

Examen des symptômes : partie 1 – plaintes principales par région du corps

5

Joseph Godges, DPT, MA, OSC

Michael S. Wong, DPT

William G. Boissonnault, PT, DPT, DHSc, FAAOMPT, FAPTA

Objectifs

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devra être capable :

1. De décrire les données de l'examen du patient qui entrent dans la catégorie de l'investigation des symptômes, y compris les données qui constituent un drapeau rouge, nécessitant éventuellement un contact avec un médecin.
2. De résumer les symptômes et les signes associés à des troubles médicaux pouvant entraîner des syndromes douloureux chez les patients, courants dans la pratique des kinésithérapeutes.
3. De décrire les questionnaires de dépistage médical et les intégrer dans un schéma d'examen des patients présentant des syndromes douloureux courants.

De nombreuses personnes font appel aux services d'un kinésithérapeute (MK) parce qu'elles se plaignent de douleurs dans le bas du dos, l'épaule ou le genou [12, 29, 56]. Les patients supposent souvent que les symptômes sont liés à une entorse, une foulure, une mauvaise posture ou des problèmes arthrosiques. Pour certains de ces patients, cependant, les symptômes sont liés à un problème médical plus sérieux qui pourrait mener à des problèmes mettant la vie en danger ou à un handicap grave. Par exemple, la lombalgie peut être liée à un cancer, une infection, une maladie viscérale ou une fracture. Jarvik et Deyo [52] ont estimé que, parmi les patients souffrant de lombalgie qui se présentent dans un cabinet de soins primaires ambulatoires, 4 % ont des symptômes associés à une fracture liée à l'ostéoporose; 1 à 2 % ont une fracture traumatique, y compris un spondylo-listhésis/spondylolyse; 2 % ont une maladie viscérale; 0,7 % ont un cancer et 0,5 % ont une infection. De même, Enthoven et al. [31] ont rapporté que, chez les patients souffrant de douleurs dorsales, âgés de 55 ans ou plus, 6 % ont été diagnostiqués avec une pathologie sous-jacente grave (la majorité des patients ont été diagnostiqués avec une fracture vertébrale).

L'objectif du processus de dépistage médical est de reconnaître rapidement la nécessité de consulter un médecin, en accélérant le diagnostic éventuel de processus systémiques ainsi que d'autres processus pathologiques. Plus le diagnostic est rapide, plus les chances de minorer la morbidité et la mortalité sont grandes. Le symptôme le plus courant associé au mal de dos et au cancer est simplement une douleur sourde, avec une moyenne de 9 mois entre le début de la douleur et le diagnostic de la tumeur [83]. Dans ce cas, le MK a contribué au diagnostic du médecin [14].

Ces estimations des douleurs thoracolombaires liées à une maladie mettent en évidence l'objectif principal initial du processus d'examen du MK, qui consiste à décider s'il faut :

- traiter immédiatement;
- traiter immédiatement, tout en demandant au patient de consulter un médecin;
- demander seulement un avis médical [25].

La description détaillée, par le patient (mise en évidence des symptômes), d'une plainte douloureuse, survient souvent lorsque le MK soupçonne pour la première fois une étiologie potentiellement grave des symptômes. L'investigation détaillée des symptômes comprend les sous-catégories suivantes : 1) localisation des symptômes et des descripteurs de la douleur elle-même, 2) apparition des symptômes et 3) comportement ou schéma des symptômes sur une période donnée.

La localisation et les descripteurs des symptômes doivent alerter le MK sur les « générateurs de douleur » non musculosquelettiques (par exemple une cardiopathie ischémique se manifestant par une douleur à l'épaule ou au milieu du dos). Le fait de savoir quelles maladies peuvent produire une douleur locale ou une douleur référée dans une région du corps guide le MK dans le choix des systèmes organiques à examiner. Les questions relatives au moment et à la façon dont la douleur thoracolombaire a commencé, à la façon dont la douleur fluctue sur une période de 24 heures et à ce qui améliore ou aggrave cette douleur sont essentielles au processus de dépistage. On part du principe que la plupart des affections liées à une déficience se manifestent par une douleur marquée par un macrotraumatisme ou un microtraumatisme (surmenage répétitif). Cette douleur varie de façon constante en fonction de l'heure de la journée et des activités associées. Elle fluctue par l'adoption de postures spécifiques, ainsi que pendant les mouvements et les activités fonctionnelles qui chargent et déchargent la région du corps concernée (schéma de douleur mécanique).

Ce chapitre présente les principes du dépistage médical, associés à l'examen des principaux symptômes présentés par les patients, en fonction de la localisation de ces symptômes. Nous décrivons diverses causes de douleur dans des régions spécifiques du corps (bas du dos, bassin, hanche et cuisse, genou, jambe, cheville et pied, thorax, colonne cervicale et épaule, tête et visage, coude, poignet et main), en fournissant aux MK une liste de maladies à prendre en compte lors de l'examen des patients. Le reste de l'examen permettra au MK d'affirmer en toute confiance : « Je ne m'inquiète pas des troubles cardiaques ou pulmonaires à l'origine de la douleur à l'épaule », ou au contraire : « Je dois m'inquiéter de ces symptômes ». Pour aider le lecteur, des tableaux récapitulatifs et des questionnaires d'auto-évaluation de dépistage médical pour chacune des régions du corps sont présentés comme des guides de référence clinique rapide.

Recherche des symptômes

Localisation des symptômes

Les auteurs recommandent l'utilisation d'un schéma corporel pour noter l'emplacement exact des symptômes ainsi que les qualificatifs des symptômes (par exemple douleur, brûlure,

coup, etc.), paresthésie, engourdissement et/ou faiblesse. L'entretien avec le patient doit commencer par une question ouverte : « Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui? » ou « J'ai cru comprendre que vous aviez des problèmes avec votre genou, est-ce lui qui vous amène aujourd'hui? ». La réponse du patient à ces questions ouvertes guidera le MK quant aux questions à poser ensuite. Voici quelques exemples de questions de suivi possibles :

- Les symptômes qui provoquent votre douleur principale se déplacent-ils ou s'étendent-ils vers le haut, le bas ou de chaque côté?
- Pouvez-vous évaluer l'intensité de vos symptômes sur une échelle de 0 à 10 lorsque vous vous sentez au mieux, au pire et dans la moyenne?
- Avez-vous d'autres symptômes ailleurs?

