

# LA CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE: QUAND ET COMMENT?

## AUTEURS :

**Dr Mark Hazeltine, M.D., FRCPC**

Centre de rhumatologie de Laval

**Dr Jean-Luc Tremblay, MD, FRCPC**

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

## INTRODUCTION

Les pathologies de l'appareil musculo-squelettique représentent près du quart des consultations auprès des omnipraticiens. Bien que la majorité de ces cas puisse être pris en charge en première ligne, certains nécessiteront une deuxième opinion auprès d'un spécialiste.

L'objectif de ce document est de guider le médecin référant dans le processus de consultation en rhumatologie en insistant sur les éléments cliniques et paracliniques utiles à annexer à la demande. Il identifie quelles sont les pathologies reconnues comme une priorité rhumatologique et, selon le diagnostic suspecté, quelles sont les analyses complémentaires à demander. Ces informations pertinentes permettront:

- De reconnaître les conditions et maladies inflammatoires, nécessitant une évaluation prioritaire en rhumatologie.
- D'assurer une meilleure efficacité dans la communication entre le médecin traitant et le rhumatologue.
- De permettre une référence efficace en rhumatologie et éviter de faire revenir inutilement le patient, par manque d'analyses paracliniques déjà effectuées mais non disponibles lors de l'entrevue)
- De pouvoir mieux répondre au médecin référant.
- D'éviter un dédoublement inutile des analyses

## LES PRIORITÉS RHUMATOLOGIQUES

Certaines pathologies doivent être considérées comme une priorité nécessitant une intervention rapide, au risque que la maladie ait des conséquences sérieuses pour le patient. L'artérite temporale, par exemple, peut entraîner une cécité irréversible. Tout patient présentant des symptômes évocateurs d'une telle pathologie doit être évalué promptement. Il en va de même pour une arthrite septique qui peut rapidement détruire l'articulation touchée. Les arthropathies inflammatoires doivent aussi être évaluées en priorité pour préciser le diagnostic et amorcer le traitement puisqu'il a été bien démontré, particulièrement dans le cas de l'arthrite rhumatoïde, qu'un traitement précoce de la maladie apportera un meilleur pronostic à long terme pour le patient.

Voici quelques exemples de pathologies nécessitant une évaluation prioritaire

**CATÉGORIE 1 : NÉCESSITE UNE INTERVENTION IMMÉDIATE, CONTACTER LE RHUMATOLOGUE PAR TÉLÉPHONE OU RÉFÉRER LE PATIENT À L'URGENCE**

- Suspicion d'une artérite à cellules géantes (ou tout autre vasculite)
- Monoarthrite aiguë d'étiologie indéterminé possibilité d'arthrite septique

**CATÉGORIE 2 : NÉCESSITE UNE INTERVENTION RAPIDE, SI DÉLAI CONTACTER LE RHUMATOLOGUE**

- Polyarthrite évoluant depuis plus de 2 mois.
- Collagénose suspecté (raynaud secondaire, lupus, sclérodermie, polymyosite, etc)
- Polymyalgia rheumatica
- Autres arthropathies inflammatoires (spondylite ankylosante, arthrite psoriasique, etc...)

**CATÉGORIE 3 : AUTRES CONDITIONS POUVANT REQUÉRIR L'AVIS DU RHUMATOLOGUE DE FAÇON ÉLECTIVE**

- Arthrose sévère
- Fibromyalgie
- Ostéoporose ou autre maladie osseuse métabolique
- Douleurs régionales non soulagées en première ligne

**QUELS ÉLÉMENTS SONT PERTINENTS À INSCRIRE SUR LA DEMANDE DE CONSULTATION**

Lors d'une demande de consultation, la présence de renseignements pertinents aidera grandement à en évaluer la priorité. La demande devrait généralement inclure :

- L'âge du patient
- Une description sommaire du problème, incluant la présence ou non de symptômes inflammatoires (Tableau 1)
- Quels traitements ont été administrés à date
- Une copie de tous les tests de laboratoires pertinents effectués

Ainsi, une demande de consultation où il est fait mention que le patient présente de la douleur nocturne, de la raideur matinale, des gonflements articulaires au niveau des mains est plus susceptible d'être évaluée en priorité (car elle suggère une pathologie inflammatoire) plutôt qu'une demande n'indiquant que la mention «polyarthralgies».

