

Douleur des membres et des extrémités

Orientation diagnostique

D^r Antoinette Perlat, D^r Olivier Decaux, P^r Patrick Jégo
 Service de médecine interne, Hôpital Sud-CHU de Rennes, 35056 Rennes, France
antoinette.perlat@chu-rennes.fr

Objectifs

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

BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES DE LA DOULEUR

Les voies nociceptives comprennent l'ensemble des éléments du système nerveux qui ont pour fonction de détecter, de transmettre, d'analyser, de contrôler les informations générées par un dégât tissulaire et d'y apporter une réponse adaptée. Les détecteurs de la douleur sont les nocicepteurs cutanés, musculaires, articulaires et viscéraux. Ils se divisent en mécanonocicepteurs (qui répondent à une stimulation mécanique) et en nocicepteurs polymodaux (qui réagissent à une stimulation mécanique, thermique ou chimique). Les nocicepteurs assurent la transduction, c'est-à-dire la transformation du message nociceptif en influx nerveux. Celui-ci passe ensuite dans les fibres nerveuses, soit des fibres myélinisées avec une conduction nerveuse rapide qui correspondent à une douleur rapide, précise, localisée, soit des fibres non myélinisées qui correspondent à une douleur moins localisée. L'influx gagne le système nerveux central via les cordons médullaires postérieurs. Il existe deux types principaux de douleur. Il existe également une participation psychogène affective à la douleur.

Douleur nociceptive

La douleur nociceptive est liée à une activation des « nocicepteurs » par une stimulation nociceptive. C'est un message douloureux dans un système nerveux intact. La douleur est localisée au foyer lésionnel et elle est accrue par la mobilisation de ce dernier. Sans dysesthésie, elle correspond à une sensation d'écrasement ou de broiement. La douleur nociceptive est calmée par les antalgiques (AINS, morphiniques, antalgiques). Une douleur nociceptive évoque une atteinte musculaire, osseuse ou articulaire. Avec dysesthésie, à l'inverse, elle évoque l'atteinte d'une structure nerveuse (exemple : sciatique par hernie discale). Elle peut être inflammatoire avec des réveils nocturnes et un dérouillage matinal (> 30 minutes). Elle est aggravée par le repos et calmée par la mobilisation. Elle peut être mécanique. Elle survient essen-

tiellement le jour, aggravée par les efforts des membres atteints et calmée par le repos.

Parfois, il n'apparaît pas de relation évidente entre le siège anatomique de la lésion et le siège d'expression de la douleur. On parle de « douleur projetée » lorsque la douleur est exprimée dans le territoire cutané situé en regard d'une lésion viscérale : la douleur est projetée dans le territoire cutané qui partage le même métamère. La peau et le tissu sous-cutané sont, dans ces territoires, le siège d'une hyperalgésie au pincer-rouler : c'est la cellulalgie. On parle de « douleur référée » lorsque le message nociceptif entraîne une douleur dans un territoire différent mais de même niveau métamérique, expliquée par la convergence de deux neurones afférents de deux régions anatomiques différentes vers un même myélomère : classique souffrance du myocarde (T1-T5) s'exprimant par une douleur du membre supérieur gauche C8-T1.

Douleur neuropathique

La douleur neuropathique combine un fond douloureux permanent à type de brûlure à des accès paroxystiques (décharge électrique en éclair, coup de couteau...). Elle peut s'accompagner d'une allodynie (réponse douloureuse à une stimulation normalement indolore : effleurement, une source de chaleur ou même un mouvement), d'une hyperalgésie (réponse anormalement intense à une stimulation douloureuse), d'une hyperpathie (douleur extrêmement intense qui se prolonge après l'arrêt du stimulus et dont l'étendue déborde largement la zone stimulée) ; elle n'est habituellement pas améliorée par les antalgiques. La douleur peut être volontiers reproduite par la pression d'une zone gâchette très localisée et a une systématisation neurologique caractéristique (topographie neurologique radiculaire, troncu-

laire ou plexique). L'examen neurologique est perturbé : aréflexie, déficit moteur, déficit sensitif dans le territoire concerné à type d'hypoesthésie ou d'anesthésie douloureuse, hypersensibilité (allodynie, hyperesthésie, hyperalgésie). Une composante sympathique peut être associée : sueurs, troubles vasomoteurs, œdème, troubles trophiques. Important : le fait qu'une douleur soit décrite comme une brûlure et/ou soit associée à une allodynie ne suffit pas à la qualifier de « neuropathique ».