La **figure 5.1** montre que le patient s'est présenté avec une douleur lombaire basse et une douleur de la fesse droite (douleur sourde). Après avoir signalé ces symptômes, le patient a déclaré : « C'est tous les symptômes que j'ai ». La question suivante serait la suivante : « Vous n'avez donc pas de douleur, de picotements, de faiblesse ou d'engourdissement à l'arrière de vos jambes, sur la plante de vos pieds, sur le devant de votre corps, y compris le bassin, l'estomac, la poitrine, le cou ou le visage, ou entre les omoplates, et vous n'avez pas de maux de tête? ». Il est tout aussi important de noter les endroits où le patient ne présente pas de symptômes (les cocher sur le schéma corporel) que de documenter les endroits où il en présente. Un patient qui se plaint principalement d'une lombalgie intense peut ne pas dire spontanément qu'il a des douleurs abdominales ou faciales. Son raisonnement peut être le suivant : « Pourquoi le kinésithérapeute doit-il savoir si j'ai mal au ventre? Je suis ici pour ma lombalgie » ou « Mon médecin s'occupe de mon problème d'estomac, pas mon kinésithérapeute ». L'une des raisons pour lesquelles les symptômes liés à une maladie peuvent passer inaperçus est que le patient

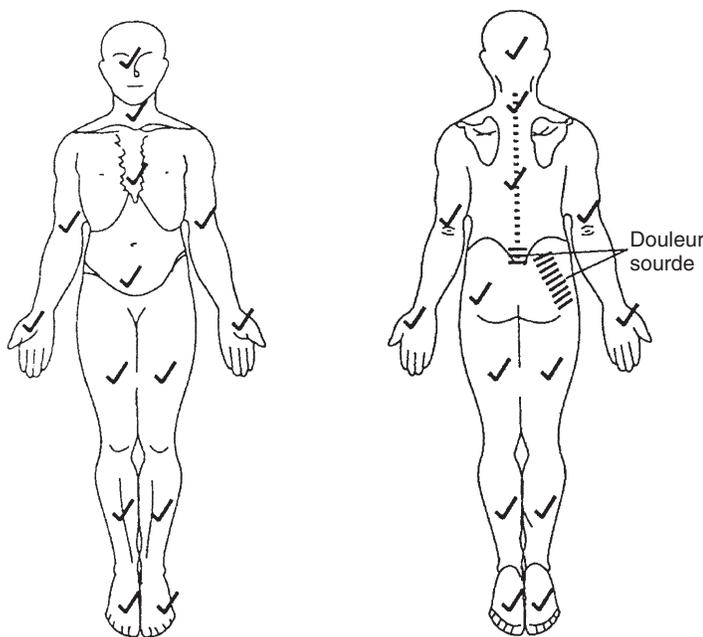


FIG. 5.1 Diagramme corporel utilisé pour illustrer les régions corporelles symptomatiques et asymptomatiques. (Source : Boissonnault WG. *Examination in physical therapy practice : screening for medical disease*. 2nd ed. New York : Churchill Livingstone ; 1995. p. 5.)

présente des symptômes tellement graves ou intenses dans une zone qu'il ne prête guère attention à une douleur légère qui était présente avant le traumatisme. Cette douleur légère peut être associée ou non à la plainte principale et peut être la manifestation initiale d'un trouble plus grave. Les zones asymptomatiques doivent être notées sur le schéma corporel par un signe ou toute autre note, comme le montre la **figure 5.1**.

On pense généralement que la douleur provenant des structures viscérales est localisée dans la paroi thoracique antérieure ou les régions abdominales, mais de nombreux viscères sont situés dans la région rétropéritonéale du tronc. Ces structures comprennent des parties du duodénum, du côlon ascendant et descendant, de l'aorte abdominale, du pancréas et des reins, et si ces structures sont malades, des douleurs dorsales, plutôt que des douleurs abdominales, peuvent se manifester. La cardiopathie ischémique peut se manifester selon le schéma classique de l'homme d'âge moyen, illustré à la **figure 5.2**, mais la douleur cardiaque peut également se manifester dans les régions épigastrique, interscapulaire, de l'épaule droite, de la gorge, de la mâchoire ou des dents. Il existe un « chevauchement » considérable entre les schémas de localisation de la douleur associés aux troubles viscéraux et aux troubles musculosquelettiques courants (**tableau 5.1** ; voir aussi **figure 5.2**). En outre, de nombreuses maladies génératrices de douleur se manifestent simplement par une douleur sourde, une raideur ou une douleur légère à modérée à leurs stades précoces ou intermédiaires. Ces descriptions de symptômes courants rapportés par de nombreux patients peuvent indiquer des tableaux cliniques qui correspondent à des prises en charge de MK. La connaissance des schémas de localisation de la douleur associés aux viscères peut guider le MK dans le choix des systèmes d'organes à examiner plus en détail, à l'aide de questions relatives à l'examen des systèmes (voir **chapitre 9**). Les tableaux de ce chapitre sont conçus pour fournir de telles informations.

L'examen des symptômes comprend également les mots associés aux symptômes et utilisés par le patient. Les patients utilisent souvent plus d'un descripteur pour leur douleur, y compris la raideur et la douleur aiguë. Le MK doit évaluer chaque descripteur indépendamment des autres, y compris l'apparition et le comportement des symptômes. Le fait d'entendre un modèle similaire (facteurs aggravants et atténuants) pour chacun des descripteurs amènerait le MK à croire que les trois symptômes sont liés à la même lésion, mais le fait d'entendre des modèles de fluctuation des symptômes différents devrait l'amener à considérer que la douleur pourrait avoir plus d'une source.

Certains descripteurs sont inhabituels pour les troubles de l'atteinte musculosquelettique [9, 41, 70, 92] :

- troubles vasculaires : douleur lancinante, battante, pulsatile ;
- troubles neurologiques : douleur aiguë, lancinante, à type de choc, de brûlure ;
- troubles viscéraux : douleur lancinante, oppressante, ronçante, brûlante, en forme crampe.