**TABLEAU 1**

**Symptômes inflammatoires**

- Douleur nocturne
- Raideur matinale de plus d'une heure
- Douleur prépondérante la nuit et le matin
- Gonflement articulaire
- Érythème (goutte, septique)
- Amélioré par l'exercice ou «se réchauffe à l'exercice...»
- Fatigue, asthénie

**Symptômes mécaniques**

- Douleur diurne
- Raideur de moins d'une heure «gelling»
- Douleur prédomine en après-midi ou en soirée
- Peu de gonflement
- Pas d'érythème
- Amélioré par le repos
- Peu d'atteinte de l'état général

Vous trouver en annexe un exemple d'outil de référence en rhumatologie utilisé dans la Région de Rimouski

**QUELS TESTS DE LABORATOIRES DEMANDER ET ANNEXER À LA DEMANDE.**

Le diagnostic rhumatologique repose principalement sur le questionnaire et l'examen physique. Les analyses paracliniques servent principalement à confirmer ou infirmer le diagnostic. Ces analyses ne doivent être demandées qu'en fonction de la suspicion clinique. L'approche dite «de la partie de pêche» qui consiste à demander plusieurs tests et par la suite orienter le diagnostic en fonction des résultats risque de mener à de fausses pistes, d'entraîner la demande d'autres tests inutiles et d'inquiéter inutilement le patient. L'investigation de base à joindre à la demande de consultation pour un problème rhumatologique courant doit l'être en fonction du motif.

L'objectif de ce document n'est pas de discuter spécifiquement de chacun des tests mais plutôt de connaître lesquels doivent être joints à la demande de consultation afin de faciliter la démarche diagnostique du spécialiste. L'interprétation de ces analyses sera présentée dans un prochain numéro du RHUMATOLOGUE.

**CATÉGORIE 1**

**RAISON DE CONSULTATION : ARTÉRITE À CELLULES GÉANTES (ARTÉRITE TEMPORALE)**



L'artérite est une véritable urgence médicale. Elle affecte généralement les branches terminales de la carotide externe mais peut aussi affecter uniquement l'aorte ou ses branches terminales. Si elle n'est pas traitée promptement, elle peut entraîner une ischémie rétinienne et une cécité irréversible. Lorsqu'elle est suspectée, le rhumatologue doit être consulté rapidement.

Les symptômes de l'artérite temporale peuvent être variables. Le mode de présentation dépend de la distribution des artères atteintes (tableau 2). Elle est associée à la polymyalgia rheumatica dans 60% des cas. Les symptômes d'une artérite temporale doivent alors être recherchés avec attention car ils peuvent être masqués par les douleurs articulaires importantes du patient. À l'examen, la pulsation des artères temporales sera diminuée ou abolie et l'artère apparaîtra comme un cordon induré douloureux à la palpation.

**TABLEAU 2**

**MANIFESTATIONS CLINIQUES POSSIBLES DE L'ARTÉRITE À CELLULES GÉANTES**

**Atteinte de l'état général**

- Perte de poids
- Asthénie
- Fièvre d'origine indéterminée

**Symptômes liés à l'atteinte des branches de la carotide externe**

- Céphalée temporale ou occipitale et sensibilité du cuir chevelu
- Perte de vision, Amaurose fugace, Diplopie, Ptose palpébrale
- Claudication de la mâchoire (pathognomonique)

**Manifestations liées à l'atteinte des gros vaisseaux**

- Claudication membres supérieurs et/ou inférieurs
- Anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale

**Manifestations articulaires**

- Polymyalgia rheumatica

Si le diagnostic est suspecté, l'investigation devrait être faite de façon urgente (tableau 3). Quelques cas d'artérite temporale à sédimentation normale ont été décrits mais ils constituent une exception. Cette pathologie est généralement associée à un état inflammatoire marqué. Dans tous les cas, une biopsie de l'artère temporale doit être obtenue afin d'obtenir une confirmation histologique du diagnostic, surtout que le traitement requiert de fortes doses de corticostéroïdes pouvant entraîner une toxicité significative. Si le diagnostic est fortement suspecté, la prednisone (1mg/Kg) peut être débutée d'emblée mais la biopsie de l'artère devra être obtenue dans les deux semaines suivant l'amorce du traitement afin de ne pas masquer les signes histopathologiques de la maladie.

**TABLEAU 3**

**LABORATOIRES UTILES À L'ÉVALUATION D'UNE ARTÉRITE TEMPORALE**

**Bilan de base**

- Formule sanguine complète
- Créatinine
- AST, ALT, Phosphatases alcalines

**Bilan inflammatoire**

- Vitesse de sédimentation
- Protéine C réactive
- Électrophorèse des protéines

**BIOPSIE DE L'ARTÈRE TEMPORALE**

**RAISON DE CONSULTATION : MONOARTHRITE**

La monoarthrite peut être potentiellement une priorité rhumatologique qui nécessite une évaluation dans les plus bref délai en fonction de la rapidité d'installation des symptômes, la présence ou non de rougeur, chaleur, gonflement accompagné ou non de fièvre. Bien que la majorité des cas soient liée à une autre cause (tableau 4), une arthrite septique doit rapidement être éliminée particulièrement chez le ou la patient(e) qui présente une monoarthrite et de la fièvre.

**TABLEAU 4**

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL D'UNE MONOARTHRITE**

**Infection**

- Bactérienne
- Gonococcique
- Non gonococcique

**Tuberculose**

- Fongique
- Virale

**Microcristalline**

- Goutte
- Pseudogoutte

**Hémarthrose**

**Corps étranger**

**Arthrite réactive**

**Traumatique**

**Pathologie synoviale primaire (ex : synovite villonodulaire)**

**Polyarthrite systémique débutante**

Investigation nécessaire à annexer à la demande de consultation pour monoarthrite: Dans le cas d'une monoarthrite, la ponction articulaire est essentielle au diagnostic. Si le médecin de première ligne n'est pas à l'aise avec la technique de ponction articulaire, le patient peut être référé en rhumatologie ou en orthopédie pour une évaluation et une ponction.

D'emblée, l'aspect macroscopique du liquide synovial peut suggérer s'il s'agit d'un liquide inflammatoire ou non (tableau 5) mais trois analyses doivent être demandées sur ce liquide prélevé :

1. Une **culture** est essentielle pour éliminer une infection bactérienne (tube à bouchon rouge sans agent)
2. Un **décompte cellulaire** aidera à départager s'il s'agit d'un liquide inflammatoire ou non (tube à bouchon lavande avec EDTA)
3. La **recherche de cristaux** afin d'éliminer un processus microcristallin (tube à bouchon vert avec héparine) Les analyses biochimiques et la recherche du facteur rhumatoïde sur le liquide synovial ne sont d'aucune utilité.

**TABLEAU 5** Analyse du liquide synovial

	Aspect macroscopique	Décompte cellulaire
Type I (non inflammatoire)	Citrin clair	0-2,000
Type II (inflammatoire)	Citrin, légèrement trouble	2,000-50,000
Type III (très inflammatoire)	Opaque ou purulent	Plus de 50,000

Le bilan sanguin complémentaire dépendra du résultat de l'analyse du liquide synovial et du diagnostic suspecté (tableau 6). Une radiographie est importante en présence d'une atteinte monoarticulaire afin d'éliminer une fracture, tumeur ou autre anomalie de l'os sous-jacente.

