douleur
- > Raideur matinale
- > Épanchement
- > Limitation fonctionnelle



< 6 semaines: aigu

- **Mono**arthrite: inflammation d'1 seule articulation



- **Oligo**arthrite: inflammation de 2, 3 ou 4 articulations



- **Poly**arthrite: inflammation de $\geq$ 5 articulation



Caractère des douleurs

Mécaniques

- Pas de réveil nocturne
- Raideur matinale <30mn.
- Augmente avec l'activité
- Amélioré par le repos

Inflammatoires

- Réveil nocturne 2^{ème} moitié de nuit
- Raideur matinale ≥ 30 mn
- Soulagé par l'activité
- Fièvre, perte pondérale

L'anamnèse

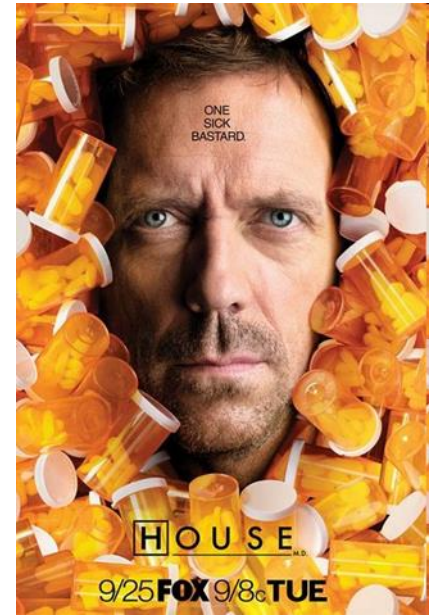
- Mono-oligo ou polyarticulaire?
- Premier épisode ou récurrence?
- Symétriques?
- Quels articulations?
- Atteinte axiale? Enthèse
- Symptômes généraux?

- **Spondylarthropathie:**

- Enthésite, dactylite
- Psoriasis (personnel et/ou familial)
- Colopathie inflammatoire
- Uvéite
- Urétrite ou gastroentérite (réactionnel)

- **Connectivite:**

- Syndrome sec
- Photosensibilité
- Rash cutané
- Raynaud
- Alopécie
- Aphthose



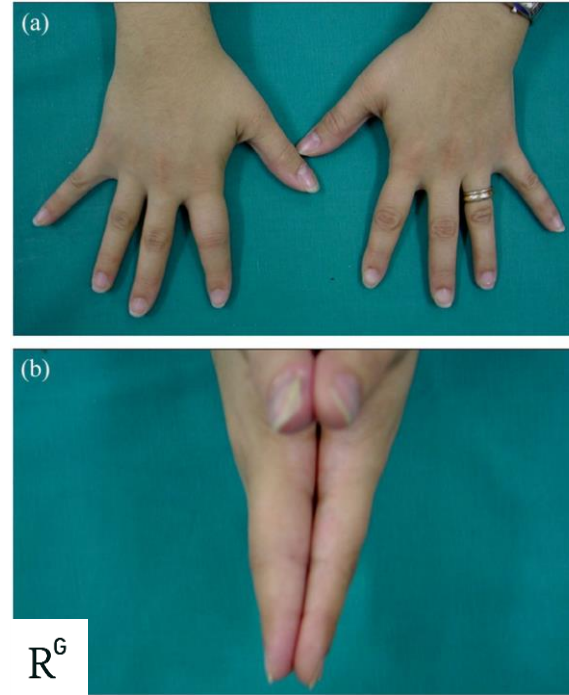
- **Septique (viral/bactérien)**

- Porte d'entrée
- Contexte
- Comportement à risque
- Symptômes généraux

Examen clinique

- Inspection
- Palpation
- Mobilisation

En présence d'articulations
enflées, examiner aussi la peau
du patient



Comparer la
droite et la
gauche

Penser à
examiner toutes
les articulations
et le rachis



Psoriasis



Goutte



Gonocoque



Lupus

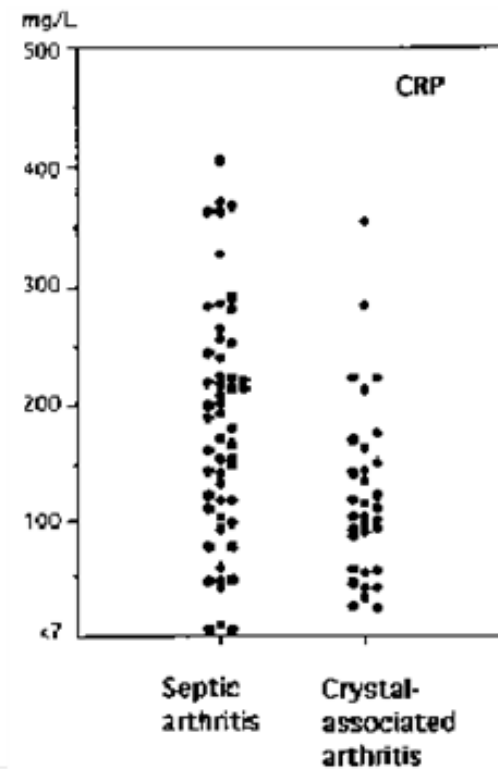
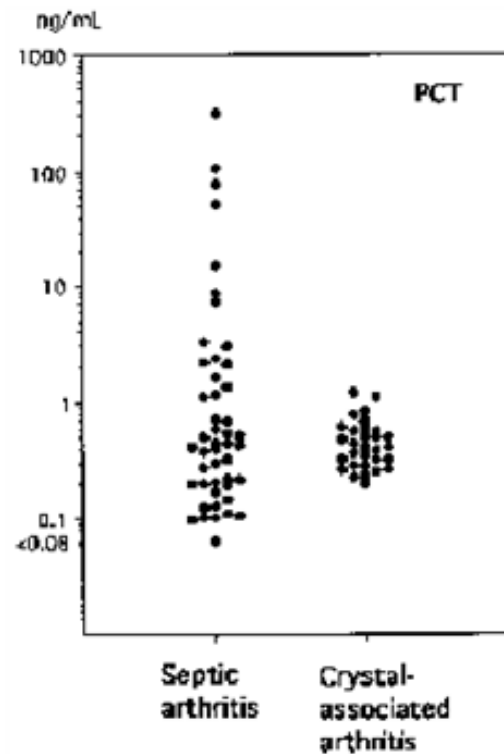