La douleur des viscères creux peut survenir par vagues, appelées *douleurs coliques*. Souvent associée à une distension de l'organe ou à un spasme des muscles lisses, la douleur va crescendo, puis s'estompe lentement. Les « vagues » de douleur peuvent durer 10 à 15 minutes ou plusieurs heures. Les termes couramment utilisés dans la littérature médicale pour désigner

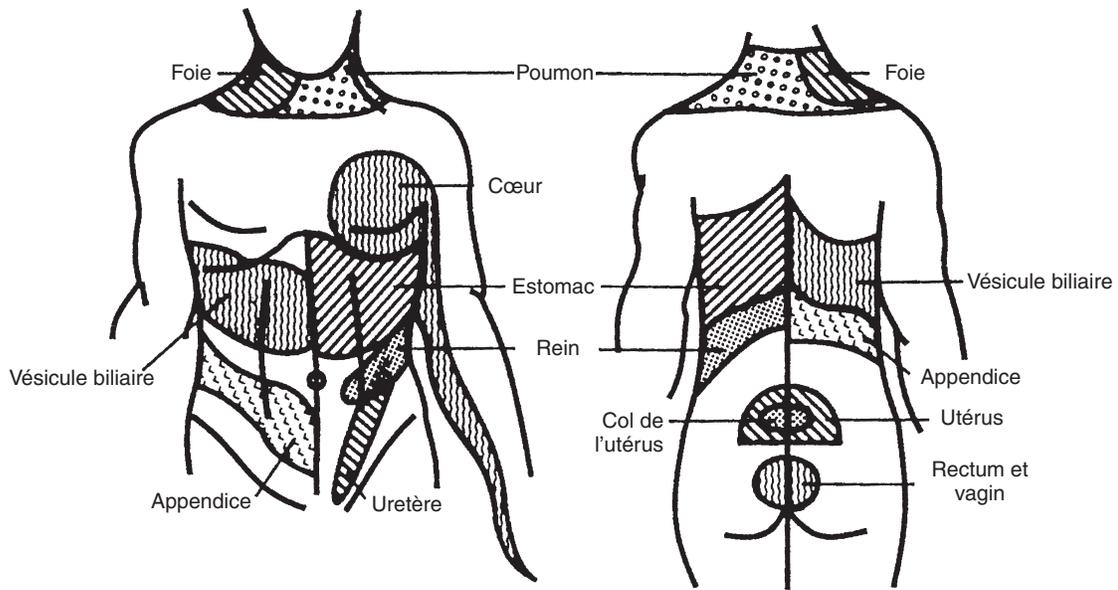


FIG. 5.2 Modèles possibles de douleur locale et référée des structures viscérales. (Source : Boissonnault WG. *Examination in physical therapy practice : screening for medical disease*. 2nd ed. New York : Churchill Livingstone ; 1995. p. 6.)

TABLEAU 5.1		
Schémas de la douleur viscérale locale et référée		
Structure	Innervation segmentaire	Zones possibles de localisation de la douleur
ORGANES PELVIENS		
Utérus, y compris les ligaments utérins	T1-L1 S2-S4	Charnières lombosacrée, sacrée et thoracolombaire
Ovaires	T10-T11	Zone abdominale basse ou sacrée
Testicules	T10-T11	Zone abdominale basse ou sacrée
RÉGION RÉTROPÉRITONÉALE		
Rein	T10-L1	Charnière thoracolombaire (homolatérale), régions lombaire moyenne, abdominale inférieure et/ou abdominale supérieure
Uretere	T11-L2 S2-S4	Aine, partie médiale/proximale de la cuisse, partie supérieure de l'abdomen, région sus-pubienne, zone thoracolombaire, crête iliaque
Vessie	T11-L2 S2-S4	Apex sacré, zone suprapubienne ou thoracolombaire
Prostate	T11-L1 S2-S4	Zones sacrée, périnéale, testicules et thoracolombaire
ORGANES DE L'APPAREIL DIGESTIF		
Œsophage	T4-T6	Régions sous-sternale et abdominale supérieure
Estomac	T6-T10	Zones du rachis lombaire supérieur, thoracique moyen et/ou inférieur
Intestin grêle	T7-T10	Zone du rachis thoracique moyen
Pancréas	T10	Région abdominale supérieure, rachis thoracique inférieur, rachis lombaire supérieur
Vésicule biliaire	T7-T9	Rachis thoracique supérieur, rachis thoracique moyen et inférieur droit, scapula droite

Foie	T7-T9	Rachis thoracique moyen et inférieur, côté droit, colonne cervicale irradiant vers la droite
Canal biliaire commun	T8-T10	Rachis thoracique moyen et abdominal supérieur
Gros intestin	T11-L1	Bas de l'abdomen, colonne lombaire moyenne, fesse
Côlon sigmoïde	T11-T12	Zones sacrée supérieure, sus-pubienne, quadrant inférieur gauche de l'abdomen
SYSTÈME CARDIOPULMONAIRE		
Cœur	T1-T5	Zone cervicale antérieure, mâchoire, dents, thorax supérieur, épigastre, extrémité supérieure gauche du bras, épaule et extrémité supérieure droite
Poumons et bronches	T5-T6	Colonne thoracique homolatérale, paroi thoracique, région cervicale (implication du diaphragme)
Diaphragme (partie centrale)	C3-C5	Colonne cervicale

Modifié d'après Boissonnault W, Bass C. Pathological origins of trunk and neck pain : parts I, II, III. *J Orthop Sports Phys Ther* 1990;12:191-221.

ce type d'affection sont *colique biliaire* ou *colique rénale*, selon les structures impliquées. La gastro-entérite, la constipation, les menstruations, les maladies de la vésicule biliaire et l'obstruction urétérale peuvent toutes être impliquées dans la cause de la douleur colique ressentie dans les régions abdominale ou dorsale [75]. Si le péritoine est impliqué, la douleur a tendance à être plus intense et sévère et plus facilement localisée par le patient. En cas d'atteinte péritonéale, la toux et les mouvements peuvent être très douloureux, et les patients choisissent de rester immobiles [9, 41]. Comme pour la localisation des symptômes, les descripteurs de symptômes seuls ne fournissent souvent pas suffisamment d'informations sur lesquelles fonder une orientation.

