



# Orthopédie

## Bruxelles, 24/02/2018

par le Dr Anne-Sophie MICHEL • médecin généraliste •  
1330 Rixensart • [rmg@ssmg.be](mailto:rmg@ssmg.be)

### Docteur, j'ai mal à l'épaule !

La plupart de nos patients se présentant avec une douleur d'épaule devront être pris en charge en kinésithérapie (90%). Pour rédiger une bonne prescription, il nous faut un diagnostic. Le temps des « périarthrites scapulo-humérales » à gogo est révolu ! Tâchons d'être plus précis.

Toutes les structures anatomiques de l'épaule peuvent être touchées : l'espace sous-acromial (conflit ou bursite – 90%), la coiffe des rotateurs (tendinopathie ou déchirure), la capsule articulaire (capsulite rétractile, moins fréquente) ou l'articulation gléno-humérale (omarthrose). On peut aussi avoir des traumatismes de l'épaule et des instabilités, ainsi que des épaules neurologiques, non abordées ici.

**L'examen clinique** d'un patient ayant des douleurs d'épaule doit être complet, patient déshabillé ! Cela paraît logique, mais de nombreux médecins examinent leur patient en tee-shirt... On compare toujours les 2 côtés, en commençant par le côté sain. La mobilité passive et active sera contrôlée, ainsi que la résistance contre pression.

L'abduction et l'antépulsion nous donneront des informations sur le tendon sus-épineux, la rotation externe sur le sous-épineux et la rotation interne sur le sous-scapulaire. Le palm up test (antépulsion avec la paume de main vers le haut) teste le tendon du long biceps.

Une rotation externe > 85° unilatérale signifie une lésion complète du sous-scapulaire (si elle est bilatérale elle signera une hyperlaxité). Une douleur de l'espace sous-acromial droit (bursite) est provoquée lorsque le patient met sa main droite sur son épaule gauche (et inversement).

**La capsulite rétractile** est un diagnostic clinique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire. La mobilité passive sera équivalente à la mobilité active, très limitée. On retrouve une raideur importante de l'épaule. Le diagnostic différentiel dans ce cas de figure est à faire avec l'omarthrose : patient de 60-70 ans, douleurs chroniques, perte de mobilité progressive. La capsulite rétractile touche plutôt la femme de 50 ans, mal dans sa peau, avec de nombreux soucis. On retrouvera une raideur en

rotation externe et en abduction. C'est une maladie de l'enveloppe de l'épaule, qui guérit sans séquelle après environ 18 mois. Dans les 6-7 premiers mois, une ou plusieurs infiltrations de corticoïdes (de préférence sous contrôle radiologique) peuvent être utiles, par exemple lors des crises hyperalgiques accompagnant la fragmentation de calcifications. On peut également, pour tenter d'éviter ces phases extrêmement douloureuses, faire un traitement préventif en vidant la calcification sous ponction écho-guidée (« PTLA » : ponction, trituration, lavage, aspiration).

**La kinésithérapie** sera le traitement de choix pour 90% de nos épaules pathologiques. Une partie importante de cette prise en charge concerne la prévention : d'une part au niveau de la posture du patient, qui doit être conseillé, ainsi que pour ses activités et son travail. La prise en charge psychosociale est importante également et contribue à la bonne évolution des douleurs. Il faut noter que la douleur n'est pas une contre-indication à la prise en charge par un kiné, mais respecter cette douleur est une obligation.

### Quelle imagerie pour l'épaule ?

Un message clé : la RADIOGRAPHIE. Elle doit toujours être le 1<sup>er</sup> examen à envisager en cas de doute diagnostique. Elle permet de voir l'articulation gléno-humérale, la tubérosité, les insertions tendineuses. Si l'on suspecte une pathologie acromioclaviculaire, il faut le noter sur la demande afin que le radiologue fasse un cliché supplémentaire pour visualiser cette articulation.

S'il persiste un doute diagnostique après la radio, on peut demander une échographie, qui doit être bilatérale (même cout) afin de relativiser certaines atteintes. Dans de plus rares cas, on aura recours à l'arthro-scanner ou l'arthro-IRM (notamment pour des bilans d'évolution de luxation).

D'après 3 exposés réalisés par le Dr Étienne Lejeune, orthopédiste à la Clinique Saint-Luc à Bouge, le Dr Philippe Peetrons, radiologue aux hôpitaux Iris-Sud et M. Étienne Pendeville, kinésithérapeute aux Cliniques Universitaires Saint-Luc.

**Mots-clés :** épaule, bursite, capsulite, imagerie.

## Docteur, j'ai mal au genou !

Face à un patient se présentant avec une gonalgie aiguë, l'orateur nous propose un tableau simplifié avec « 6 types de genou » (cf. tableau).