Dermatomyosite



Bacterial or Crystal-associated Arthritis? Discriminating Ability of Serum Inflammatory Markers

BO SÖDERQUIST¹, IAN JONES², HANS FREDLUND³ and TOMAS VIKERFORS¹



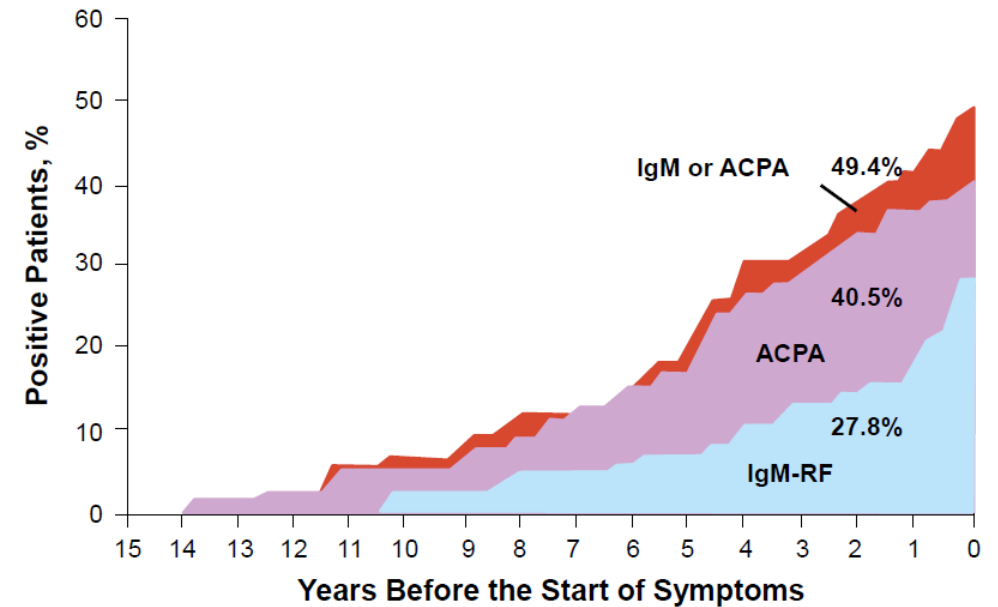
overlap between the groups was present, resulting in low sensitivity, specificity and predictive value for each test. Determining serum levels of acute phase reactants, including cytokines, does not replace careful synovial fluid examination, including direct microscopy and cultivation.

ACPA et facteur rhumatoïde

- **Facteurs rhumatoïdes:**
peu spécifique
- **Anti-peptide citrique citruliné (ACPA):**
Très bonne spécificité (>95%)
Sensibilité 65%
- **Autres anticorps (ANA, ENA, cryoglobuline, bloc polymyosite, bloc sclerodermie,...)**
Selon le contexte clinique



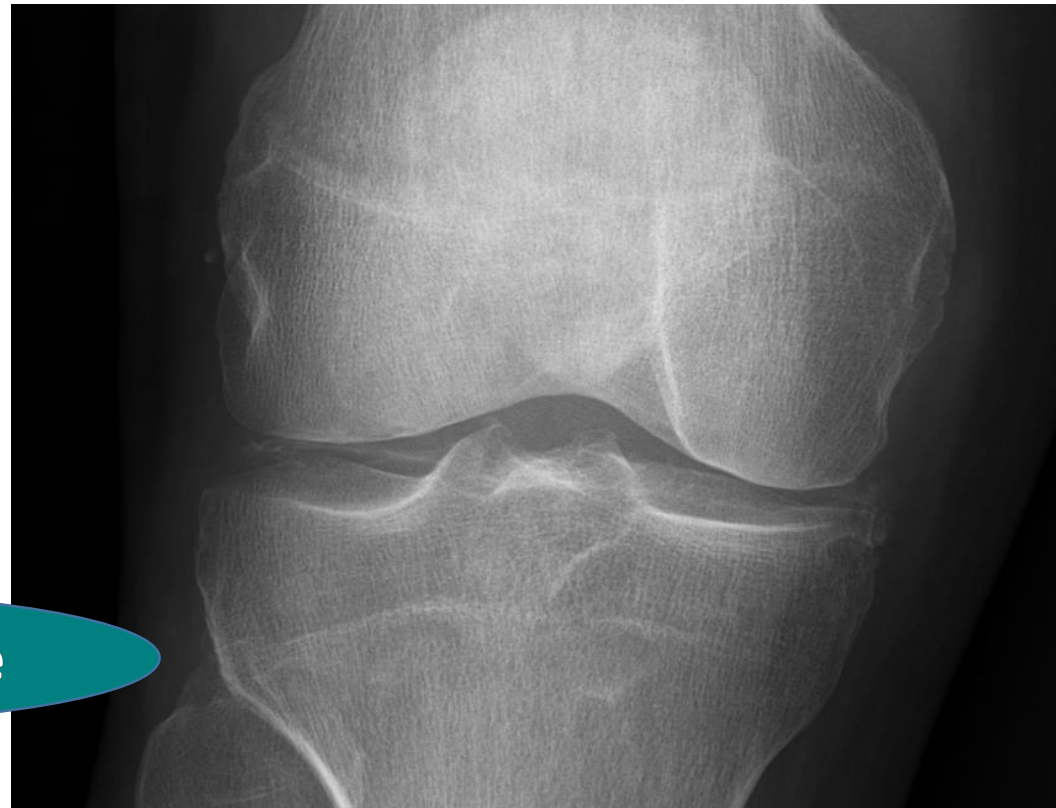
Diagnostic et Valeur Pronostic



Cas clinique: Homme de 60 ans ..?