Apparition des symptômes

Pour de nombreux patients, l'épisode actuel de symptômes n'est pas le premier, mais les informations les plus pertinentes pour la visite initiale sont la recherche de la blessure ou de la poussée la plus récente. Si l'on demande au patient : « Quand vos symptômes ont-ils commencé ? », la réponse peut être « il y a 20 ans », et après une discussion de 5 minutes sur l'incident survenu il y a 20 ans, le MK peut conclure que rien n'a été appris qui pourrait influencer la prise de décision clinique d'aujourd'hui. Pour favoriser l'efficacité de l'entretien, la discussion devrait commencer par l'épisode actuel ou le plus récent, puis remonter chronologiquement.

Les symptômes liés à la déficience sont généralement associés au soulèvement d'un objet, à une chute, à un long trajet en voiture ou à un voyage en avion, ou le patient peut signaler une douleur à l'épaule ou au dos après une journée de gros travaux de jardinage. De nombreux patients ne peuvent pas relier l'apparition de leurs symptômes à un incident ou à un accident particulier. Cependant, un questionnement attentif de la part du MK révélera souvent une cause probable, comme le fait que le patient ait commencé à courir pour la première fois depuis 3 mois, qu'il ait été promu à un poste administratif qui l'oblige à rester assis 8 heures par jour, ou qu'il ait commencé à jardiner après un hiver d'inactivité. Si l'apparition des symptômes est franchement insidieuse, si de nouveaux symptômes apparaissent en toile de fond du traitement, ou si des symptômes résolus reviennent sans raison mécanique apparente, le MK doit commencer à se poser des questions sur la nature sous-jacente de l'affection [108].

La comparaison et le contraste entre les événements actuels et passés peuvent révéler des informations importantes. Prenons l'exemple d'un patient souffrant de douleurs chroniques au cou et présentant un nouvel épisode. Dans l'esprit du patient, il s'agit de la douleur cervicale « habituelle », et si le MK a déjà vu ce patient pour une douleur cervicale, il peut faire la même supposition. Ces suppositions peuvent amener le patient à oublier de signaler un fait sortant de l'ordinaire et concernant son épisode actuel. Cela peut également amener le MK à sauter des étapes dans le processus d'examen. Dans le passé, les poussées ont toujours été associées à des voyages prolongés ou à du temps passé devant un ordinateur, mais ni les voyages ni le temps passé devant un ordinateur ne sont associés à l'épisode actuel. Un aperçu de l'apparition des symptômes et du rapport de 24 heures révélerait rapidement une histoire qui est ou n'est pas cohérente avec les épisodes précédents.

Comportement et schéma des symptômes

Le rapport du patient sur les changements d'intensité des symptômes, au cours d'une période définie, fournit des informations essentielles au processus de dépistage médical. Le MK doit poser des questions sur les points suivants :

- la relation entre les symptômes et le repos, les activités, le moment de la journée (matin, midi, soir ou nuit), et les positions et postures ;
- la constance, la fréquence et la durée des symptômes, y compris les fluctuations d'intensité [65].

Pour de nombreux patients atteints de troubles neuromusculosquelettiques, une description de l'évolution des symptômes sur une période de 24 heures est suffisante. En revanche, pour

les patients atteints de troubles tels que la sclérose en plaques, un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien, le délai approprié peut être de 3 à 6 mois.

Outre l'apparition insidieuse des symptômes, le signalement d'une modification atypique des symptômes peut être l'indice initial qui ferait suspecter la présence d'une affection sous-jacente grave. Les symptômes associés aux déficiences ou aux troubles du mouvement fluctuent généralement en fonction de l'augmentation ou de la diminution des charges mécaniques sur le corps, selon l'heure de la journée, le début ou la fin d'activités spécifiques, et l'adoption ou l'évitement de certaines postures. Ce modèle de comportement symptomatique attendu correspond à de nombreux patients qui sollicitent les services de MK, avec ou sans étiologie patho-anatomique des symptômes. Dans une étude sur les profils de douleur des patients souffrant de lombalgie, Boissonnault et DiFabio [13] n'ont trouvé aucune différence dans le moment de la journée où la douleur était la plus intense, dans les mouvements et les postures qui modifiaient les symptômes, ou dans la fréquence des douleurs nocturnes chez les patients souffrant d'une pathologie discale (dégénérescence, rupture interne, hernie ou protubérance) par rapport aux patients ne présentant aucune pathologie sur l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la tomodensitométrie (TDM). Si le profil des symptômes ne révèle aucun schéma cohérent, le MK doit commencer à s'interroger sur la pertinence d'une prise en charge. L'incohérence du profil des symptômes, combinée avec leur localisation, doit alerter le MK pour qu'il examine des systèmes corporels spécifiques plus tard dans l'examen (voir chapitre 9).

Le fait que les symptômes varient en intensité ou soient intermittents n'exclut pas la présence de troubles médicaux graves. Si la douleur de la colonne thoracique d'un patient est le résultat d'un ulcère duodénal, l'activité du système gastro-intestinal peut modifier les symptômes. Les symptômes de l'ulcère s'atténuent probablement peu après que le patient a mangé, car la nourriture peut agir comme un tampon, et quelques heures après avoir mangé, la douleur revient ou s'intensifie. La plupart des patients ne feraient probablement pas le lien entre le fait de manger et le niveau de douleur. Le patient peut attribuer les symptômes à certaines activités ou au fait de travailler sur un ordinateur pendant de nombreuses heures.

Enfin, un schéma incohérent de changement d'intensité des symptômes n'est pas le seul signe d'alerte qui peut être découvert lors de l'interrogatoire sur les modifications des symptômes. Les symptômes qui se déplacent d'un endroit du corps à l'autre sans raison mécanique apparente sont également un apport atypique pour de nombreux patients qui consultent un MK. Un patient peut noter une douleur à l'épaule et au poignet droits lors de la première visite et, lors de la deuxième visite, signaler une douleur à l'épaule droite et gauche et au coude et poignet gauches, sans pouvoir décrire la raison pour laquelle ces douleurs apparemment nouvelles ont commencé. Des troubles systémiques, endocriniens ou rhumatismaux ou des effets indésirables des médicaments peuvent expliquer un tel schéma de symptômes (voir chapitres 6 et 9).

