



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



# Examen clinique d'un genou douloureux<sup>☆</sup>



## *Painful knee examination*

Virginie Legré-Boyer<sup>a,\*,b,c</sup>, Thierry Boyer<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Institut de l'appareil locomoteur Nollet, 23, rue Brochant, 75017 Paris, France

<sup>b</sup> Service de rhumatologie, hôpital universitaire Pitié-Salpêtrière, 72013 Paris, France

<sup>c</sup> Hôpital américain de Paris, 92200 Neuilly-sur-Seine, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 31 mars 2016

Disponible sur Internet le 13 mai 2016

Mots clés :

Interrogatoire

Examen clinique

Diagnostic

Douleur du genou

Traumatisme du genou

Keywords:

History

Physical examination

Diagnosis

Knee pain

Knee injuries

### RÉSUMÉ

Les rhumatologues sont fréquemment confrontés au genou douloureux. Un diagnostic précis nécessite une connaissance de l'anatomie du genou, des présentations fréquentes du genou traumatique et des principales causes de genou douloureux fréquemment rencontrées, ainsi qu'une capacité à réaliser un examen physique spécifique. L'interrogatoire devrait comprendre les caractéristiques de la douleur du patient, l'analyse des symptômes mécaniques et des mécanismes du traumatisme, la notion de gonflement. L'examen physique devrait comporter une inspection soignée du genou, la palpation des zones douloureuses, la recherche d'un épanchement, l'évaluation de la mobilité, des ligaments (traumatisme, laxité) et des ménisques.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Société Française de Rhumatologie.

### ABSTRACT

Rheumatologists frequently encounter patients with knee pain. Accurate diagnosis requires a knowledge of knee anatomy, common pain patterns in knee injuries, and features of frequently encountered causes of knee pain, as well as specific physical examination skills. The history should include characteristics of the patient's pain, analysis of mechanical symptoms and mechanism of injury, joint effusion. The physical examination should include careful inspection of the knee, palpation for point tenderness, assessment of joint effusion, range-of-motion testing, evaluation of ligaments (injury, laxity, and assessment of the menisci).

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société Française de Rhumatologie.

## 1. Introduction

Un genou douloureux peut refléter la plupart des pathologies rhumatologiques. Les orientations diagnostiques sont principalement fonction du caractère mécanique ou inflammatoire de la douleur, de la topographie douloureuse et de l'âge du sujet [1].

Le bilan diagnostique est basé sur un interrogatoire et un examen clinique détaillés et rigoureux.

La démarche clinique repose sur un examen clinique rigoureux du genou [2–8], effectué de manière systématique et orienté par l'interrogatoire.

## 2. Interrogatoire

On note l'âge, le poids, les sports pratiqués et le niveau sportif, les antécédents en particulier sur le genou atteint et les antécédents familiaux.

### 2.1. Caractéristiques de la douleur

La date de début, le mode d'installation brutal ou progressif, le caractère permanent ou intermittent de la douleur, son uni- ou bilatéralité, une éventuelle cause déclenchante, sa topographie, orientent le diagnostic lésionnel.

<sup>☆</sup> Extrait de : Legré V, Boyer T. Diagnostic et traitement d'un genou douloureux. EMC - Appareil locomoteur 2003;1-24 [14-325-A-10]. Copyright © 2003 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : [virginielegre@aol.fr](mailto:virginielegre@aol.fr) (V. Legré-Boyer), [thierry.boyer13@wanadoo.fr](mailto:thierry.boyer13@wanadoo.fr) (T. Boyer).

L'horaire mécanique ou inflammatoire de la douleur est essentiel à connaître pour orienter le diagnostic :

- une gonalgie mécanique survient à la mobilisation et/ou à la mise en charge du genou, est calmée par le repos, ne provoque pas de douleurs nocturnes (sauf en cas de changement de position) et ne s'accompagne pas de dérouillage matinal prolongé ;
- une douleur inflammatoire est permanente, ou bien avec une recrudescence nocturne et matinale, non calmée par le repos, avec un dérouillage matinal prolongé (plus de 30–45 minutes).

## 2.2. Mécanisme de survenue

### 2.2.1. Traumatisme direct ou indirect

Une chute en avant peut provoquer une fracture osseuse ou chondrale, un hygroma. Un choc appuyé latéral peut entraîner une entorse des ligaments latéraux. Un mécanisme en valgus-flexion-rotation externe peut être responsable selon le degré lésionnel d'une lésion du ligament latéral interne (LLI), puis du ménisque interne, puis du pivot central. Ce même mécanisme peut être à l'origine d'une luxation de rotule.

Un mécanisme en varus-flexion-rotation interne est fréquemment à l'origine d'une lésion isolée du ligament croisé antérieur (LCA).

Une torsion excessive est responsable de lésions des ménisques et/ou du pivot central.