- Oligoarthrite aiguë
- A. systématique non relevante
- CRP 170 et VS 98
- FR et ACPA nég.
- Uricémie normale

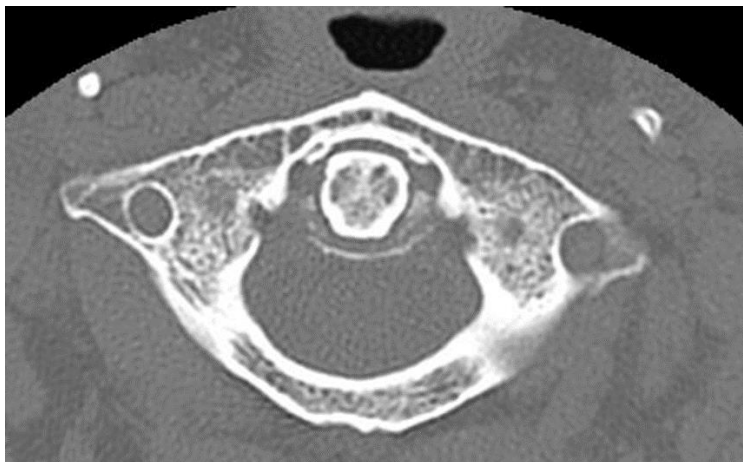
Chondrocalcinose



Chondrocalcinose (CPPD, pseudogoutte)

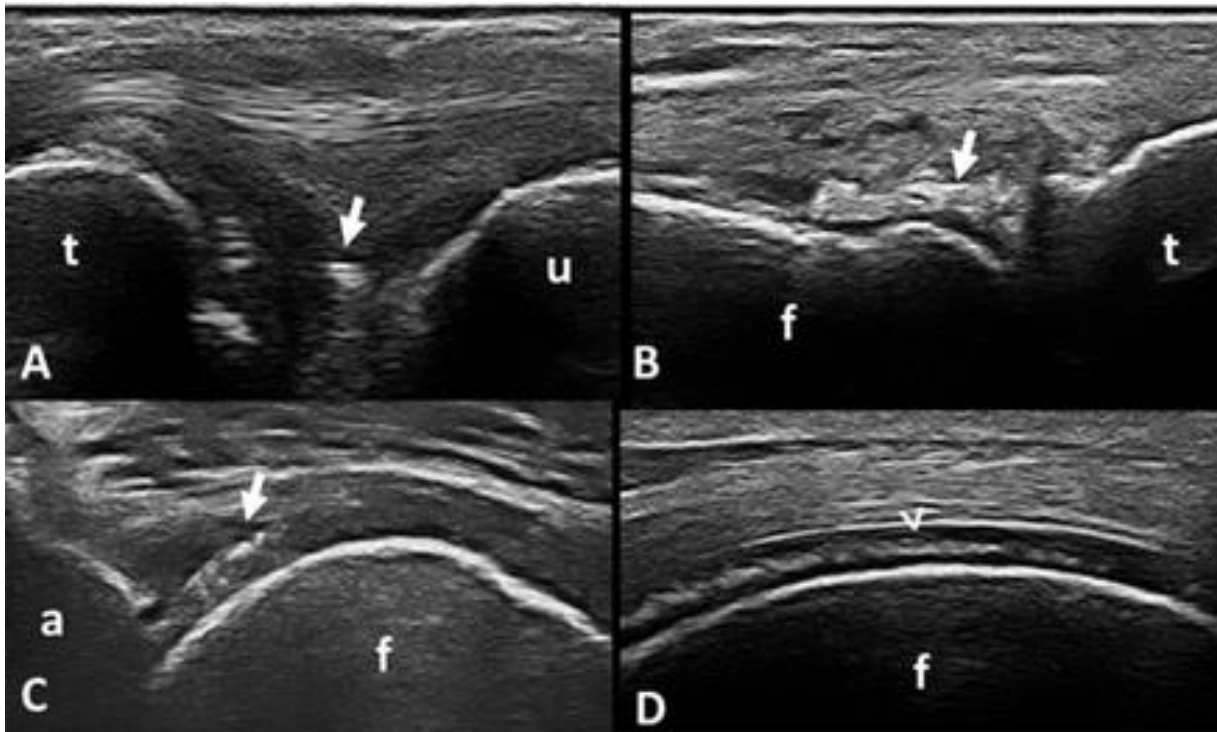
- Augmente avec l'âge (10-15% entre 65 et 75 ans, 30% >80 ans)
femme>homme
- **Présentation typique:** monoarthrite aiguë du poignet ou genou
chez une patient âgé
-
- Autres présentations:
 - Oligoarthrite ou polyarthrite (11%) – aigu ou chronique
 - Atteinte rachidienne dont « dent couronnée »
 - Arthrose localisation atypique (MCP2, épaules,..)
- Diagnostic:
 - Radiographique - US
 - Présence de cristaux de pyrophosphate de calcium dans le liquide de ponction articulaire

Chercher
d'anciennes
images!!



OP0205 ULTRASOUND-DETECTED CALCIUM PYROPHOSPHATE CRYSTAL DEPOSITION: WHICH SITES SHOULD BE SCANNED? **FREE**

E. Cipolletta¹, J. Di Battista¹, W. Grassi¹, E. Filippucci¹



A: Wrist
B: Knee
C: Hip
D: Knee

Chondrocalcinose

- Evoquer une **cause secondaire ou familiale** si chondrocalcinose diagnostiqué < **50ans!**
 - **Hyperparathyroïdie:** bilan phosphocalcique
 - **Hémochromatose:** bilan ferrique (ferritine ▲ et/ou taux de saturation de la transferrine >45%)
 - **Hypomagnésiémie:** syndrome de Gitelman: alcalose métabolique avec hypokaliémie + hypomagnésiémie + faible excrétion urinaire de calcium
 - **Hypophosphatasie:** maladie héréditaire avec déficit de la minéralisation osseuse et dentaire liée à une perte de fonction du gène codant pour la phosphatase alcaline tissulaire non spécifique (TNSALP) -> diminution de la phosphatase alcaline et augmentation de la vitamine B6 et phosphoéthanolamine

Polymyalgia rheumatica?