L'étude des modifications des symptômes sur une période définie comprend des questions sur les douleurs nocturnes. La douleur nocturne (douleur qui réveille quelqu'un dans son

sommeil) a été associée à des maladies graves comme le cancer et les infections¹. On ne peut cependant pas supposer que les maladies graves soient absentes chez les patients qui ne ressentent pas de douleur nocturne. Slipman et al. [83] ont rapporté qu'environ 50 % des patients atteints de tumeurs musculosquelettiques ressentait des douleurs nocturnes. De nombreuses études décrivent également les douleurs nocturnes comme étant associées à une maladie articulaire dégénérative, en particulier dans les régions lombaire, de la hanche et du genou². En outre, un pourcentage significatif de patients souffrant de lombalgie a signalé des douleurs nocturnes sans preuve de maladie grave [13]. Ainsi, le défi pour tout clinicien est de déterminer quand les douleurs nocturnes sont vraiment un signal d'alarme. Lorsque des douleurs nocturnes sont signalées, les questions de suivi doivent inclure les points suivants :

- Combien de nuits par semaine ?
- Y a-t-il un moment précis où vous vous réveillez ?
- Comment l'intensité de la douleur nocturne se compare-t-elle à la douleur ressentie à d'autres moments de la journée ?
- Que devez-vous faire pour vous rendormir ?

Boissonnault et DiFabio [13] ont noté que 53 % des patients se plaignant de douleurs dorsales ont signalé des douleurs nocturnes. Un seul patient de ce groupe a déclaré que la douleur nocturne était plus intense que la douleur notée le matin, le midi ou le soir, et près de 80 % ont déclaré qu'ils devaient simplement changer de position dans le lit pour se rendormir. On pourrait s'attendre à ce que ce schéma soit celui d'un patient souffrant de lombalgie non aiguë. Le praticien supposerait que la zone lombaire serait mécaniquement plus sollicitée, et plus douloureuse, lorsque le patient est physiquement actif. De plus, de nombreux patients souffrant de lombalgie commencent la nuit en dormant en décubitus dorsal avec un oreiller sous les genoux ou en décubitus latéral avec un oreiller entre les jambes pour soutenir la région lombaire, mais se réveillent avec les oreillers sur le sol et à moitié couchés sur le ventre. Le malaise dans le bas du dos réveille ces patients, mais ils se rendorment avec un changement de position minimal, une fois les oreillers remis en place. Il y aurait lieu de s'inquiéter davantage si la douleur nocturne était la douleur la plus intense du patient et s'il fallait plus qu'un changement de position minimal pour se rendormir. Sur la base des preuves actuelles, on doit conclure que la présence de la douleur nocturne comme seul drapeau rouge a peu de valeur diagnostique mais doit être considérée dans le contexte des autres résultats de l'examen. Cela est cohérent avec les résultats de Henschke et al. [44], selon lesquels 80 % des patients souffrant de lombalgie ont signalé au moins un signe d'alerte, mais moins de 1 % d'entre eux présentaient un processus pathologique grave, associé à leur lombalgie. Cela suggère que la décision d'orienter un patient vers un autre médecin sera rarement prise sur la base d'un seul symptôme.

En résumé, une séquence de questions bien organisée permet aux patients de fournir une anamnèse précise :

- Lequel de vos symptômes interfère le plus avec votre fonctionnement normal ou vos activités quotidiennes ?

- Si non, pouvez-vous expliquer pourquoi ces symptômes ont commencé ?
- Décrivez les symptômes (par exemple douleur, picotements).
- Les symptômes s'étendent-ils à d'autres régions ou parties du corps ?
- Veuillez évaluer l'intensité des symptômes sur une échelle de 0 à 10 lorsque vous êtes au mieux de votre forme, lorsque vous êtes au pire de votre forme et en ce moment.
- Y a-t-il eu une blessure ou une poussée pathologique récente ?
- Les symptômes sont-ils constants, ou variables ?
- Qu'est-ce qui aggrave ou améliore les symptômes ?
- Les symptômes vous réveillent-ils la nuit ?
- Avez-vous déjà eu des épisodes similaires à celui-ci ?
- Avez-vous des symptômes ailleurs ? (Si la réponse est oui, répétez les questions précédentes.)

Modèles de douleurs régionales et maladies avec troubles associés

Lombalgie

Prenons l'exemple d'un patient de 55 ans ayant des antécédents récents de lombalgie modérée et qui a pris rendez-vous avec un MK. Le patient a reçu quatre formulaires à remplir : un instrument de mesure des résultats (le questionnaire modifié d'Oswestry sur l'incapacité liée à la lombalgie) [38], un outil de pronostic (le questionnaire sur les croyances en matière d'évitement de la peur (*Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* [FABQ]) [40], un formulaire de recueil des antécédents médicaux types et un formulaire de dépistage des signaux d'alarme spécifiques à une région du corps. Le score d'Oswestry modifié était de 44 %, et le patient a indiqué que « la douleur est modérée et ne varie pas beaucoup ». Le score d'Oswestry modifié indique une incapacité grave, ce qui est rare, en particulier lorsque la douleur survient sans facteur déclenchant évident. Cela incite le clinicien à soupçonner la présence de quelque chose d'autre qu'un mal de dos musculosquelettique banal. Les scores FABQ étaient de 6 pour l'échelle d'activité physique et de 4 pour l'échelle de travail. Dans le cas d'un mal de dos typique, une étude [39] suggère que des scores FABQ élevés sur l'échelle de travail, supérieurs à 20, auraient indiqué une probabilité deux à cinq fois plus élevée de ne montrer aucune amélioration à 6 mois (mauvais pronostic).

Dans le cas de ce patient, les faibles scores du FABQ indiquent que les croyances liées au travail jouent un rôle minime dans le schéma global de la douleur de ce patient, et les scores de l'échelle de travail du FABQ inférieurs à 5 indiquent également que ce patient a trois fois plus de chances de connaître une amélioration à 6 mois, ce qui est contraire à l'évolution des symptômes de ce patient. Ces outils amènent le clinicien à envisager d'autres sources potentielles non musculosquelettiques de la douleur. Quatre états cliniques sérieux qui peuvent se manifester par une lombalgie sont les tumeurs, les infections vertébrales, les fractures vertébrales et le syndrome de la queue de cheval [10]. Alors que ce patient décrit la douleur et les limitations d'activité, il signale que sa douleur n'a pas disparu avec le repos ou les médicaments anti-inflammatoires au cours des six dernières semaines. L'absence d'amélioration chez un patient de plus de 50 ans souffrant de lombalgie aiguë est un signal d'alarme, qui augmente l'indice

¹. Références : 1, 8, 10, 79, 98, 101.

