

# Item 306 : Douleurs des membres et des extrémités

---

COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie

Date de création du document 2010-2011

## Table des matières

<b>ENC :</b> .....	<b>2</b>
<b>SPECIFIQUE :</b> .....	<b>2</b>
<b>I En faveur d'une origine osseuse.....</b>	<b>4</b>
<b>II En faveur d'une origine articulaire.....</b>	<b>5</b>
<b>III En faveur d'une origine neurologique.....</b>	<b>5</b>
<b>IV En faveur d'une origine musculaire.....</b>	<b>6</b>
<b>V En faveur d'une origine vasculaire.....</b>	<b>6</b>
<b>VI En faveur d'une douleur projetée.....</b>	<b>7</b>

## OBJECTIFS

### ENC :

- Devant les douleurs des membres et des extrémités, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

### SPECIFIQUE :

- Savoir évoquer sur des éléments cliniques une origine osseuse ou articulaire, tendineuse, musculaire, neurologique ou vasculaire (artérielle ou veineuse) d'une douleur des membres.
- Savoir prescrire et justifier la démarche logique et adaptée d'examens paracliniques (biologiques, radiologiques et autres imageries).
- Connaître et pouvoir argumenter les principales affections ostéoarticulaires, tendineuses, musculaires, neurologiques ou vasculaires à incriminer.
- Savoir diagnostiquer et traiter une tendinopathie (tendinite simple, douleur aiguë sur calcifications).
- Connaître les manifestations cliniques et l'imagerie des ostéonécroses. Connaître l'étiologie.

Cet item recouvre à lui seul presque toute la rhumatologie ! En pratique, la douleur d'un membre est un motif fréquent de consultation, et il s'agit donc très naturellement d'une base idéale pour élaborer un cas clinique pour l'ECN. Un cas clinique « item 306 » vous place dans la situation du consultant en face d'un malade lui décrivant sa douleur : il faut analyser les caractéristiques de la douleur pour sérier les hypothèses les plus vraisemblables et guider au mieux les examens complémentaires qui permettront d'établir un diagnostic précis.

Rien de tel qu'un exemple pour expliquer les principes de la démarche.

Une femme de 73 ans consulte car elle présente depuis 2 mois une douleur inguinale droite irradiant à la face antérieure de la cuisse, jusqu'au genou. Cette douleur, initialement modérée, s'est accentuée progressivement. Elle apparaît systématiquement à la marche, s'accentue à l'effort, et elle est soulagée par le repos. Dans ses antécédents, vous notez une colectomie partielle pour

adénocarcinome colique il y a 4 ans. Il s'agit donc d'une douleur inguinocrurale de rythme mécanique chez une femme âgée ayant un antécédent de cancer digestif. Cette douleur peut aussi bien témoigner d'une banale coxarthrose que d'une cruralgie (commune ou symptomatique d'une épidurite néoplasique), ou encore témoigner d'une métastase osseuse affectant le cotyle ou l'épiphyse fémorale supérieure. Il faudra rechercher à l'interrogatoire, à l'examen physique des arguments permettant de hiérarchiser les hypothèses, puis confirmer par des examens complémentaires l'existence d'éléments permettant de conclure de façon formelle. Cela est possible en connaissant les principaux caractères sémiologiques orientant vers telle ou telle pathologie.

Le raisonnement est donc immuable. Quel type de lésion peut être à l'origine d'une douleur d'un membre ? S'agit-il d'une douleur osseuse, secondaire à une lésion bénigne, maligne ou infectieuse, d'une douleur articulaire, d'origine infectieuse, inflammatoire ou dégénérative, d'une douleur neurologique, telle une radiculalgie ou une douleur neuropathique, d'une douleur musculaire, conséquence d'un hématome, d'une myosite ou d'une myolyse, d'une douleur vasculaire, traduisant l'ischémie d'un segment de membre, ou enfin d'une douleur projetée, témoignant d'une lésion profonde située à proximité de la racine du membre douloureux ?