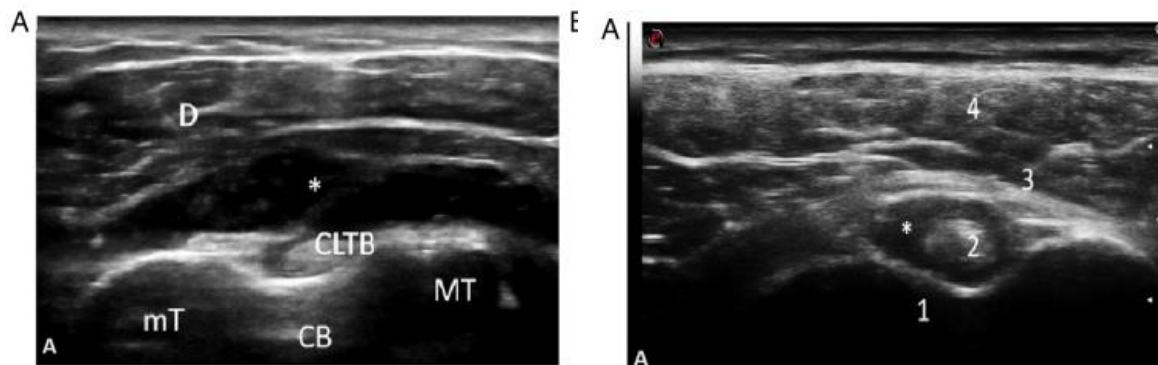
- Prévalence: 700/100'000 - prédominance féminine 2-3/1
- **>50 ans**
- Douleurs inflammatoires des ceintures scapulaires et pelviennes
 - Symptômes généraux: fièvre, perte pondérale, asthénie
 - Arthrites périphériques rares (genou, poignet)
 - Rechercher des symptômes d'**artérite gigantocellulaire**
- Syndrome inflammatoire sérique
 - FR et ACPA nég.
- Traitement:
 - Prednisone **12.5-25mg/j**
 - Diminution progressive -> **≥10mg/j dans 4-8 semaines**
 - Traitement d'épargne: Methotrexate - Kevzara

≥ 50 ans, douleurs bilatérales des épaules - ≥ 4 points (≥ 5 points si US)

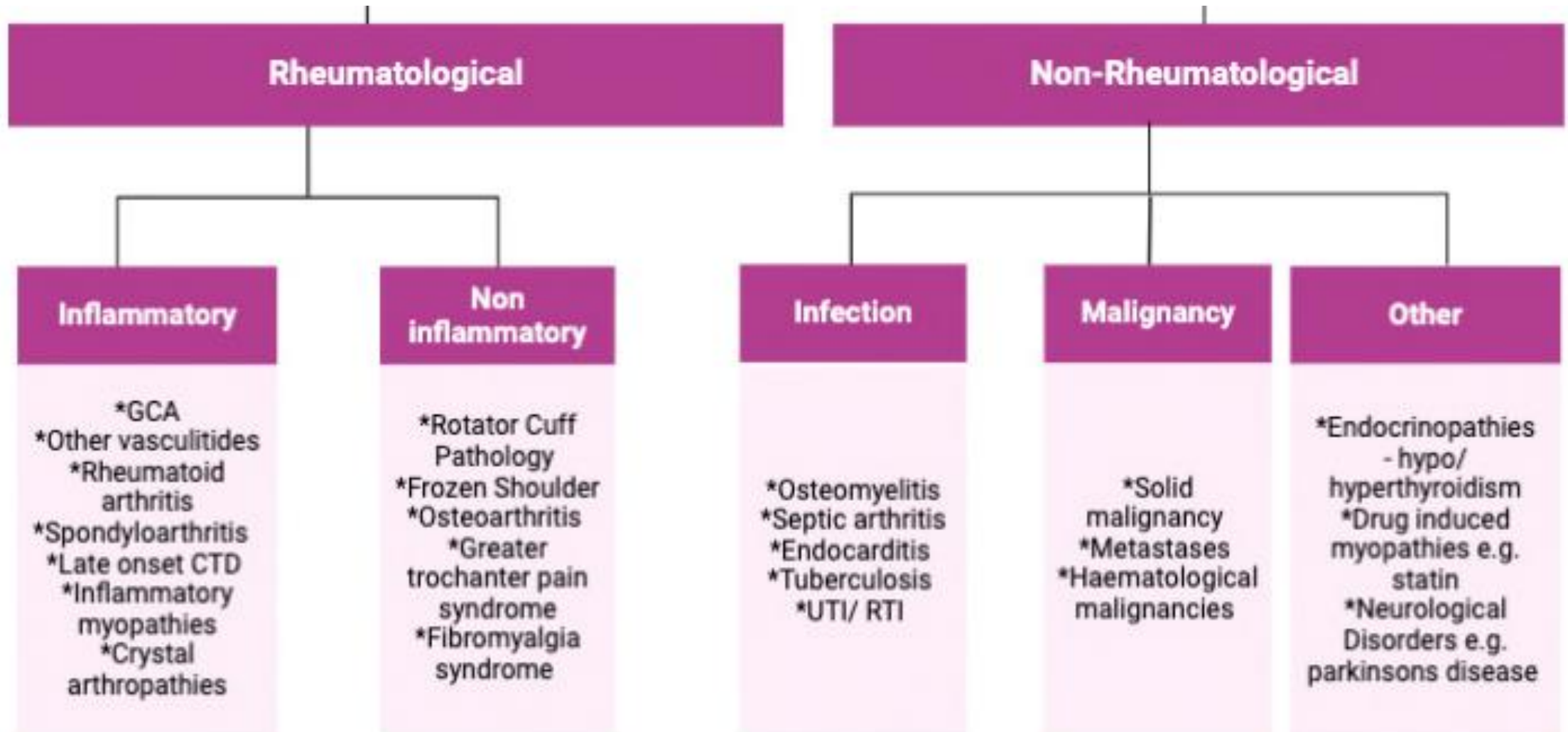
Table I. EULAR/ACR 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica.