Le plus souvent, le contexte permet de faire le diagnostic. Les nerfs périphériques peuvent être lésés par un traumatisme (plaie chirurgicale, compression prolongée, étirement), une amputation, une infection (zona), une pathologie chronique (diabète, alcoolisme) ou certains médicaments (du sida, du cancer). Le système nerveux central et la moelle épinière peuvent être lésés en cas de maladie démyélinisante, d'accident vasculaire cérébral, de traumatisme (paraplégie), etc.

EXAMEN CLINIQUE

Interrogatoire

Il doit être minutieux et faire préciser :

- le terrain : âge, sexe, poids, taille, profession, contexte familial, loisirs, antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques, intoxication alcoolique et tabagique, antécédents familiaux ;
- l'histoire de la douleur : date de début, mode d'installation (brutal, progressif), caractère permanent ou intermittent, facteur déclenchant, durée des crises douloureuses, signes d'accompagnement ;
- le type de douleur : description qualitative, intensité (échelle EVA ou DOLO PLUS chez le sujet âgé), la topographie, le trajet éventuel de la douleur, le caractère mécanique ou inflammatoire, l'existence de facteurs déclenchants et de facteurs améliorant la douleur, les variations dans le nyctémère, l'existence d'une clau-

dication intermittente douloureuse ou indolore avec évaluation du périmètre de marche ;

- les traitements déjà entrepris et leur efficacité ;
- les répercussions comportementales : handicap, retentissement familial, professionnel ou social, retentissement sur le sommeil, anxiété, dépression, prises médicamenteuses, addictions ;
- l'interprétation personnelle du malade vis-à-vis de sa douleur.

Examen physique

La topographie de la douleur est notée sur un schéma.

L'examen débute par une inspection de la zone douloureuse (œdème, lésions cutanées, augmentation ou diminution de la chaleur locale, déformation, position antalgique).

L'examen clinique complet comprend un temps vasculaire (pouls, souffles, temps de recoloration cutanée, recherche de signes d'insuffisance veineuse en position debout), un temps neurologique moteur (force), sensitif (sensibilité superficielle, profonde, thermoalgique), réflexe (réflexes ostéo-tendineux, réflexe cutané plantaire) et un temps ostéo-articulaire (avec examen des articulations sus- et sous-jacente, recherche de boiterie).

ÉTIOLOGIE (tableau)

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent de différencier les grands cadres étiologiques de la douleur : les douleurs vasculaires, neurologiques, ostéo-articulaires et psychogènes.

Douleurs des membres d'origine vasculaire

1. Douleurs d'origine artérielle

L'examen artériel recherche les pouls périphériques, la chaleur cutanée, les troubles trophiques (dépigmentation, ulcères), les souffles vasculaires.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Douleur des membres et des extrémités. Orientation diagnostique ».

L'item mélange les thèmes de neurologie, de pathologie cardiovasculaire et de pathologies de l'appareil locomoteur.

Les questions peuvent porter non seulement sur l'orientation diagnostique mais également sur le traitement et la prévention des complications liées à chaque pathologie. Les principaux thèmes à bien connaître sont donc les pathologies fréquentes en pratique courante (insuffisance veineuse, artériopathie des membres inférieurs, lombosciatique...) et les urgences thérapeu-

tiques (ischémie aiguë de membre, polyradiculonévrite aiguë, syndrome de la queue de cheval...). Il est important de connaître les facteurs de risque des étiologies et leur prise en charge (exemple : prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire lors du diagnostic d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs).

Cas clinique

M. P., 70 ans, présente depuis 6 mois des douleurs du mollet droit.

Vous évoquez une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI).