**TABLEAU 6**

**BILAN DE BASE SUGGÉRÉ FACE À UNE MONOARTHRITE**

**Pour tous les patients**

- formule sanguine complète
- vitesse de sédimentation
- Créatinine
- ALT, AST

**Si arthrite septique suspectée**

- Recherche de Gonocoque (gorge, col, urètre, anus)
- Recherche de Chlamydia (arthrite réactive)
- Hémoculture

**Si arthrite microcristalline suspectée**

- Acide Urique (goutte)
- Calcium, phosphore, magnésium, Fer, ferritine, TSH (pseudo-goutte) pour éliminer hyperparathyroïdie, hémochromatose et hypothyroïdie

**Si arthrite systémique débutante suspectée**

- Facteur rhumatoïde (polyarthrite rhumatoïde)

**CATÉGORIE 2**

**RAISON DE CONSULTATION : POLYARTHRITE**

Face à un tableau de douleur poly articulaire, le clinicien recherchera les symptômes qui lui permettront de préciser s'il s'agit d'une condition inflammatoire ou non. Les symptômes évocateurs d'une condition inflammatoire sont les suivants:

**La douleur** : La douleur inflammatoire tend à augmenter au repos et s'améliorer à l'effort. La présence de douleur nocturne est caractéristique, surtout si elle éveille le sujet en fin de nuit.

**La raideur matinale** : La raideur matinale est importante, généralement de plus d'une heure. Afin de bien définir la durée, il peut être utile de faire relater au patient les principales activités qu'il doit faire avant de noter une diminution de la raideur

**Le gonflement articulaire** : Le gonflement articulaire suggère une arthropathie inflammatoire (Fig.1).

La présence de synovites confirmera qu'il s'agit d'une polyarthrite. La PAR est la polyarthrite la plus fréquente mais plusieurs autres arthropathies peuvent se présenter de façon similaire. Le diagnostic sera précisé par la distribution des articulations atteintes ou la présence manifestations extra-articulaires pouvant orienter vers l'une ou l'autre des arthropathies inflammatoires. Il est relativement fréquent qu'un jeune adulte développe une arthrite virale (Parvovirus B19), d'une durée de quelques semaines. Cette arthrite est auto-résolutive, n'entraîne pas de séquelles et ne nécessite pas de traitement spécifique. Cependant, si les symptômes articulaires perdurent au-delà de deux mois, un autre diagnostic doit être considéré et le patient doit être référé en spécialité.



Fig 1 : Atteinte classique de la main dans la PAR. Notez le gonflement des 2e et 3e MCP et du poignet.

Lorsque le questionnaire et l'examen physique confirment la présence d'une polyarthrite, les analyses pertinentes doivent être demandées (tableau 7). Sauf exception, la scintigraphie osseuse n'est d'aucune utilité dans l'évaluation d'une polyarthrite et ne peut se substituer à un examen attentif dans la détection de synovites.

**TABLEAU 7**

**INVESTIGATION D'UNE POLYARTHRITE**

**Bilan de Base**

- Formule sanguine complète
- Créatinine
- Calcium
- Phosphore
- Acide Urique (si goutte soupçonnée)
- Phosphatases alcalines,
- TSH
- Analyse d'urines

**Bilan inflammatoire**

- Vitesse de sédimentation
- Protéine C réactive
- Électrophorèse des protéines

**Bilan immunologique**

- Facteur Rhumatoïde
- ANA (si collagénose soupçonné)

**Analyse de liquide synovial**, si possible, pour éliminer une arthrite microcristalline

**Radiographie des sites atteints (principalement mains et pieds)**

**Radiographie des articulations sacro-iliaques (si spondylarthropathie suspectée)**

**TABLEAU 8**

**CAUSES DU PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD**

**Raynaud primaire**

**Raynaud secondaire**

**Collagénoses**

- Sclérodermie limitée ou diffuse
- Lupus érythémateux disséminé
- Polymyosite/dermatomyosite
- Syndrome de Sjogrën
- Arthrite rhumatoïde