Criteria/symptoms	Points without MSUS	Points with MSUS
Morning stiffness lasting for >45 min	2	2
Hip pain or limited mobility	1	1
Absence of RF or ACPA	2	2
Absence of other joint involvement	1	1
At least one shoulder with subdeltoid bursitis and/or bicep tenosynovitis and/or glenohumeral synovitis (either posterior or axillary) and at least one hip with synovitis and/or trochanteric bursitis	Not applicable	1
Both shoulders with subdeltoid bursitis, biceps tenosynovitis or glenohumeral synovitis	Not applicable	1

Adapted from the Dasgupta *et al* 2012 (51) provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: A European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. EULAR, European League Against Rheumatism; ACR, American College of Rheumatology; RF, rheumatoid factor; ACPA, anti-citrullinated protein antibodies; MSUS, musculoskeletal ultrasound.



PMR: diagnostic différentiel



Cas clinique: femme de 65 ans

- Douleurs et déformations progressives des mains
 - Examen clinique: 5/28 synovite et 10/28 articulations douloureuse
 - Bilan sanguin: VS 45 mm/h, CRP 2mg/l – FR>100, ACPA nég.

Arthrite virale?
Polyarthrite
rhumatoïde?
Arthrose digitale?



Serologie positive
pour HCV

ARTHROSE

Maladie mécanique progressive

- Dégradation du **cartilage** articulaire causé par le frottement engendre la douleur et la raideur
- L'articulation produit plus de **liquide synovial** qui cause un gonflement ou de l'inflammation
- Les tendons, les ligaments perdent de leur élasticité et s'usent, réduisant leur mobilité

Maladie associée au vieillissement ou au surmenage de l'articulation

VS

ARTHRITE

Maladie inflammatoire chronique

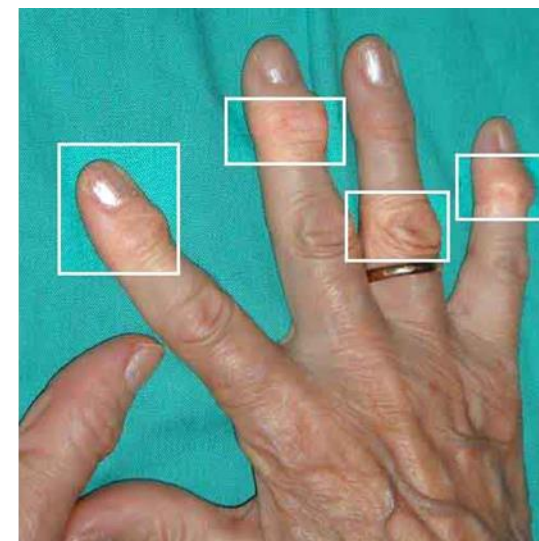
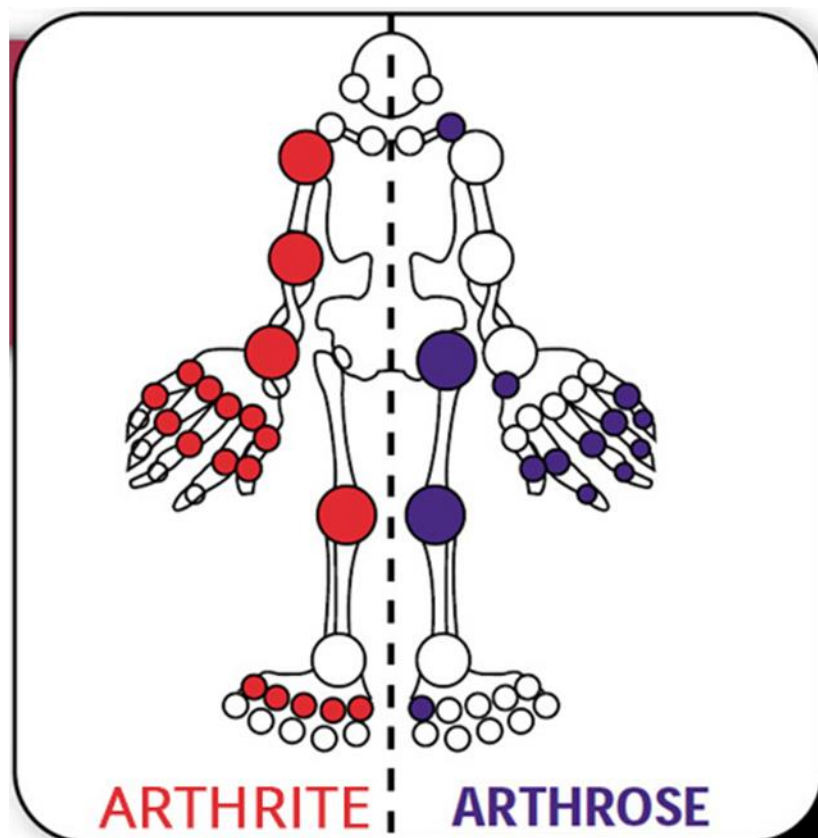
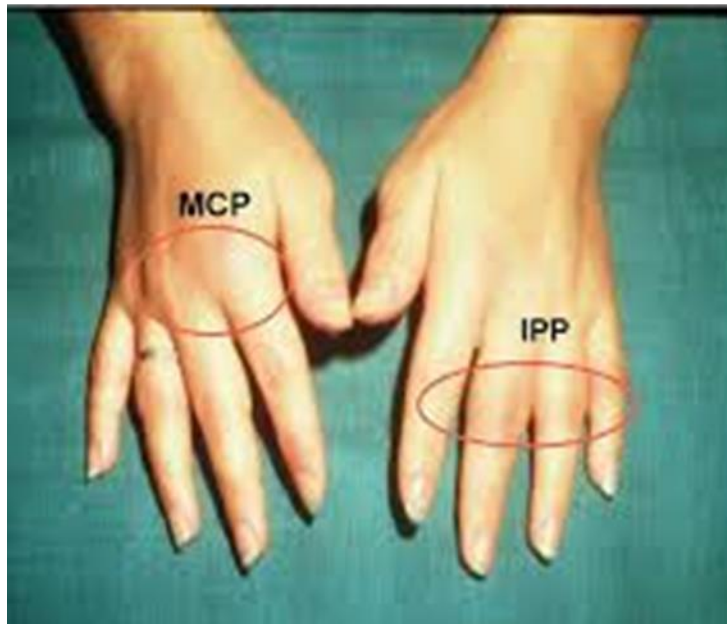
Inflammation déclenchée par un dérèglement du **système immunitaire**