- ❶ Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire pour conforter votre hypothèse ?
- ❷ Quels éléments recherchez-vous à l'examen clinique ?
- ❸ Quel examen radiologique demandez-vous en première intention ?
- ❹ Cet examen confirme la présence d'une artériopathie distale des 2 membres inférieurs prédominante à droite. Détaillez votre prise en charge.

Éléments de réponse dans un prochain numéro

✓ **L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs** (AOMI) se traduit par une douleur musculaire uni- ou bilatérale, à type de crampe, d'apparition progressive à l'effort, obligeant le patient à s'arrêter et cédant à l'arrêt de l'effort. Les pouls périphériques sont absents. Dans les stades avancés (stades III et IV de la classification de Leriche et Fontaine), les douleurs surviennent également la nuit en décubitus. Les douleurs sont insomniantes et sont soulagées par la position « jambes pendantes ».

En cas de diagnostic d'une AOMI, un bilan complet des facteurs de risque cardiovasculaire et la recherche d'autres atteintes artérielles (troncs supra-aortique et cardiopathie ischémique) doivent être réalisés.

Chez un sujet jeune, deux diagnostics doivent être évoqués : le syndrome de l'artère poplitée piégée (dû à la compression de l'artère poplitée par des structures musculaires ou tendineuses dans son trajet depuis l'arcade des adducteurs jusqu'à l'arcade du soléaire) et la maladie de Buerger (artériopathie inflammatoire non athéromateuse du sujet jeune fumeur) (fig. 1).

✓ **Dans l'ischémie aiguë de membre**, la douleur est permanente, survient brutalement, soit d'emblée (mécanisme embolique sur artère saine), soit sur un terrain d'artériopathie oblitérante (notion de claudication antérieure). Le membre ou les extrémités (doigts, orteils) sont froids, cyanosés. Les pouls périphériques peuvent être abolis. C'est une urgence médico-chirurgicale.

Le bilan d'une douleur artérielle présumée est basé sur l'échodoppler artériel du ou des membres concernés, avec mesure de l'IPS (Indice de pression systolique).

✓ **Les acrosyndromes vasculaires** sont dominés par le phénomène de Raynaud (des doigts surtout, parfois des orteils), survenant principalement lors de l'exposition au froid et qui évolue en trois phases : phase « blanche » ou syncopale suivie d'une phase « bleue » ou asphyxique (ralentissement du courant veineux) et d'une phase « rouge » ou hyperhémique (vasodilatation arté-

POINTS FORTS

à retenir

- **L'exploration d'une douleur d'un membre doit être très stéréotypée et doit débiter par un interrogatoire et un examen clinique tout à fait soigneux.**
- **Il faut définir le type de la douleur, son rythme, sa distribution avant de rechercher la structure anatomique en cause.**
- **Les principales causes sont neurologiques, vasculaires et ostéo-articulaires. Les explorations complémentaires seront déterminées uniquement en fonction des orientations étiologiques. Les principales urgences diagnostiques et thérapeutiques sont : l'ischémie aiguë de membre, le syndrome de la queue de cheval, la polyradiculonévrite aiguë (ou syndrome de Guillain-Barré), la sciatique avec déficit moteur, la thrombose veineuse, l'arthrite infectieuse, l'érysipèle (et autre infection des tissus mous).**

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p.1846)

rielle). C'est cette dernière phase qui est douloureuse. Seule la phase syncopale est constante.

L'érythromalgie (fig. 2) est un acrosyndrome vasculaire paroxystique caractérisé par des crises douloureuses à type de brûlures intéressant les extrémités, essentiellement les pieds. Les crises sont déclenchées par l'activité, l'orthostatisme et la station debout. Elles sont calmées par le décubitus et la surélévation des membres inférieurs. Pendant la crise, les pieds sont rouges, œdématisés, avec des veines turgescentes. Il existe une hypersudation. Souvent primitif, cet acrosyndrome rare peut être révélateur d'un syndrome myéloprolifératif (maladie de Vaquez