². Références : 1, 33, 36, 53, 57, 82.

de suspicion que la lombalgie du patient peut être causée par une tumeur [28].

L'absence d'amélioration signalée par ce patient amène le MK à vérifier l'âge du patient et à lui demander s'il a des antécédents de cancer ou s'il a subi une perte de poids récente et inexplicée. Une étude menée par Deyo et Diehl [27] sur des patients atteints de lombalgie et ayant un cancer prouve l'utilité de ces questions. Deyo et Diehl [27] ont rapporté que sur les 13 patients dont la lombalgie était causée par un cancer (sur un total de 1975 patients souffrant de lombalgie), les 13 avaient plus de 50 ans, avaient des antécédents de cancer, avaient subi une perte de poids inexplicée ou ne s'étaient pas améliorés avec un traitement conservateur. Le MK pose les questions suivantes au patient de 55 ans pour augmenter ou diminuer l'indice de suspicion que la lombalgie de ce patient est causée par un cancer :

- Avez-vous des antécédents de cancer? Si oui, quel type de cancer (par exemple poumon, sein, prostate)?
- Avez-vous récemment perdu du poids, même si vous n'avez pas essayé de manger moins ou de faire plus d'exercice? Si oui, de combien?

Le patient répond «non» à chaque question, ce qui rend extrêmement improbable la présence d'un cancer à l'origine de la lombalgie.

Ensuite, le MK examine si une infection liée au dos, telle qu'une ostéomyélite rachidienne, pourrait être à l'origine de la lombalgie du patient [100]. Les signaux d'alarme qui font suspecter une ostéomyélite comme cause de la lombalgie sont tous des facteurs qui exposent le patient à un risque d'infection rachidienne. Ces facteurs sont les infections bactériennes actuelles ou récentes (par exemple les infections des voies urinaires ou de la peau), l'utilisation ou l'abus de drogues par voie intraveineuse et l'immunosuppression simultanée. Le MK pose les questions suivantes pour augmenter ou diminuer l'indice de suspicion que la lombalgie de ce patient soit provoquée par une infection liée au dos :

- Avez-vous eu de la fièvre récemment?
- Avez-vous récemment pris des antibiotiques ou d'autres médicaments pour une infection?
- Vous a-t-on diagnostiqué un trouble immunosuppresseur?
- Votre douleur s'atténue-t-elle lorsque vous vous reposez dans une position confortable?

Là encore, le patient répond «non» à toutes les questions énumérées précédemment. Les réponses négatives aux trois premières questions réduisent la suspicion que ce patient souffre d'une infection liée au rachis thoracolombaire. Une réponse négative à la quatrième question suggère toutefois que la lombalgie du patient n'est pas due à un trouble musculosquelettique, car la douleur liée aux troubles musculosquelettiques est généralement atténuée lorsque le patient se repose dans une position confortable.

Afin d'exclure la possibilité d'une fracture de la colonne vertébrale comme cause de la lombalgie de ce patient, on lui demande si un traumatisme de la colonne vertébrale a déclenché l'apparition de la douleur. De plus, le MK demande si le patient a des antécédents d'ostéoporose, car des foulures ou des chutes mineures peuvent provoquer une fracture vertébrale insoupçonnée chez une personne atteinte d'ostéoporose. Le MK demande également si le patient a des antécédents d'autres

troubles qui augmentent le risque de diminution de la densité osseuse, notamment l'hyperparathyroïdie, l'insuffisance rénale, les troubles gastro-intestinaux chroniques et l'utilisation à long terme de corticoïdes :

- Avez-vous récemment subi un traumatisme important, tel qu'un accident de voiture ou une chute d'une certaine hauteur?
- Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose ou d'autres troubles pouvant entraîner une « faiblesse osseuse »?

Le MK pose ces questions au patient de 55 ans et obtient des réponses négatives, ce qui réduit considérablement la suspicion de fracture comme cause de la lombalgie de ce patient.

Enfin, pour exclure le syndrome de la queue de cheval associé à la lombalgie de ce patient, le MK s'appuie sur les données historiques et l'examen physique. Le MK pose les questions suivantes :

- Avez-vous remarqué l'apparition récente de difficultés à retenir votre urine (vous mouillez-vous) ou à commencer à uriner?
- Avez-vous remarqué un besoin récent d'uriner plus fréquemment?
- Avez-vous remarqué l'apparition récente d'un engourdissement dans la zone de vos fesses quand vous vous asseyez sur une selle de bicyclette?
- Avez-vous remarqué récemment que vos jambes deviennent faibles lorsque vous marchez ou montez des escaliers?

Une réponse positive à l'une ou l'autre de ces questions augmente la suspicion que le patient souffre du syndrome de la queue de cheval. Le MK poursuit ces questions par un examen physique, évaluant l'intégrité sensorielle des zones péri-anale et périnéale, ainsi que des dermatomes L4, L5 et S1. Le MK évalue également l'intégrité motrice de la musculature de L4 (quadriceps et tibial antérieur), L5 (long extenseur des orteils et muscles releveurs du pied) et S1 (fléchisseurs plantaires de la cheville) (voir chapitre 13). Dans notre exemple, tous les résultats de l'anamnèse et de l'examen physique suggérant une lésion de la queue de cheval étaient négatifs. Le tableau 5.2 résume les signaux d'alarme pour la région lombaire, et un questionnaire de dépistage médical lombaire est fourni dans l'encadré 5.1.

La réponse du patient selon laquelle sa douleur ne s'atténue pas lorsqu'il se repose dans une position confortable suggère une pathologie non spinale imitant un problème de dos. Cependant, le MK n'a trouvé aucun autre drapeau rouge, aucune maladie grave telle qu'une tumeur ou une infection liée au dos, une fracture vertébrale ou un syndrome de la queue de cheval. Ainsi, comme pour de nombreux patients, la découverte d'un seul drapeau rouge ne justifie pas de demander un avis médical pour le patient et le MK peut commencer le traitement en toute confiance. En fin de compte, la réponse du patient aux soins conservateurs sera le facteur décisif pour une future prise de décision clinique.