Attaque surtout les tissus conjonctifs : **membrane synoviale**, tendons et ligaments

L'**inflammation** cause un gonflement, de la douleur et de la chaleur

Maladie chronique pouvant toucher les gens de tous âges

Polyarthrite ou arthrose



Arthrite
Psoriasique



Psoriasis

Quand penser à une polyarthrite rhumatoïde

Arthralgies sans synovite à l'examen clinique

Box 1 EULAR defined characteristics describing arthralgia at risk for RA

These parameters are to be used in patients with arthralgia without clinical arthritis and without other diagnosis or other explanation for the arthralgia.

History taking:

- ▶ Joint symptoms of recent onset (duration <1 year)
- ▶ Symptoms located in MCP joints
- ▶ Duration of morning stiffness ≥ 60 min
- ▶ Most severe symptoms present in the early morning
- ▶ Presence of a first-degree relative with RA

Physical examination:

- ▶ Difficulty with making a fist
- ▶ Positive squeeze test of MCP joints

EULAR, European League Against Rheumatism; RA, rheumatoid arthritis.

PR: Critères ACR/EULAR de classification 2010 Au moins 1 synovite clinique, score $\geq 6/10$

A. Atteinte articulaire (articulation sensible/tuméfiée)	
• 1 grande articulation	0
• 2-10 grandes articulations	1
• 1-3 petite(s) articulation(s)	2
• 4-10 petites articulations	3
• > 10 articulations (au moins 1 petite)	4
B. Sérologie	
• Facteur rhumatoïde (FR)/anticorps anti-peptides citrullinés cycliques (anti-CCP) négatifs	0
• FR/anti-CCP faiblement positif	2
• FR/anti-CCP fortement positif	3
C. Réactif de phase aiguë	
• CRP et vitesse de sédimentation dans la norme	0
• CRP/vitesse de sédimentation élevée(s)	1
D. Durée des symptômes	
• < 6 semaines	0
• > 6 semaines	1

Imagerie: RX

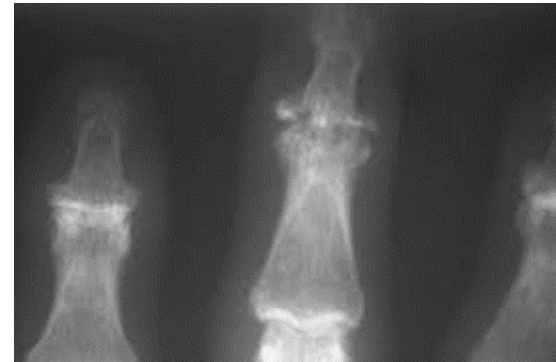


Polyarthrite rhumatoïde: ostéopénie, amincissement du cartilage, érosions

Arthrite psoriasique:
calcifications juxta-articulaire et érosion marginales



Goutte: érosion à l'emporte pièce, préservation du cartilage



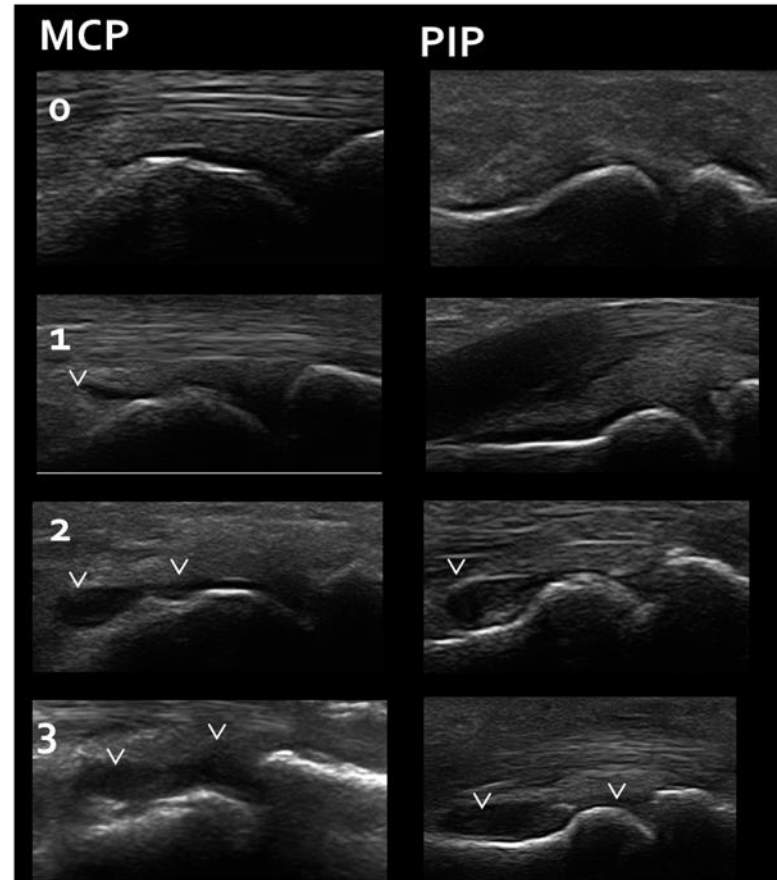
Arthrose: pincement de l'interligne, érosions sous-chondrales

Imagerie: échographie

US score (SONAR)

- Détection de synovites infra-cliniques
- Place dans le diagnostic précoce de la PR et ajustement du traitement
- Aide au diagnostic différentiel: arthrite psoriasique, microcristalline, ..