Nous analyserons successivement les caractéristiques sémiologiques de ces différents types de douleurs.

## I EN FAVEUR D'UNE ORIGINE OSSEUSE

---

Si le prototype de la douleur osseuse est la fracture, il faut toujours conserver en mémoire qu'une fissure ou une fracture peuvent survenir en os sain (mécanisme traumatique pur), être la conséquence d'une ostéopathie raréfiante bénigne (ostéoporose, ostéomalacie, hyperparathyroïdie), ou compliquer une lésion osseuse maligne (myélome, métastases osseuses ou tumeur osseuse primitive). Indépendamment d'une complication fracturaire, une douleur osseuse peut être la traduction d'une tumeur osseuse, d'une ostéite infectieuse ou inflammatoire.

Quoi qu'il en soit, la douleur osseuse a toujours un caractère très mécanique : la douleur est exacerbée par l'appui, la mise en charge. Elle est responsable d'une boiterie d'esquive lorsqu'elle affecte le membre inférieur, d'une impotence fonctionnelle.

Lorsque la cause de la douleur est une pathologie fissuraire ou fracturaire, la douleur est soulagée par le repos strict, l'immobilisation.

Au cours des ostéites et des tumeurs osseuses, la douleur a un caractère plus permanent, parfois inflammatoire. Elle conserve néanmoins toujours ce caractère particulier d'exacerbation à l'appui, à la mise en charge.

Les antécédents pathologiques ont une grande valeur d'orientation : la notion de fractures itératives chez une vieille dame orientera plutôt vers une ostéopathie raréfiante bénigne, un antécédent récent de cancer, une altération de l'état général, un syndrome inflammatoire biologique imposeront systématiquement d'écartier l'hypothèse de métastases.

L'imagerie osseuse est essentielle pour préciser le diagnostic. On débutera toujours par des clichés radiologiques centrés sur la région douloureuse. En fonction du contexte, d'autres examens pourront s'avérer utiles notamment si les clichés simples sont normaux : scintigraphie osseuse pour rechercher une hyperfixation dans la région douloureuse et permettant de faire une cartographie du squelette entier à la recherche de lésions asymptomatique (métastases osseuses), tomodensitométrie ou IRM pour mieux analyser l'os et les parties molles adjacentes.

## II EN FAVEUR D'UNE ORIGINE ARTICULAIRE

---

La douleur articulaire a, comme la douleur osseuse, toujours une composante mécanique : elle est accentuée par l'utilisation, la mobilisation de l'articulation concernée. On recherchera des signes associés : une limitation articulaire (active ou passive), un éventuel gonflement articulaire.

Le rythme des douleurs va néanmoins varier en fonction de la pathologie en cause :

- les douleurs articulaires d'origine dégénérative (arthrose) ont un rythme strictement mécanique : elles apparaissent et s'accentuent à l'utilisation de l'articulation et cèdent avec le repos et l'immobilisation ;
- les douleurs articulaires d'origine inflammatoire (arthrite) sont permanentes, volontiers accentuées par les périodes d'immobilisation, et s'améliorent progressivement à la mobilisation de l'articulation, mais après une phase de dérouillage plus ou moins longue où la mobilisation articulaire est douloureuse.

Cas particulier des douleurs péri-articulaires

Les douleurs péri-articulaires sont très fréquentes : tendinites, bursites... elles traduisent le plus souvent des pathologies dégénératives, micro-traumatiques, sportives... La douleur a les mêmes caractères qu'une douleur articulaire, mais il n'y a ni gonflement articulaire, ni limitation de la mobilité passive. On reproduit la douleur à la mise en tension contrariée du muscle et du tendon considéré.