Problèmes au niveau du bassin, de la hanche et de la cuisse

Parmi les affections graves qui peuvent imiter les troubles musculosquelettiques courants du bassin, de la hanche et de la cuisse, citons le cancer du côlon, les fractures pathologiques du col du fémur, l'ostéonécrose de la tête fémorale, la maladie de Legg-

TABLEAU 5.2

Drapeaux rouges pour la région lombaire

Pathologies	Données obtenues lors de l'anamnèse	Données obtenues lors de l'examen physique
Tumeur liée au dos [27]	Âge > 50 ans Antécédents de cancer Perte de poids inexplicable Échec du traitement conservateur	Douleur constante non affectée par la position ou l'activité Douleur aggravée la nuit
Infection liée au dos (ostéomyélite spinale) [98]	Infection récente (par exemple infection des voies urinaires ou de la peau) Consommation excessive de drogues en injections intraveineuses Trouble immuno-suppresseur concomitant	Douleur profonde et constante, augmentant avec le port de charges Fièvre, malaise et œdème Rigidité de la colonne vertébrale; la mobilité costale peut être limitée
Syndrome de la queue de cheval [10]	Antécédents de sténose spinale Antécédents de maladie dégénérative du disque intervertébral	Rétention d'urine ou incontinence Incontinence fécale Anesthésie en selle Faiblesse globale ou progressive des membres inférieurs Déficits sensoriels dans les pieds (c'est-à-dire dans les régions L4, L5, S1) Faiblesse de la dorsiflexion de la cheville, de l'extension des orteils et de la flexion plantaire de la cheville
Fracture de la colonne vertébrale [10, 28]	Antécédents de traumatisme (y compris les chutes mineures ou les soulèvements de charges lourdes chez les personnes ostéoporotiques ou âgées) Prise de médicaments stéroïdiens au long cours Âge > 70 ans	Sensibilité exquise à la palpation du site de la fracture Douleur accrue lors du port de charges Œdème dans la zone locale
Anévrisme abdominal [42, 61]	Douleur dans le dos, l'abdomen ou l'aîne Présence d'une maladie vasculaire périphérique ou d'une maladie coronarienne avec des facteurs de risque associés (âge > 50 ans, tabagisme, hypertension, diabète de type 2) Symptômes non liés aux contraintes de mouvement et associés à une lombalgie somatique	Élargissement anormal des pouls artériels aortique ou iliaque Présence d'un bruit dans la zone épigastrique centrale à l'auscultation

Calvé-Perthes et le glissement de l'épiphyse fémorale supérieure. Le cancer du côlon, troisième cancer le plus fréquent chez les femmes et les hommes [54, 81], est le résultat de néoplasmes malins qui se développent dans le gros intestin, du cæcum au rectum. Le cancer du côlon est plus fréquent chez les personnes

ENCADRÉ 5.1

Questionnaire de dépistage médical pour la région lombaire

Question	Oui	Non
1. Avez-vous subi récemment un traumatisme important, tel qu'un accident de voiture ou une chute d'une grande hauteur?		
2. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose?		
3. Avez-vous des antécédents de cancer?		
4. Votre douleur s'atténue-t-elle lorsque vous vous reposez dans une position confortable?		
5. Avez-vous eu de la fièvre récemment?		
6. Avez-vous récemment perdu du poids alors que vous n'avez pas essayé de faire un régime ou de faire plus d'exercice?		
7. Avez-vous récemment pris des antibiotiques ou d'autres médicaments pour une infection?		
8. Avez-vous été diagnostiqué comme ayant un trouble immunosuppresseur?		
9. Avez-vous remarqué l'apparition récente d'une difficulté à retenir vos urines?		
10. Avez-vous remarqué un besoin récent d'uriner plus fréquemment?		
11. Avez-vous remarqué l'apparition récente d'un engourdissement dans la zone de vos fesses ou bien quand vous vous asseyez sur une selle de vélo?		
12. Avez-vous remarqué récemment que vos jambes devenaient faibles lorsque vous marchez ou montez des escaliers?		

âgées de 50 ans et plus et qui ont des antécédents familiaux de cancer du côlon. Les premiers symptômes sont généralement une modification de la fonction intestinale, comme la présence de sang dans les selles (si la lésion est située près du rectum) ou des selles noires (si la lésion produisant le saignement est située dans la partie plus proximale du côlon). Si la douleur est présente, elle est généralement décrite comme une douleur sourde et diffuse située dans les zones pelvienne et/ou abdominale inférieure.

Le cancer du côlon est une maladie particulièrement mortelle car les néoplasmes malins peuvent passer inaperçus pendant de nombreuses années avant l'apparition de symptômes intestinaux. Les MK, ainsi que les autres professionnels de la santé, doivent insister auprès de leurs patients sur l'importance des examens de dépistage systématique du cancer du côlon (par exemple sigmoïdoscopie et coloscopie) pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cette maladie. Les polypes, qui sont le précurseur des lésions cancéreuses dans le côlon, peuvent souvent être excisés s'ils sont découverts lors d'un examen de coloscopie. Aux derniers stades du cancer du côlon, une masse palpable peut être ressentie dans la cavité abdominale.

Les MK voient souvent des patients souffrant de douleurs au milieu du dos et dans la cage thoracique, qui sont les zones douloureuses projetées les plus habituelles des sites métastatiques les plus courants du cancer du côlon. Les informations suivantes, recueillies par un MK lors d'une anamnèse ou d'un examen physique, sont des signaux d'alarme potentiels pour le cancer du côlon [90] :

- âge supérieur à 50 ans;
- antécédents de cancer du côlon chez un membre de la famille immédiate (parent au premier degré) (voir chapitre 8);

- troubles intestinaux (par exemple saignements rectaux ou selles noires) (voir [chapitre 9](#));
- perte de poids inexplicable (voir [chapitre 9](#));
- douleurs dorsales ou pelviennes inchangées par les positions ou les mouvements.