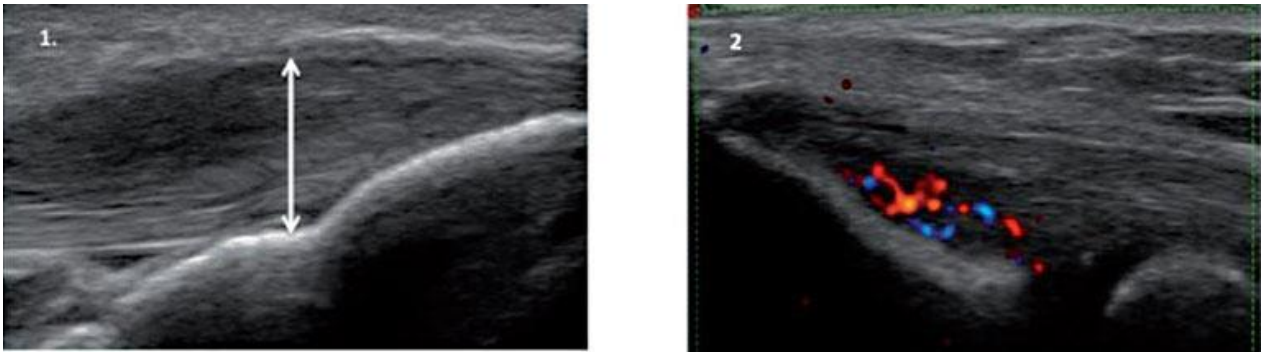
Clin Exp Rheumatol. 2015 Mar-Apr;33(1):98-101.



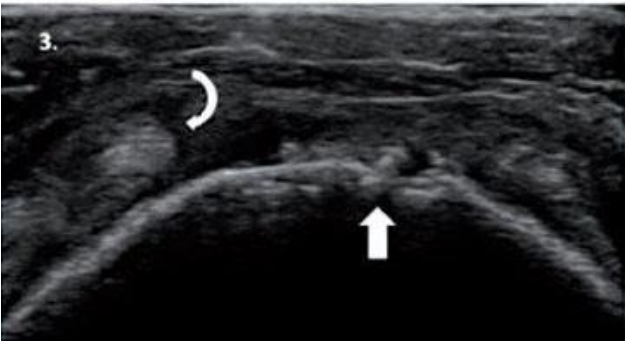
Reproductibilité bonne: kappa $\simeq$ 0.6 + « sensible au changement »

Imagerie: échographie

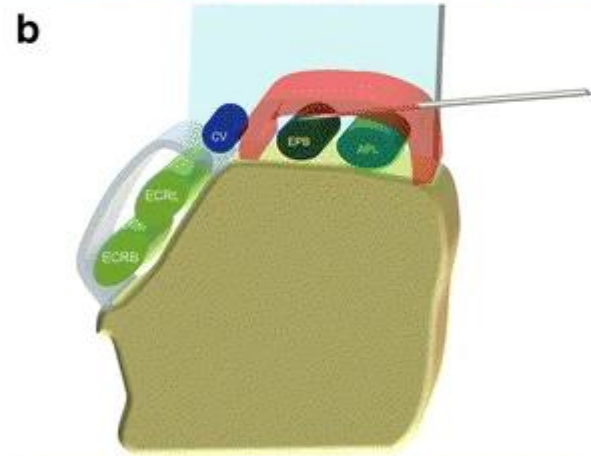
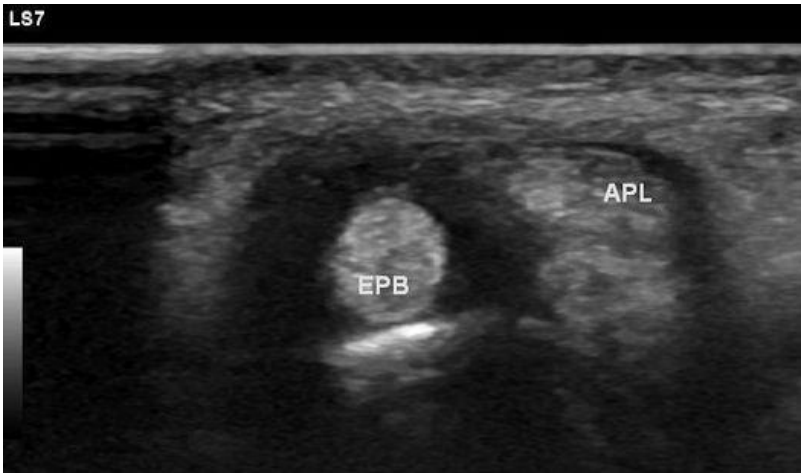
Epicondylite



Rupture tendineuse



De Quervain



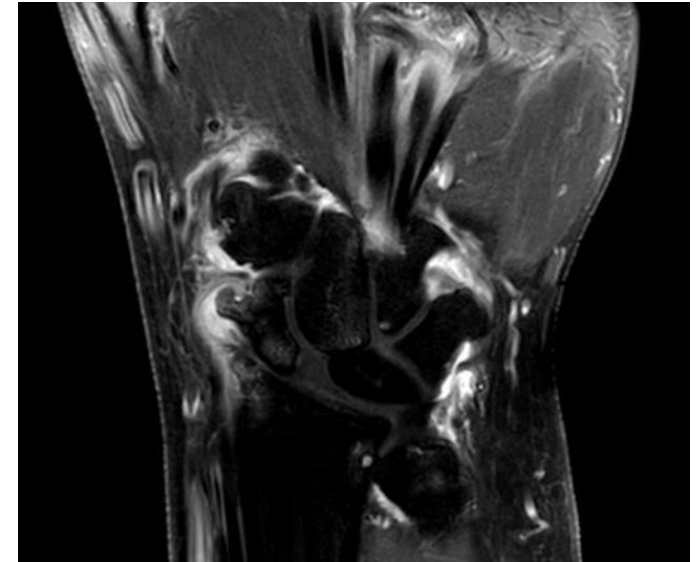
Cas clinique: femme de 52 ans

Conclusion :

Arthropathie inflammatoire radiolunaire distale, radio scaphoïdienne, médiocarpienne, STT et trapézo-métacarpienne. L'aspect est en faveur d'une cause pathologie rhumatismale inflammatoire avec arthropathie dégénérative associée (cf bilan clinico-biologique complémentaire).