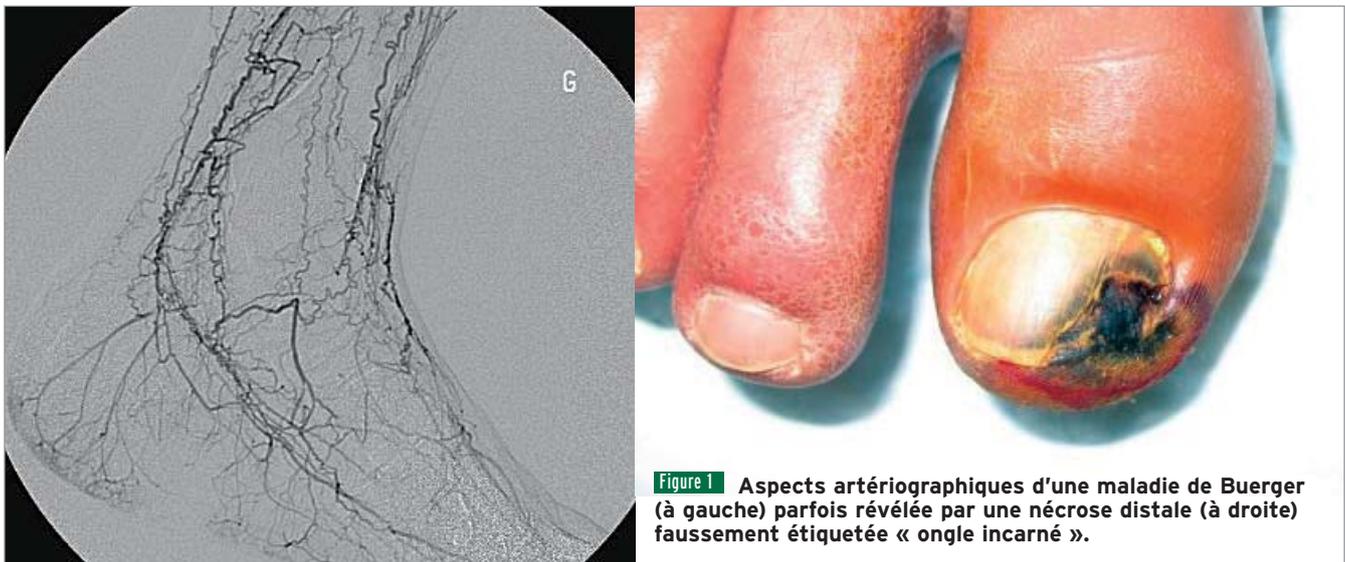


Figure 1 Aspects artériographiques d'une maladie de Buerger (à gauche) parfois révélée par une nécrose distale (à droite) faussement étiquetée « ongle incarné ».

▲ Q 306

ou thrombocytémie). L'érythermalgie peut être confondue avec une neuropathie périphérique mais également avec une AOMI (stade III) chez un patient qui se lève la nuit pour calmer ses douleurs.

2. Principales causes de douleurs d'origine veineuse

✓ **Dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs** (fig. 3), la douleur est à type de pesanteur ou de brûlures douloureuses et siège aux membres inférieurs. Elle est moins violente que les douleurs d'origine artérielle. Elle est bilatérale, survient à la station debout prolongée, augmente au cours de la journée et est soulagée par la position « jambes surélevées ». L'examen clinique réalisé en position debout recherche des signes d'insuffisance veineuse (varices, œdème malléolaire vespéral), des signes cutanés (télangiectasies, atrophie blanche, dermite ocre, hypodermite, eczéma variqueux, ulcère).

✓ **La thrombose veineuse profonde** peut être à l'origine d'une douleur vive du mollet ou parfois de la cuisse, spontanée, s'accompagnant de signes inflammatoires locaux : chaleur cutanée, œdème, diminution du ballant du mollet, signe de Homans (résistance et douleur du mollet provoquée par une dorsiflexion du pied lors d'une thrombose tibiale postérieure). La douleur est provoquée par la palpation et est localisée en regard du segment thrombosé. Le ballonnement du mollet est diminué. On recherche systématiquement des facteurs favorisants : alitement, chirurgie, obésité, insuffisance cardiaque, varices des membres inférieurs, accouchement récent, etc., toute situation susceptible d'être à l'origine d'une stase veineuse. Toute suspicion de phlébite profonde des membres inférieurs doit faire rechercher des signes d'embolie pulmonaire.