**Occupationnelle**

- Opérateur de marteaux pneumatiques ou d'autres outils similaires

**Médicamenteux**

- Bêta-bloqueurs
- Clonidine
- Cyclosporine

**Maladie vasculaire périphérique**

- Athérosclérotique
- Syndrome du défilé thoracique

**Syndromes d'hyperviscosité**

**Divers**

- Paranéoplasique
- Infections chroniques

Si le patient n'est pas soulagé par la prise d'anti-inflammatoires, une demande d'évaluation en priorité est suggérée.

**RAISON DE CONSULTATION : PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET COLLAGÉNOSES (TABLEAU 8)**

Le phénomène de Raynaud se caractérise par une décoloration triphasique séquentielle (Blanc-Bleu-Rouge) des doigts et des orteils lors d'une exposition au froid. Il peut parfois impliquer le nez et les oreilles. Le diagnostic clinique requiert la phase blanche ischémique (fig.2). La forme primaire, la plus commune, affecte généralement les femmes jeunes. Une histoire familiale est fréquente. La forme secondaire est suspectée en présence d'un Raynaud asymétrique, d'ulcérations digitales, d'une maladie vasculaire périphérique connue, d'anomalies capillaires péri-unguéales qui peuvent être visible à l'oeil nu (Fig3) de symptômes systémiques évocateurs d'une collagénose (tableau 10) ou s'il survient chez une personne de plus de 40 ans.

**TABLEAU 9**

**INVESTIGATION RECOMMANDÉE FACE À UN SYNDROME DE RAYNAUD**

**Bilan de base**

- Formule sanguine complète
- Vitesse de sédimentation
- Créatinine
- ALT
- CPK

**Bilan immunologique**

- ANA
- Anti-DNA (si lupus suspecté) et ANA positif
- Anticorps spécifique (SSA/Ro,SSB/La,Sm,RNP) si collagénose suspecté

**TABLEAU 10**

**QUELQUES SYMPTÔMES CARDINAUX ÉVOCATEURS D'UNE COLLAGÉNOSE\***

**Lupus**

- Aphtes buccaux non douloureux
- Photosensibilité
- Rash malaire (Erythème malaire fixe, plan ou en relief, tendant à épargner le sillon nasolabial.)
- Pleuropéricardites
- Arthrite
- OEdème, hypertension (glomérulonéphrite)
- Ecchymoses (thrombopénie)
- Thrombophlébites, avortements spontanés (Anticoagulant circulant)

**Sjögren**

- Xérostomie
- Xérophtalmie
- Gonflement des parotides

**Polymyosite/Dermatomyosite**

- Faiblesse musculaire (généralement non douloureux)
- Raynaud
- Rash cutané spécifique à la dermatomyosite

**Sclérodermie**

- Sclérodactylie
- Raynaud
- Télangiectasies mains et visage
- Peau cartonnée
- Crise hypertensive (crise rénale sclérodermique)
- Dyspnée (atteinte pulmonaire)

\*Ce tableau n'inclut pas l'ensemble des manifestations de chacune des collagénoses mais vise plutôt à orienter le clinicien dans la recherche de symptômes évocateurs de telles pathologies

L'investigation recommandée du syndrome de Raynaud est présentée au tableau 9. Si le bilan est négatif, il s'agit vraisemblablement d'un Raynaud primaire. Une référence en rhumatologie est suggérée si les ANA sont positifs à un titre significatif ou si l'histoire suggère la présence d'une collagénose.



Fig 2 Phénomène de Raynaud typique



Fig.3 Anomalies visibles à l'oeil nu. Notez la dilatation et tortuosité des capillaires avec région avasculaire suggérant une collagénose.

