

ITEM 306 : DOULEURS DES MEMBRES ET DES EXTREMITES.

ORIGINE DE LA DOULEUR

Orientation clinique

Articulaire	- Synovite/Epanchement - Douleur cartilagineuse : Douleur à la pression de l'interligne - Douleur ab-articulaire = ligamentaire / capsulaire / enthèse / bourse Douleur localisée - ↑ palpation et mise en extension de la structure
Osseuse	Nociceptive – Sourde – Profonde - ↑ pression/percussion osseuse
Neurologique	- Douleur nociceptive + dysesthésies ou douleur neuropathie + hyperalgésie/allodynie - Topographie tronculaire/radiculaire
Tendineuse	- Nociceptive – Brutale ou progressive – Mécanique ou mixte - ↑ par palpation du tendon – Etirement passif – Contraction musculaire contre résistance
Vasculaire	Artérielle - Nociceptive – Profonde – ↓ des pouls périphériques - Survenue à la marche - ↓ à l'arrêt – Réapparition après le même périmètre de marche Veineuse : Lourdeur de jambe – Oedèmes – Varices – Tb trophiques
Musculaire	Nociceptive – Spontanée ou à l'effort ↑ palpation/mise en extension du muscle
Psychogène	Territoire vague – Richesse/atypie des symptômes Discordance plainte/constatation objective

Etiologies

SNC	- Lésion médullaire - Sd thalamique - Lésions pariétales
SNP	- Mononeuropathie simple ou multiple - Plexopathie - Radiculopathie - Polyneuropathie
Artérielle	Aiguë (Ischémie aiguë de membre) / Chronique (AOMI)
Veineuse	TVP – TVS – Insuffisance veineuse chronique
Capillaire	Acrocyanose - Erythermalgie
Os	- Tumeurs bénignes : Ostéome ostéoïde - Tumeurs malignes : Métastases – Lymphome – Myélome - Tumeurs malignes - Maladie de Paget - Fracture / Séquelle de fracture (pseudarthrose, cals vicieux) - Ostéonécrose aseptique - Algodystrophie
Articulation	- Arthrose - Arthrite septique / micro-cristalline – Chondromatose/Synovite - Hémarthrose : Traumatique / Non traumatique (CCA – Hémophilie – Tumeur intra-articulaire – Synovite villonodulaire – Arthrose très évoluée) - Luxation
Tendineuse	Tendinopathie – Rupture tendineuse - Entorse/séquelle d'entorse
Musculaire	- Fibromyalgie - Aiguë : Myosite infectieuse ou inflammatoire – Hématome intra-musculaire - Effort : Hypothyroïdie – Myosite inflammatoire - Effort : Glycogénose – Myopathies métaboliques/mitochondriales
Cutanée	- Infection : Erysipèle – Gangrène – Abscess - Plaie – Contusion – Hématome

	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcère - EN - Ischémie (maladie des embols de cholestérol)
Psychogène	<ul style="list-style-type: none"> - Simulation - Conversion hystérique <p>Sémiologie riche ou floue – Pas de systématisation neurologique Topographie évocatrice : Langue – Vertex Belle indifférence au trouble Personnalité histrionique sous-jacente : Théatralisme – Erotisation des rapports - Suggestibilité</p>

TENDINOPATHIE SIMPLE DU SUS-EPINEUX: CONFLIT SOUS-ACROMIAL

Terrain	Jeune sportif / Sujet âgé – Rechercher un geste répétitif, un traumatisme.
SF	Douleur mécanique modérée
Palpation	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur à la palpation de l'insertion/du trajet + étirement passif du tendon - Mobilité passive: Normale - Mobilité active: Normale - Mobilité active contrariée : Douleur à l'abduction contrariée (Manœuvre de Jobe)
Bio	Pas de syndrome inflammatoire
Radio	Normale – Intégrité de l'interligne articulaire – Recherche de calcification tendineuse
Echo	Absence de rupture tendineuse – Recherche d'un épanchement dans la gaine
IRM	Confirme l'origine inflammatoire
TTT	Tendinopathie aiguë: Repos articulaire – ATG – AINS – Rééducation Tendinopathie chronique : Idem +/- injection locale de corticoïdes +/- orthèse
Evolution	Rupture tendineuse – Rupture de calcification

RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

Terrain	Jeune sportif + Traumatisme – Sujet âgé
SF	Douleur intense
Palpation	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilité active : Aucune - Mobilité passive : Normale si sujet âgé (dégénératif) – Aucune si sujet jeune (traumatique)
Biologie	Pas de syndrome inflammatoire
Radio	<ul style="list-style-type: none"> - Post-traumatique : Radio normale - Dégénératif : Arthrose scapulo-humérale excentrée <p>→Tête humérale ascensionnée – Rupture du cintre gléno-huméral – Condensation de l'acromion – Ostéophytose</p>
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - TTT médicamenteux : ATG - Rééducation : Physiothérapie ATG – Kiné passive puis active - TTT chirurgical : <p>Systematique en urgence si sujet jeune A froid, si échec du TTT médical et de la rééducation si dégénératif</p>

DOULEUR DE HANCHE A RADIO NORMALE

Mécanique	Inflammatoire
<ul style="list-style-type: none"> - Coxarthrose débutante - Ostéonécrose débutante - Algodystrophie débutante (dl permanente) - Fissure/fracture de fatigue - Coxopathie destructrice rapide débutante - Chondromatose ou synovite villo-nodulaire débutante 	Coxite débutante : Infectieuse – Inflammatoire - μ cristalline

OSTEONECROSE ASEPTIQUE DE LA TÊTE FEMORALE/DU CONDYLE FEMORAL INTERNE

Etiologie/Terrain	Principales - Traumatique (Fracture/Luxation tête fémorale) - Alcool - Corticothérapie - Diabète - Grossesse Autres : Maladie des caissons – Lupus – Drépanocytose – Séquelles de radiothérapie – Dyslipidémie – Pancréatite
SF	Douleur mécanique – Apparition progressive
Radio (hanche)	- Stade 1 : Normale - Stade 2 : Zone de nécrose déminéralisée hétérogène – Iliairement : Zone de condensation périphérique à contours irréguliers - Stade 3 : Image en coquille d’œuf (Liseré clair sous chondral entre les zones nécrosées) – Tête sphérique - Stade 4 : Effondrement de la zone de nécrose = Perte de sphéricité Stade irréversible - Stade 5 : Arthrose secondaire - Stade 6 : Destruction complète
IRM	- DD : Eliminer les autres diagnostics de douleur de hanche à radio normale - Recherche d’une atteinte controlatérale - Epanchement : HyperT2 intra-articulaire - Nécrose en hypoT1/hypoT2 – Liseré de condensation autour
Scintigraphie osseuse	Hyperfixation intense précoce de l’épiphyse en cupule délimitant une zone d’hypofixation /!\ Une scintigraphie normale n’élimine pas le diagnostic
TTT	- TTT médicamenteux : ATG - Mise en décharge : 4-8 semaines (+ prévention des C° TE) - Prise en charge étiologique - Si forme évoluée : TTT chir : PTH/PTG

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : DOULEUR COXO-FEMORALE

Neurologique	Radiculalgie L3-L4
Articulaire	Sacroiliite
Osseuse	Rachialgie – Pelvis
Tendineuse	Moyen fessier
Viscérale	Digestive – Uro-gynéco

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : GONALGIE

Douleur projetée	Douleur voisine
- Radiculalgie L3-L4 - Douleur de hanche /!\ Toute douleur de genou doit faire rechercher une pathologie de hanche	- Tumeur bénigne : Ostéome ostéoïde - Tumeur maligne : Méta – Myélome – Tumeur I - Bursite pré-rotulienne - Phlébite - Rupture de kyste poplitée

ERYTHERMALGIE = ACROSYNDROME PAROXYSTIQUE VASCULAIRE

Clinique	- Crises douloureuses à type de brûlures des pieds avec pieds rouges – oedématisés – avec veines turgescentes et chaleur locale. - Déclenchée par : Activité – Orthostatisme / ↓ décubitus – surélévation des MI
Paraclinique	Surveiller la NFS : Recherche d’un SMP (Maladie de Vaquez ++)

MALADIE DE BUERGER = THROMBOANGEITE OBLITERANCE
--

Terrain	Sujet jeune – TABAC
Clinique	Artériopathie inflammatoire non athéromateuse du sujet jeune Diagnostic d'élimination devant : Artériopathie distale + MVTE - Raynaud

SYNDROME DE L'ARTERE POPLITEE PIEGEE

Terrain	Sujet jeune – Sportif – H > F
SF	Claudication survenant à la marche plutôt qu'à la course
Examen physique	Dorsiflexion du pied : Réveil des douleurs et/ou abolition du pouls
C°	Sténose ou anévrisme artériel – Destruction du lit d'aval

DOULEURS DES MI

Douleurs nocturnes	Douleurs à la marche
AOMI	AOMI
Insuffisance veineuse	Sd de l'artère poplitée piégée
Erythermalgie	Maladie de Buerger
Syndrome des jambes sans repos	Insuffisance veineuse
	Lymphoedème primitif
	Arthrose (Coxarthrose/Gonarthrose)
	Syndrome canalaire