Les fractures du fémur proximal sont une autre affection grave que les MK peuvent rencontrer. Avec le vieillissement de la population, les MK seront plus susceptibles de détecter et de prendre en charge des patients présentant des fractures pathologiques de la région du col du fémur. Les fractures pathologiques du col du fémur surviennent à la suite d'une maladie et souvent en l'absence de traumatisme majeur. Ces fractures sont plus fréquentes chez les personnes de plus de 50 ans (les femmes plus souvent que les hommes) qui ont des antécédents de maladie osseuse métabolique, comme l'ostéoporose ou la maladie de Paget. Un épisode de chute depuis une position debout est souvent rapporté, ainsi qu'une sensation de claquement soudain et douloureux dans la région de la hanche et une sensation de « céder ». Une douleur aiguë à l'aîne est généralement rapportée, mais une douleur peut également être ressentie dans la cuisse antéro-interne ou dans la région trochantérienne. L'examen physique révèle généralement que l'extrémité concernée semble raccourcie par rapport au côté controlatéral et qu'elle est généralement maintenue en position de rotation latérale [95]. Le dépistage de ces fractures comprend la prise en compte des données démographiques du patient (âge, sexe, etc.) et la collecte d'antécédents médicaux détaillés (voir [chapitre 8](#)), y compris les antécédents de maladies et de prise de médicaments à long terme qui pourraient être associés à une altération de la densité osseuse. La prise en compte de ce qui constitue un traumatisme important pour ces personnes doit être différée chez les patients qui ne correspondent pas à ce profil.

Un autre trouble grave est l'ostéonécrose (également connue sous le nom de nécrose avasculaire) de la tête fémorale, résultat d'un apport artériel insuffisant dans cette région. Ce processus ischémique finit par entraîner la mort du tissu osseux de la tête fémorale et peut être provoqué par un traumatisme de la hanche, comme une fracture ou une luxation. Il peut également être associé à des atteintes non traumatiques, comme la drépanocytose, et à l'administration prolongée de corticoïdes. Il peut s'agir de patients recevant une corticothérapie pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, du lupus érythémateux systémique ou de l'asthme. L'ostéonécrose non traumatique de la tête fémorale peut être bilatérale dans 60 % des cas [86].

Une affection similaire qui survient chez les enfants (le plus souvent chez les garçons de 5 à 8 ans) est la maladie de Legg-Calvé-Perthes. Cette affection résulte d'une perte idiopathique de l'apport sanguin de l'artère cervicale ascendante latérale à la tête fémorale. Les patients atteints d'ostéonécrose et de la maladie de Legg-Calvé-Perthes signalent souvent des douleurs dans l'aîne, la cuisse et le genou qui s'aggravent avec les activités de mise en charge, entraînant une démarche antalgique. Les résultats cliniques courants chez les enfants atteints de la maladie de Legg-Calvé-Perthes comprennent également un raccourcissement de l'extrémité concernée et une limitation de la rotation médiale et de l'abduction de la hanche concernée [104]. La rotation médiale est généralement testée avec le patient en décubitus ventral, les deux extrémités simultanément en rotation médiale,

et en comparant les angles de l'axe jambier tibial par rapport à la table. L'abduction est testée avec le patient en décubitus dorsal dans la position de crochet (avec les genoux fléchis à environ 90 degrés et les deux pieds positionnés sur la table à proximité de la ligne médiane). On demande au patient de relâcher ses muscles adducteurs et de laisser les genoux tomber en position de « jambe de grenouille » (c'est-à-dire en abduction horizontale vers la table). Ce test permet de comparer facilement les hanches impliquées et non impliquées. L'abduction est mesurée en utilisant l'angle jambier par rapport à la table, en maintenant les fémurs à environ 45 degrés de flexion de la hanche [26].

Un trouble de la hanche qui survient à l'adolescence est le glissement de l'épiphyse fémorale supérieure, qui implique un glissement progressif de la tête fémorale par rapport au col à travers le cartilage de conjugaison existant. Ce glissement est plus fréquent chez les garçons (rapport homme/femme de 2,5 pour 1) qui sont généralement, mais pas toujours, en surpoids. Les patients souffrant de glissement de l'épiphyse fémorale capitale ressentent généralement une douleur à l'aîne, à la cuisse ou au genou qui est décrite comme diffuse et vague (c'est-à-dire difficile à localiser). Les résultats courants de l'examen physique sont une démarche antalgique, un membre impliqué positionné en rotation latérale et une limitation de l'amplitude des mouvements de rotation médiale de la hanche [18]. Les signaux d'alerte pour l'épiphyse fémorale supérieure et les autres pathologies graves du bassin, de la hanche et de la cuisse sont énumérés dans le [tableau 5.3](#). L'[encadré 5.2](#) présente un questionnaire d'auto-évaluation qui peut aider au dépistage de ces affections.

Douleurs du genou, de la jambe, de la cheville et du pied

Les autres régions du membre inférieur à prendre en compte sont le genou, la jambe, la cheville et le pied. Deux affections potentiellement graves, le syndrome de loge et la thrombose veineuse profonde (TVP), sont décrites en détail. De plus, trois autres pathologies potentiellement graves qu'un MK est susceptible de rencontrer sont décrites : la maladie occlusive artérielle périphérique, l'arthrite septique et la cellulite.

L'artériopathie oblitérante périphérique, également appelée artérite oblitérante des membres inférieurs (AOMI), est la manifestation de l'athérosclérose sous la bifurcation de l'aorte abdominale. Cette maladie est fréquente car les facteurs de risque (c'est-à-dire les antécédents de diabète de type 2, le tabagisme et la sédentarité) des maladies cardiaques sont très répandus dans notre société, et forment aussi des facteurs de risque de l'AOMI. Les personnes qui ont des antécédents de cardiopathie ischémique doivent être considérées comme atteintes de l'AOMI jusqu'à preuve du contraire. L'une des principales caractéristiques cliniques de cette maladie est la claudication intermittente, un ensemble de douleurs dans la fesse, la cuisse et le mollet, qui sont provoquées par la marche, s'intensifient avec la marche rapide et/ou prolongée et disparaissent au repos. En outre, le patient peut se plaindre d'une sensation de froid dans les extrémités distales. Les résultats de l'examen physique qui suggèrent une AOMI comprennent une diminution des pulsations artérielles au niveau du pied (c'est-à-dire des artères tibiales postérieures et dorsales du pied) (voir [chapitre 13](#)), une froideur unilatérale des extrémités distales et des blessures et plaies sur les orteils ou les pieds.