**RAISON DE CONSULTATION : POLYMYALGIA RHEUMATICA**

Il s'agit d'une condition inflammatoire qui affecte plus souvent les femmes que les hommes, généralement âgés de 60 à 80 ans. Le mode d'apparition peut être soudain ou insidieux. Le patient présente des douleurs sévères au niveau des ceintures scapulaire et pelvienne, de la douleur nocturne et une raideur matinale de plus d'une heure. L'examineur note une limitation douloureuse au niveau des épaules et des hanches. La prednisone (10 à 20mg die) est le traitement de choix. La réponse est parfois spectaculaire (24-48h) mais peut prendre jusqu'à 2-4 semaines. Une réponse mitigée doit faire reconsidérer le diagnostic. Le médecin de famille peut initier le traitement mais un suivi conjoint avec le rhumatologue est fortement recommandé.

**BILAN NÉCESSAIRE POUR LA CONSULTATION :**

**Bilan de base**

- Formule sanguine complète
- Créatinine
- ALT
- CPK

**Bilan inflammatoire**

- Vitesse de sédimentation
- Protéine C Réactive
- Électrophorèse des protéines

**CATÉGORIE 3**

**RAISON DE CONSULTATION : DOULEUR AXIALE**

La majorité des douleurs axiales sont d'origines mécaniques, soit liées à un problème musculaire ou dégénératif (discal, facettaire). La plupart seront améliorés par une combinaison d'analgésiques, d'AINS et de physiothérapie et ne nécessitent pas d'évaluation en rhumatologie. En cas d'échec, une consultation en spécialité peut être utile. ( physiatrie, orthopédie ou rhumatologie selon la clinique...)

Le questionnaire permettra de s'assurer que la douleur est bien liée à un problème mécanique. Chez le jeune patient, il est important d'éliminer une spondylite ankylosante (fig. 4). Chez la personne plus âgée, une néoplasie doit être éliminée. La présence des signaux d'alarme demande une investigation plus énergique et au besoin une évaluation prioritaire. (Tableau 11)

**TABLEAU 11**

**SIGNAUX D'ALARME D'UNE LOMBALGIE SÉRIEUSE**

- Fièvre. (Disciite, ostéomyélite, TB de la colonne.
- Traumatisme. (fracture?)
- Histoire de cancer. Perte de poids inexpliquée. (métastases osseuses?)
- Symptômes inflammatoires (spondylite?)
- Anomalie neurologique. (sténose spinale, hernie?)
- Vitesse de sédimentation > 50. (infection, néoplasie?)
- Symptômes systémiques associés (épanchement pleural, pancréatite, lithiase rénale, etc...)

Le questionnaire et l'examen physique permettront en général d'avoir une bonne impression clinique. L'investigation recommandée (tableau 12) aidera à confirmer le diagnostic. Il est inutile d'effectuer un bilan auto-immun puisque les collagénoses et la PAR n'affectent pas la colonne. Dans ce contexte, le FR et/ou l'ANA seront assurément faussement positifs. Le HLA B27 est rarement utile sauf si spondylarthropathie est suspectée cliniquement avec une radiographie des sacroiliaques normale. Il faut toutefois se rappeler que le test est positif chez environ 6% de la population générale.

**TABLEAU 12**

**INVESTIGATION À ANNEXER À LA DEMANDE DE CONSULTATION POUR DOULEUR AXIALE**

**Radiographie** (+/- Sacro-iliaques si spondylite suspectée) (fig. 5)

**Si suspicion d'une condition autre que dégénérative (arthrose)**

- Vitesse de sédimentation ou protéine C réactive
- Formule sanguine complète
- Créatinine
- ALT
- Phosphatases alcalines,
- Électrophorèse des protéines (si myélome suspecté)

Une tomographie axiale ou une imagerie par résonance magnétique ne devraient pas faire partie d'un bilan de routine d'une lombalgie mécanique chronique. Ces examens ne sont utiles seulement si la clinique suggère un compromis radiculaire (sciatalgie, symptômes évocateurs d'une sténose spinale, etc...). Une tomographie axiale centrée sur les articulations sacroiliaques peut être utile si le patient présente un tableau de douleur axiale inflammatoire mais une radiographie simple des articulations sacroiliaques normale.