✓ **La thrombose veineuse superficielle** se présente comme un cordon douloureux inflammatoire sur un trajet veineux ou variqueux. Elle est le plus souvent une complication aiguë d'une insuffisance veineuse chronique. Le risque de migration embolique est possible, surtout si la thrombose est proche de la crosse de la saphène



Figure 2 Érythermalgie.



Figure 3 Insuffisance veineuse.

interne. La thrombophlébite superficielle peut se compliquer de thrombophlébite profonde et/ou d'embolie pulmonaire.

Le bilan de l'insuffisance veineuse, d'une thrombose profonde ou d'une thrombose veineuse superficielle repose sur l'échodoppler veineux des membres inférieurs (réalisé en urgence en cas de suspicion de thrombose veineuse).

Douleurs neurogènes

1. Douleur d'origine radiculaire

✓ **Dans la compression d'une seule racine**, la douleur intéresse un territoire radiculaire du membre supérieur (névralgie cervico-brachiale) ou du membre inférieur (sciatalgie, cruralgie). L'examen retrouve un syndrome rachidien associé (déviation antalgique, contracture et raideur, limitation uni- ou multidirectionnelle des amplitudes). La douleur radiculaire est reproduite par la pression des points paravertébraux (signe de la sonnette) et au membre inférieur par le signe de Lasègue (flexion progressive du membre inférieur sur le bassin jambe tendue). La station debout, la station assise prolongée, le port de charge, la toux, l'éternuement, la défécation augmentent la douleur. Il existe souvent une attitude antalgique. L'examen neurologique peut objectiver un déficit moteur au niveau des muscles innervés par la racine concernée, associé à une hypoesthésie et à une abolition d'un réflexe (achilléen pour la racine S1). La cause est le plus souvent une compression discale.

Le bilan repose sur une imagerie du rachis par scanner ou IRM, réalisée en urgence en cas de déficit moteur.

✓ **La compression de plusieurs racines** comprend :

– le syndrome de la queue de cheval, qui est une atteinte pluriradiculaire intéressant tout ou partie des racines de la queue de cheval, dans leur portion située au-dessous de la moelle épinière (après le cône terminal). De façon générale, le syndrome de la queue de cheval se manifeste par un déficit moteur, une hypoesthésie en selle et des troubles sphinctériens. Les réflexes ostéotendineux sont abolis. C'est une urgence chirurgicale. Le bilan paraclinique repose sur l'IRM du rachis en urgence ;

– le canal lombaire étroit (CLE) et le canal cervical étroit : il s'agit d'une compression pluriradiculaire d'installation progressive avec douleurs radiculaires et lombalgies. Dans le CLE, les douleurs des membres inférieurs apparaissent dès la station debout ou dès les premiers pas, associées à une claudication (paralysie périphérique, non douloureuse, survenant à l'effort et cédant au repos). Le patient présente ainsi un périmètre de marche au bout duquel il doit se reposer, dans une position typique qui est assise,

le tronc fléchi ou accroupi (afin d'augmenter le diamètre du canal lombaire). La disparition de la douleur est lente, pouvant dépasser 30 minutes.

La sténose du canal cervical peut donner une symptomatologie identique mais, cliniquement, il existe un syndrome pyramidal ou des troubles sensitifs de type médullaire. Le syndrome lésionnel se traduit par une névralgie cervico-brachiale.

Le bilan repose sur un scanner ou une IRM du rachis.