6 types de genou	septique	traumatique	Dégénératif/Inflammatoire	Méniscal	Sportif / contrainte	Pédiatrique
<b>DD</b>	Inflammatoire Hématome Cellulite	Lésion LCA, LCP LLI, luxation de rotule, Appareil extenseur, Fracture	Arthrose/ chondrocalcinose/ Arthrite psoriasique/ Arthrite goutteuse/	Interne ou externe	Douleur antérieure/ ITB/ Syndrome de friction/ tendinite/ Bursite	Arthrite Juvénile, Septique  OCD, ménisque, Contrainte.
<b>Anamnèse</b>	Antécédents chirurgicaux infectieux récents	Accident de foot, ski Mécanisme lésionnel « <b>dérobement</b> » Traumatisme à haute énergie	Antécédent Orthopédiques et médicaux	<b>40/50 ans</b> , Histoire de flexion  <b>Jeune Trauma</b>	Douleur liée au <b>sport</b>	Maladie virale, Blocage,
<b>symptômes</b>	Douleur, fièvre, impotence, rougeur	Douleur <b>Instabilité</b> , gonflement	Douleurs gonflement et impotence	Douleur <b>localisée</b> , rotatoire, blocage	Douleur brûlure <b>sans gonflement</b>	Douleur Blocage Mécanique Constante
<b>Finalité</b>	URGENCE	Traumatologie du genou	Rhumato/Ortho	Ortho	Médecine du sport	Ortho pédiatrique

Une anamnèse et un examen clinique minutieux peuvent déjà permettre de ne garder que quelques possibilités diagnostiques. Si l'on se réfère uniquement à ce tableau, nous n'avons plus grand-chose à faire, en tant que généralistes, après avoir posé un éventuel diagnostic! Là est sans doute sa limite... Mais il a l'avantage d'être un bon résumé des différentes atteintes que l'on peut rencontrer.

Si un doute persiste, on peut demander une radiographie standard du genou (en charge): elle sera utile en cas de traumatisme, si on veut distinguer une atteinte dégénérative d'une atteinte inflammatoire, en cas de sepsis également (mais dans ce cas le patient est à référer en milieu hospitalier). Si la radio n'apporte pas de réponse ou qu'il y a une discordance radio-clinique, on peut recourir en fonction de la situation à une échographie, une IRM ou un arthro-scanner. Une échographie est totalement inutile dans le cas d'un genou diffusément douloureux.

Concernant la prise en charge kiné, il est important de « prescrire » la poursuite d'exercices réguliers à domicile.

D'après 3 exposés réalisés par le Dr Arnaud Deltour, orthopédiste aux Cliniques Saint-Luc et à la Clinique Saint-Jean, le Dr Philippe Peetrons, radiologue aux hôpitaux Iris-Sud et M. Étienne Pendeville, kinésithérapeute aux Cliniques Saint-Luc.

**Mots-clés : genou, gonalgies, ménisques, syndrome fémoro-patellaire.**

## Docteur, j'ai mal au dos !

Les lombalgies concernent 2 personnes sur 3 au cours de la vie et 15% des ITT prolongées. La prise en charge des lombalgies fait partie de l'accord médico-mutualiste 2018-2019, qui propose de suivre les directives émanant du rapport 2017 du KCE. Celui-ci a été « mis en pratique » pour une utilisation simple et efficace au cabinet du généraliste: itinéraire de soins disponible sur internet et interactif: <http://www.lombalgie.kce.be>

Le praticien doit évaluer son patient dans le temps, se diriger vers la prise en charge « lombalgie » vs « radiculaire », exclure les red flags qui sont repris. De nombreux autres points font partie de l'itinéraire, comme l'évaluation de la situation et des conséquences professionnelles pour le patient. En dehors des red flags, une des plus importantes complications d'une lombalgie est la chronicisation (7% des patients). Dans ce contexte, le patient doit être écouté et rassuré. Il doit « s'émanciper » du thérapeute. Il nous faut évaluer l'anxiété liée à la pathologie, pouvoir expliquer au patient les différences de douleurs (douleur aiguë, qui peut être normale à la reprise de l'activité, vs douleur chronique). Il faut encourager le patient à bouger. Une ITT prolongée d'emblée avec repos total est tout à fait contraindiquée.

D'après 2 exposés réalisés par le Dr Jacques Vanderstraeten, médecin généraliste à Bruxelles et M. Étienne Pendeville, kinésithérapeute aux Cliniques Saint-Luc.

**Mots-clés : lombalgie.**

## Docteur, j'ai mal au pied !

La talalgie plantaire la plus fréquente est l'atteinte de l'aponévrose plantaire, ou fasciite plantaire, avec une douleur à l'insertion du fascia plantaire.

Les facteurs favorisants sont la surcharge pondérale, la marche ou la station debout prolongée, le raccourcissement de la chaîne postérieure (80% des cas), l'âge supérieur à 40 ans, la course à pied, les pieds plats/creux.

Les examens complémentaires ne sont pas utiles. Le traitement comportera du repos (relatif), des étirements de la chaîne postérieure (niveau de preuve A), éviter les chaussures plates, semelles orthopédiques éventuelles, antidouleurs si nécessaire, attelle nocturne. L'évolution est lentement favorable (90-95% sont guéris en un an).

D'après un exposé du Dr V. Gombault, orthopédiste à la Foot and Ankle Institute.

**Mots-clés : talon, talalgie, fasciite plantaire.**