## III EN FAVEUR D'UNE ORIGINE NEUROLOGIQUE

---

Une cause neurologique s'exprime soit par une douleur nociceptive accompagnée de dysesthésies (sensations anormales et désagréables à type de brûlure, fourmillement, coup de poignard, décharge électrique ; cas de la sciatique par hernie discale, par exemple), soit par une douleur neuropathique avec hypersensibilité à l'examen clinique (hyperalgesie, allodynie ; par exemple, douleurs du zona

ou séquelles douloureuses d'une sciatique). La douleur neuropathique – préférable au terme « neurogène », ambigu, et au terme « désafférentation » qui n'est plus utilisé car il suppose un mécanisme physiopathologique unique – correspond à une activation des voies de la douleur sans stimulation nociceptive. Elle peut être identifiée par le Questionnaire DN4 (voir annexe en fin de chapitre).

La douleur neurologique n'est pas accentuée par l'effort ou l'appui. Elle est volontiers permanente, y compris au repos. La douleur est décrite comme une sensation de brûlure, de

froid douloureux, de décharge électrique. La topographie de la douleur et de ses irradiations correspond à un territoire neurologique précis, radiculaire ou tronculaire. Des signes d'accompagnement sont fréquemment associés : paresthésies, déficit sensitif ou moteur, modification d'un réflexe ostéotendineux. Les signes négatifs sont également importants : on ne retrouve pas de douleur d'appui, pas de limitation articulaire à la mobilisation passive.

## **IV EN FAVEUR D'UNE ORIGINE MUSCULAIRE**

---

La douleur musculaire est à type de crampe, accentuée par l'effort. Elle est volontiers associée à une faiblesse musculaire. Elle ne s'accompagne pas de signe neurologique : absence de paresthésie, de déficit sensitif. La douleur musculaire est reproduite à la pression des masses musculaires, au mouvement contrarié.

Les examens susceptibles de confirmer l'existence d'une pathologie musculaire sont le dosage sérique des enzymes musculaires, l'électromyogramme à la recherche d'un syndrome myogène, l'IRM musculaire à la recherche d'un hypersignal inflammatoire du muscle, la biopsie musculaire.

## **V EN FAVEUR D'UNE ORIGINE VASCULAIRE**

---

Les douleurs d'origine vasculaire sont perçues par le malade comme étant musculaires. Cela est dû au fait que la symptomatologie traduit l'ischémie musculaire.

À l'interrogatoire, on note la présence de facteurs de prédisposition :

- artériels : tabagisme, diabète, antécédents d'infarctus...
- veineux : notion d'immobilisation, obésité.

La douleur artérielle ischémique survient à l'effort et disparait au repos (claudication intermittente douloureuse). À un stade avancé cependant, on peut observer des douleurs au décubitus, obligeant à dormir jambes pendantes.

La douleur par thrombose veineuse est une douleur vive, siégeant le plus souvent au mollet, d'apparition brutale ; elle s'associe à des signes locaux : rougeur et chaleur cutanée, œdème, perte du ballant du mollet.

La douleur par insuffisance veineuse correspond à des sensations de jambes lourdes, de contractures musculaires à l'effort. Il s'y associe des signes cutanés : varicosités, ecchymoses, dermite ocre, ulcères.

Le diagnostic est confirmé par le Doppler.

## **VI EN FAVEUR D'UNE DOULEUR PROJETÉE**

---

Il s'agit le plus souvent d'une douleur de la racine d'un membre, secondaire à une pathologie thoracique (membre supérieur) ou abdominopelvienne (membre inférieur). Les exemples types sont l'infarctus du myocarde, se traduisant par une douleur de l'épaule et du bras gauche, ou une tumeur sous-diaphragmatique se traduisant par une douleur de l'épaule ou de la région scapulaire.

Devant une douleur de la racine d'un membre, une douleur projetée doit être évoquée devant l'absence de tout signe local : aucune limitation articulaire, absence de douleur à la pression musculaire, absence de signe neurologique.

Les examens complémentaires viendront confirmer l'hypothèse : ECG dans les douleurs de la racine du membre supérieur gauche, scanner thoraco-abdomino-pelvien dans les autres situations.