Tableau Principales orientations diagnostiques en fonction des symptômes décrits

SYMPTÔMES DÉCRITS	INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE	ORIENTATION DIAGNOSTIQUE	BILAN PARACLINIQUE
Douleurs nocturnes	■ absence de pouls ■ claudication intermittente des membres inférieurs à la marche ■ tabac et autres facteurs de risque vasculaire	■ artériopathie oblitérante des membres inférieurs	■ doppler artériel des membres inférieurs
	■ douleurs d'aggravation progressive au cours de la journée ■ signes d'insuffisance veineuse	■ insuffisance veineuse	■ doppler veineux des membres inférieurs
	■ troubles sensitifs associés ■ abolition des réflexes ostéotendineux	■ neuropathie périphérique ■ polyradiculonévrite	■ EMG ± ponction lombaire
	■ crises douloureuses associées à un œdème et un érythème des pieds	■ érythermalgie	■ recherche de syndrome myéloprolifératif
	■ examen neurologique et vasculaire normal	■ Syndrome des jambes sans repos	■ EMG pour éliminer une neuropathie périphérique
Claudication intermittente	■ apparition d'une douleur unilatérale de jambe après une certaine distance de marche ■ absence de pouls périphériques ■ facteurs de risque cardiovasculaire	■ artériopathie oblitérante des membres inférieurs	■ doppler artériel des membres inférieurs
	■ douleurs lombaires et radiculaires des membres inférieurs apparaissant dès la station debout ou dès les premiers pas associées à une claudication ■ position antalgique (flexion du tronc)	■ canal lombaire étroit	■ scanner ou IRM du rachis
Œdème unilatéral de jambe	■ érythème ■ augmentation de la chaleur locale ■ fièvre	■ érysipèle ■ cellulite	■ bilan infectieux
	■ cordon douloureux ■ perte de ballant du mollet	■ thrombose veineuse profonde	■ écho-doppler veineux des membres inférieurs en urgence
Douleur ostéo-articulaire	■ douleur articulaire mécanique d'apparition lente	■ arthrose	■ radiographies articulaires
	■ douleur articulaire mécanique de hanche rapidement progressive	■ ostéonécrose articulaire de la hanche	■ radiographies articulaires ■ scintigraphie osseuse ■ IRM de la hanche
	■ douleur articulaire inflammatoire	■ arthrite microcristalline ■ arthrite infectieuse	■ ponction articulaire ■ radiographies
		■ algoneurodystrophie	■ Radiographies articulaires ■ scintigraphie osseuse

2. Syndromes canaux : mononeuropathie tronculaire

Ils sont liés à des compressions des nerfs périphériques dans des zones anatomiques particulières qui, propres à chaque tronc nerveux, correspondent à un lieu de passage étroit pour le cheminement du nerf. Dans certaines circonstances, ce canal physiologiquement étroit se fait plus exigü encore et comprime les fibres nerveuses. La compression se manifeste principalement par des paresthésies de repos à recrudescence nocturne intéressant un territoire tronculaire (ex. : canal carpien).

Le bilan repose sur un électromyogramme.

3. Plexopathies

Les douleurs siègent le long d'un membre, mais ne sont pas systématisées à une racine. Le déficit moteur et sensitif n'est donc pas limité à l'atteinte d'une seule racine. Les principales causes sont traumatiques (étirement, arrachement) et compressive par mauvaise position ou par infiltration dans un contexte néoplasique.

4. Polyneuropathies

✓ **Dans les polyneuropathies longueur dépendantes**, les troubles sensitifs et moteurs sont bilatéraux et symétriques. Ils peuvent toucher les quatre membres, mais prédominent aux membres inférieurs et aux extrémités distales, avec une distribution en chaussettes et en gants.

Les réflexes ostéotendineux sont diminués ou abolis et il peut exister un déficit moteur (par exemple : parésie du nerf sciatique poplitée externe avec steppage). Elles se manifestent par des douleurs superficielles (paresthésie) ou profondes (striction, arrachement); ces douleurs sont permanentes et s'associent à une hyperalgésie cutanée et une allodynie (douleur à la pression et au frôlement des téguments), une anesthésie au niveau du territoire douloureux.

Les principales causes sont le diabète, l'alcool, les carences vitaminiques, les causes métaboliques (insuffisance rénale, hypothyroïdie), toxiques, paranéoplasiques.