Fig.4 Patient atteint d'une spondylite ankylosante sévère



Fig.5 Radiographie simple des sacroiliaques démontrant une sacroiliite bilatérale symétrique typique d'une spondylite ankylosante sur l'image de droite on note de la sclérose et des érosions, à gauche une fusion complète des sacroiliaques

**CATÉGORIE 4**

**RAISON DE CONSULTATION : ARTHROSE**

Généralement, il s'agit d'une maladie que l'omnipraticien peut prendre en charge seul. Le rhumatologue peut être consulté au besoin pour évaluer un patient qui ne répond pas à la thérapie conventionnelle, afin de considérer une infiltration ou pour éliminer une cause secondaire.

L'arthrose est une condition où les symptômes de types mécaniques prédominent, c'est à dire douleur à l'effort soulagé par le repos, peu ou pas de douleur nocturne et une raideur matinale articulaire de moins de 30 minutes. Elle affecte généralement les patients de plus de 40 ans. La distribution de l'atteinte articulaire diffère de celle de la polyarthrite rhumatoïde (Fig.6,7). Une cause secondaire (tableau 13) doit être suspectée chez le patient plus jeune ou si l'arthrose affecte un site inhabituel comme l'épaule, le poignet ou les articulations métacarpo-phalangiennes. L'arthrose ne nécessite pas une investigation spécifique sauf si une cause secondaire est suspectée (Tableau 14).

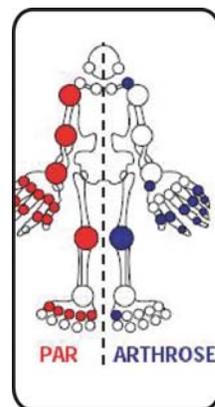


Fig. 6 : Localisation classique de l'arthrose



Fig7 : Arthrose des doigts. Notez la présence classique de nodosités d'Heberden et de Bouchard, caractéristiques de la maladie. Notez aussi l'écarissemment de la base du pouce, classique de rhizarthrose.

**TABLEAU 13**

**ARTHROSE SECONDAIRE**

**Défaut anatomique congénital**

- Dysplasie congénitale de la hanche
- Dysplasie épiphysaire

**Acquis**

- Legg-Calvé-Perthes
- Ostéonécrose
- Ostéochondrite disséquante
- Post traumatique
- Pseudogoutte
- Ochronose
- Hémochromatose
- Paget

**TABLEAU 14**

**Arthrose primaire ou secondaire**

- Radiographies simples (pour confirmer le diagnostic)

**Si arthrose secondaire suspectée**

- Formule sanguine complète
- Créatinine
- Phosphore
- Calcium
- Fer sérique, TIBC
- Ferritine
- Phosphore
- Phosphatases alcalines
- TSH

**RAISON DE CONSULTATION : DOULEURS RÉGIONALES (TENDINITES, BURSITES, ETC...)**

Ces problèmes douloureux sont généralement pris en charge par le médecin de première ligne. Ils sont parfois référés en rhumatologie pour une évaluation ponctuelle ou pour une infiltration. Le diagnostic étant principalement clinique, le seul examen recommandé est la radiographie simple du site douloureux, pour éliminer la présence d'une anomalie osseuse sous jacente.

**RAISON DE CONSULTATION : FIBROMYALGIE OU AUTRES ARTHRALGIES DIFFUSES NON SPÉCIFIQUES**

Il s'agit de patient(e)s éprouvant des douleurs généralisées, autant articulaire que musculaire, impliquant les 4 membres et la colonne. Le tableau s'accompagne souvent d'un sommeil non-réparateur, d'une asthénie marquée et parfois de dysthymie. Certains peuvent se plaindre de raideur matinale ou de douleur nocturne mais, contrairement aux arthropathies inflammatoires, les malaises perdurent toute la journée et ne sont pas améliorés par la mobilisation. L'examen physique est strictement normal, hormis la présence de points douloureux (fig.8). Ces points douloureux sont mis en évidence en appliquant du pouce une pression d'une force équivalente à 4 kg/cm<sup>2</sup> (une légère pression faisant blanchir l'ongle de l'examineur). La prise en charge peut être faite par le médecin de famille mais une évaluation en rhumatologie peut être utile pour confirmer le diagnostic et évaluer le traitement de douleurs réfractaires.