Rupture du ligament scapho-lunaire avec SLAC-wrist de grade 2.

Ulna court.



DIAGNOSTIC

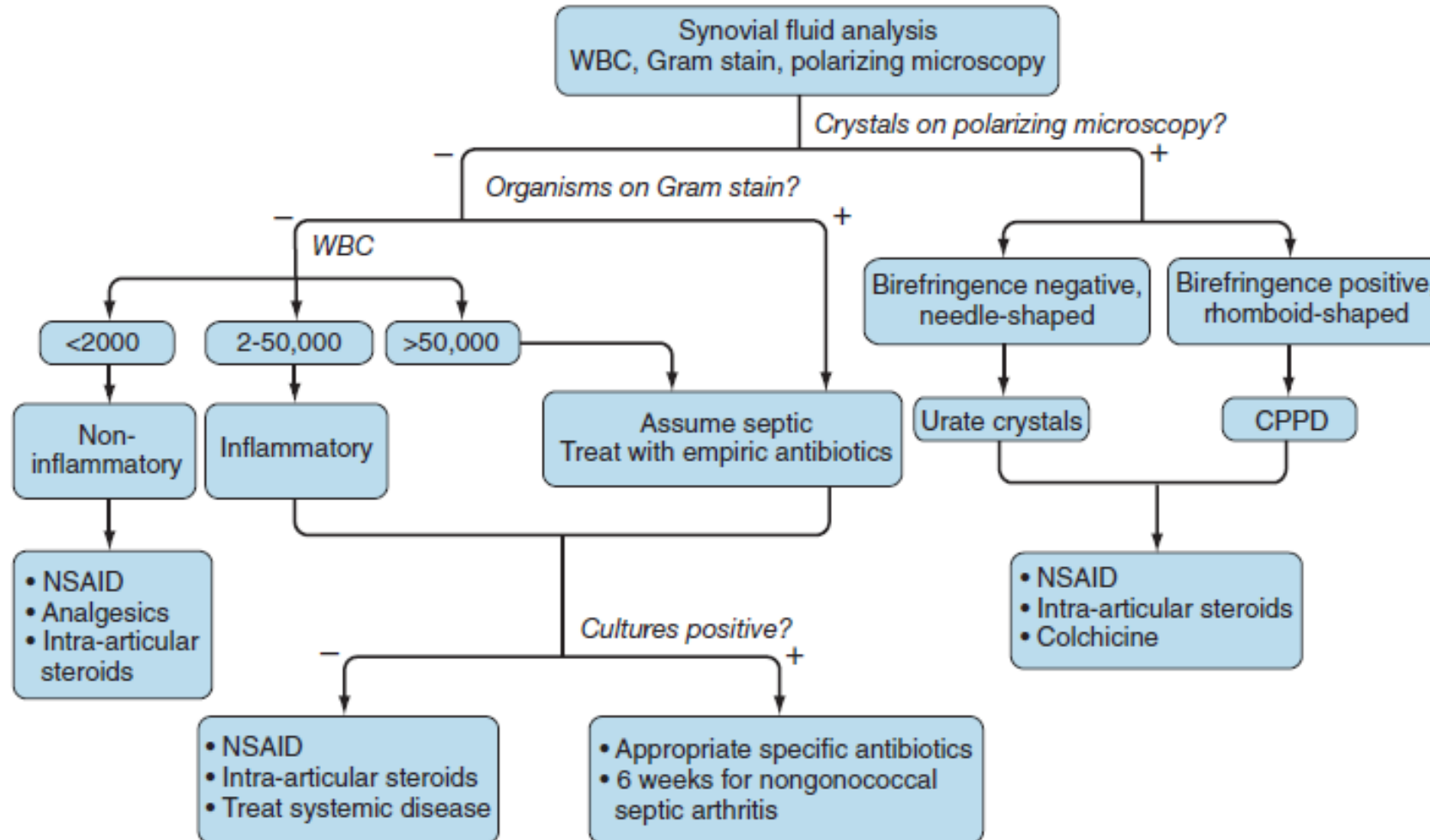
- Douleur et synovite chronique du poignet droit dans le cadre d'une rupture du ligament scapholunaire SLAC-wrist de grade 2 et ulna court, compliquée d'un conflit radio-ulnaire sans argument clinique ou biologique en faveur d'un rhumatisme inflammatoire.

es marchés.

- Synovite douloureuse du poignet droit, 9/44 articulation douloureuses
- Echographie: synovite poignet droit, sans autre argument pour une polyarthrite active
- Complément de bilan:
 - Pas de syndrome inflammatoire sérique, facteurs rhumatoïdes et anti CCP négatifs, HLA B27 négatif,
 - Sérologie pour la maladie de Lyme et brucellose négative,
 - Pas de chondrocalcinose radiologique

Mono-oligoarthrite

- **ponction** avec comptage leucocytaire, recherche de cristaux et bactériologie



Take Home Message

- **Gait – Arms – Legs – Spine** : 3 minutes pour le dépistage de problèmes musculo-squelettiques!!
- Prendre le temps de l'anamnèse et de l'examen clinique
 - Localisation, condition d'apparition et horaire des douleurs
 - Symptômes généraux, manifestations associées, anamnèse familiale
 - Examen clinique: inspection, palpation et mobilité
- Examens complémentaires: à intégrer au contexte clinique
 - Place de la radiographie standard et de l'échographie



Merci de votre attention