✓ **Dans les polyradiculonévrites**, il existe une atteinte des grosses fibres myélinisées. Le tableau moteur prédomine (paraparésie, tétraparésie, voire tétraplégie d'évolution ascendante) associé à une aréflexie ostéotendineuse. Il peut exister des paresthésies.

La polyradiculonévrite aiguë (ou syndrome de Guillain-Barré) est une urgence diagnostique et thérapeutique nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

Dans les atteintes du système nerveux périphérique, le bilan paraclinique comprend, selon les cas, une étude électrophysiologique (électromyogramme) et une ponction lombaire.

5. Atteinte du système nerveux central

L'atteinte du système nerveux central peut donner des douleurs de type neurogène. Les réflexes sont présents, vifs, poly-cinétiques.

Il peut s'agir d'une lésion de la moelle épinière, d'un syndrome cordonal postérieur, d'une atteinte cérébrale.

Douleurs d'origine ostéo-articulaire

1. Douleurs articulaires

Il faut distinguer les douleurs mécaniques aggravées par l'appui et cédant au repos des douleurs inflammatoires présentes au repos, à prédominance nocturne. On recherche des signes inflammatoires locaux : gonflement articulaire, augmentation de la chaleur locale, mobilisation articulaire douloureuse, limitation d'amplitude des mouvements.

✓ **L'arthrose** : il s'agit d'une douleur de type mécanique en dehors d'éventuelles poussées inflammatoires, avec limitation douloureuse de la mobilité articulaire. Il faut se méfier de douleurs projetées (ex. : douleur de cuisse et de genou causées par une lésion de la hanche).

Le bilan repose sur les radiographies des articulations douloureuses.

✓ **L'arthrite** : la douleur est de type inflammatoire, avec limitation douloureuse de la mobilité articulaire. Il peut exister un épanchement articulaire qui nécessite une ponction articulaire avec recherche de bactéries et de microcristaux. Les causes prédominantes sont les arthrites microcristallines (goutte, chondrocalcinose), infectieuses et inflammatoires.

Le bilan repose sur la ponction en urgence de tout épanchement, le bilan biologique à la recherche d'un syndrome inflammatoire et d'un agent infectieux (hémocultures) et les radiographies des articulations douloureuses à la recherche de signe d'arthrite et de liseré calcique (chondrocalcinose).

✓ **L'ostéonécrose de la tête fémorale** : elle survient généralement sur un terrain particulier (éthylisme chronique, hypertriglycéridémie, corticothérapie, maladie des caissons, drépanocytose, lupus). Il s'agit d'une douleur mécanique, avec limitation douloureuse de la mobilité articulaire. Les radiographies sont le plus souvent normales au début. Le bilan repose alors sur une scintigraphie osseuse et une IRM de la tête fémorale.

✓ **L'algoneurodystrophie** : il s'agit d'un dérèglement du système sympathique en réponse à une agression, même minime, avec intervalle libre entre le traumatisme et l'apparition de l'algoneurodystrophie de quelques jours à quelques semaines et non proportionnel à la gravité du traumatisme (piqûre, fracture, tumeur, grossesse, post-partum, infarctus du myocarde, AVC, zona, iatrogène). Elle peut être idiopathique. Elle évolue en deux phases. La première phase est la phase aiguë ou chaude (quelques semaines à 3 mois) caractérisée par une douleur, une hyperesthésie, une allodynie, une hyperpathie, un œdème avec augmentation de la chaleur locale et un érythème, un épanchement articulaire mécanique aseptique. Ce tableau contraste avec l'absence de syndrome inflammatoire biologique. La deuxième phase est une phase froide scléroatrophique qui dure 6 à 18 mois et qui est caractérisée par une extrémité froide et l'existence de rétractions capsulotendineuses. Le bilan diagnostique repose sur des radiographies (normales ou hypertransparence osseuses), la scintigraphie osseuse, et l'IRM.