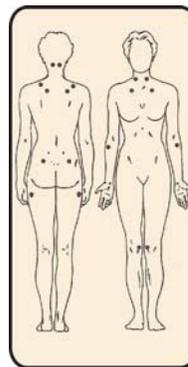


Fig.8 Les 18 points typiques de fibromyalgie

- insertion des muscles sous occipitaux
- rachis cervical inférieur (espaces intertransversaires C5 - C7)
- bord supérieur du trapèze
- jonction chondrocostale des deuxièmes côtes
- bord interne de l'épine de l'omoplate
- 2 cm distal à l'épicondyle
- Bord postérieur de la proéminence du grand trochanter
- quadrant supéro-externe de la fesse
- Bord médial du condyle fémoral

**INVESTIGATION UTILE LORS DE LA CONSULTATION :**

Il n'existe pas de lignes directrices spécifiques, il faut toutefois éviter les tests inutiles. Généralement le bilan comprendra: une formule sanguine complète avec vitesse de sédimentation, créatinine, phosphatases alcalines, électrophorèse des protéines, TSH et CPK. Chez le patient qui présente des douleurs axiales, la radiographie des sacroiliaques permet d'éliminer une sacro-iliite.

**RAISON DE CONSULTATION : OSTÉOPOROSE**

L'ostéoporose est une maladie métabolique osseuse silencieuse se manifestant par une fragilité osseuse. Les patients atteints sont tout à fait asymptomatiques sauf lors de la survenue d'une fracture. Cette pathologie a déjà été traitée dans une édition antérieure du RHUMATOLOGUE (ref 4). La majorité des cas sont pris en charge par le médecin de famille, toutefois le rhumatologue peut être consulté pour évaluer un patient chez qui une cause secondaire est suspectée ou qui présente un échec au traitement. L'investigation recommandée apparaît au tableau 15.

**TABLEAU 14**

**INVESTIGATION DE BASE RECOMMANDÉE EN CAS D'OSTÉOPOROSE**

**Pour tous les patients**

- Sédimentation
- Formule sanguine complète
- Créatinine
- Calcium
- Phosphore
- Albumine
- Phosphatases alcalines,
- Électrophorèse des protéines
- TSH
- Résultat de l'ostéodensitométrie

**Si une cause secondaire est suspectée**

- Calciurie de 24 heures
- Cortisolurie de 24 heures (si Cushing suspecté)
- Parathormone
- Bilan nutritionnel

**Références**

1. Le rhumatologue : la polyarthrite rhumatoïde : <http://136.159.179.221/cra1/publications/f-polyarthrite.pdf>
2. Le rhumatologue : L'ostéoporose : <http://136.159.179.221/cra1/publications/LE-RHUMATOLOGUE-OSTEOPOROSE.pdf>
3. Le rhumatologue : L'arthrose : <http://136.159.179.221/cra1/publications/f-osteoarthrit.pdf>
4. Brown JP, Josse RG. Lignes directrices de pratique 2002 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. CMAJ, Vol 167, (supp 10), nov 2002, pp S1-S34
5. M.Hazeltine et al Le Guide pratique de Rhumatologie 1999 Éd Gaétan Morin
6. G. Côté Guide pratique de l'appareil locomoteur 2006

**Remerciement**

Au Dr Isabelle Fortin, rhumatologue au Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, pour son aimable collaboration et pour son autorisation de diffusion de la demande de consultation clinique locomoteur en rhumatologie.