✓ **Les tendinites** sont des inflammations aiguës ou chroniques touchant les tendons et souvent, également, leurs insertions osseuses (apophysite), leurs gaines synoviales (téno-synovite) ou leurs bourses séreuses (bursite). Les tendinites ont souvent une origine traumatique. Typiquement, les tendinites entraînent une

douleur lors de la mise en tension des tendons, une douleur à la pression du relief tendineux, parfois un gonflement local douloureux et une douleur à l'insertion osseuse du tendon.

2. Douleurs osseuses

Ce sont essentiellement les fractures et les fissures.

Autres douleurs

✓ **Les douleurs musculaires inflammatoires** sont augmentées à l'effort, dans le cadre d'une myosite infectieuse ou inflammatoire avec douleur à la pression des muscles. L'examen met en évidence un déficit moteur des ceintures. Le bilan repose sur l'électromyogramme et le dosage des enzymes musculaires (CPK).

✓ **Les infections des parties molles** (érysipèle, cellulite) associent œdème, érythème et fièvre.

✓ **Le syndrome des jambes sans repos** (*restless legs syndrome*) : C'est une affection de physiopathologie inconnue, caractérisée par des sensations désagréables profondes siégeant dans les jambes, de reptation, d'agacement, d'élanement, de fourmillement. Elles sont accompagnées d'agitation motrice, de secousses brusques, parfois de douleurs. Survenant le soir ou la nuit, en position assise ou couchée, elles ne sont calmées que par la marche ou les mouvements continus. Il s'agit d'un des diagnostics différentiels d'une neuropathie longueur dépendante. L'électromyogramme est normal.

Douleurs psychogènes

Lorsque le bilan clinique, biologique et radiologique est négatif, il faut évoquer des douleurs psychogènes.

Elles ne répondent à aucune systématisation neurologique, avec le plus souvent une description imprécise et très imagée. Il existe un contraste entre l'intensité de la plainte douloureuse et les données de l'examen physique qui est normal.

Elles ont un retentissement marqué sur la vie sociale et familiale. L'efficacité des antalgiques est limitée. Elles peuvent évoluer dans un contexte de syndrome dépressif réactionnel, d'un état névrotique, d'un état hypochondriaque où la douleur s'accompagne de tendance revendicatrice, plus rarement dans un contexte de psychose (douleur avec délire). ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus

► Neuropathies périphériques

Monographie (Rev Prat 2008;58[17]:à paraître)

Recommandations professionnelles : rapports HAS

► Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, février 1999

► Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs
Indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation, avril 2006

► Prise en charge diagnostique des neuropathies périphériques (polyneuropathies et mononeuropathies multiples), mai 2007

► Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution, février 2000

Q 306 ▲

NOTRE ENGAGEMENT ÉDITORIAL

LA REVUE DU
PRATICIEN

La qualité du contenu scientifique et pédagogique de La Revue du Praticien dont l'éditeur est le groupe Global Média Santé, est garantie par le respect des valeurs éditoriales suivantes :

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE :

1 des experts, membres permanents ou conseillers du comité de rédaction scientifique, proposent des thèmes à traiter (compte tenu des actions prioritaires de santé publique, des recommandations de l'HAS et des sociétés savantes et de l'actualisation nécessaire des connaissances médicales), désignent en fonction de leur

compétence reconnue (selon leurs titres et travaux) les auteurs à solliciter et assurent la lecture critique de tous les articles reçus (articles de formation continue ou travaux originaux).

BIBLIOGRAPHIE :

2 chaque article est accompagné de références bibliographiques appelées dans le texte selon les normes de Vancouver.

CONFLITS D'INTÉRÊTS :

3 tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux, susceptible de créer un conflit d'intérêts compte tenu du thème traité dans l'article. La déclaration des conflits d'intérêts figure obligatoirement en fin d'article.

ENGAGEMENT FMC :

4 les articles de formation médicale continue ou les travaux originaux constituent l'essentiel du fonds éditorial de la revue.

PROMOTION DU MÉDICAMENT ET DU MATÉRIEL MÉDICAL :

5 toute publicité rédactionnelle ou visuelle dans la revue est systématiquement identifiée comme telle par une mention explicite.