Un choc frontal, type accident de moto, est retrouvé dans les lésions du ligament croisé postérieur (LCP).

Un shoot dans le vide ou contré ainsi qu'une contracture brutale du quadriceps (évitement d'une chute arrière à ski) peuvent à eux seuls entraîner une lésion du LCA.

### 2.2.2. Microtraumatismes

Le relevé d'une position accroupie chez un patient de plus de 40 ans peut expliquer une rupture du segment postérieur du ménisque interne.

Une douleur fémoropatellaire peut être déclenchée par une descente de pente en montagne, la position à genoux prolongée (carrelage).

Le syndrome de la bandelette de Maissiat (fascia lata) est pratiquement toujours provoqué par une course à pied prolongée.

Les tendinites rotuliennes sont l'apanage des sports de saut.

### 2.2.3. Absence de traumatisme

La survenue d'une douleur du genou en dehors de tout traumatisme doit faire évoquer une poussée arthrosique, une méniscopathie, un rhumatisme inflammatoire, une maladie osseuse ou synoviale. Un début brutal doit faire penser à une fracture de contrainte, à une nécrose, à une rupture méniscale sur ménisque dégénératif.

## 2.3. Siège de la douleur spontanée

**Douleur localisée :** le caractère localisé de la douleur évoque une lésion précise. La reproduction de la douleur à la pression de ces zones oriente le diagnostic (**Tableau 1**).

**Douleur diffuse :** penser à une douleur projetée : hanche, cruralgie (rechercher une douleur de cuisse ou aine), un rhumatisme inflammatoire, une algodystrophie, une chondropathie.

## 2.4. Signes d'accompagnement

### 2.4.1. Épanchement articulaire

Il est évident devant un genou gonflé, suspecté si le genou est empâté. Des antécédents de gonflement du genou sont recherchés.

**Tableau 1**

Diagnostic lésionnel selon la localisation de la douleur du genou.

Topographie des douleurs provoquées à la pression	Lésion
<i>Antérieure</i>	
Au-dessus de la rotule	Tendinite quadricipitale
Médiane, périrotulienne	Chondropathie rotulienne, hygroma
Sous la rotule	Tendinopathie rotulienne TTA : Osgood-Schlatter chez l'adolescent
<i>Interne</i>	
Sur l'interligne	Lésion méniscale interne, arthrose FTI
Au-dessus de l'interligne	Entorse LLI, fracture de contrainte condyle ONA
Sous l'interligne	Fracture de contrainte plateau tibial interne tendinite patte d'oie (rarement)
<i>Externe</i>	
Sur l'interligne	Lésion méniscale externe
Au-dessus de l'interligne	Syndrome de la bandelette iliotibiale (fascia lata)
<i>Postérieure</i>	
	Rotule (douleur projetée)
	Kyste poplité

TTA : tubérosité tibiale antérieure ; FTI : fémorotibial interne ; LLI : ligament latéral interne ; ONA : ostéonécrose aseptique.

### 2.4.2. Instabilité

Des épisodes répétés de déroboement en torsion sont très fréquemment la traduction d'une rupture ancienne du LCA. Des déroboements en descente (« pseudodéroboements » ou « lâchage du genou » par sidération antalgique du quadriceps) correspondent le plus souvent à une pathologie rotulienne.

### 2.4.3. Blocages

Un blocage vrai (genou en flexion avec impossibilité d'extension, déblocage par certaines manœuvres) signe de façon presque constante une anse de seau méniscale. Il peut être douloureux ou non. Dans de très rares cas, il peut s'agir de la mobilisation d'un corps étranger intra-articulaire, d'un clapet cartilagineux, d'une tumeur synoviale pédiculée.

Un pseudoblocage (impossibilité douloureuse de fléchir le genou) peut fréquemment se rencontrer dans les pathologies fémoropatellaires et les plicae.

### 2.4.4. Douleurs brèves et brutales

Ces douleurs surviennent à la marche dans l'axe ou lors des mouvements de torsion ; elles apparaissent brutalement, sans prévenir (en « éclair », en « coup de poignard »), « bloquant » le patient sur place (il ne s'agit pas d'un vrai blocage, mais d'un pseudoblocage lié à la douleur), durant quelques secondes puis disparaissant. Ces symptômes évoquent un fragment instable et mobile, accessible à l'arthroscopie : languette méniscale, corps étranger intra-articulaire, clapet cartilagineux, voire synovite villositaire localisée ou moignon de LCA. Les douleurs brèves et brutales peuvent entraîner un déroboement d'esquive et réflexe du genou, mais la douleur précède alors le déroboement.

## 3. Examen clinique

L'**Annexe A** (video S1 [4,9], examen physique du genou, et vidéo S2 [5,10], examen ligamentaire du genou, voir le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article) présente les examens cliniques :

- debout : l'analyse de la morphologie des membres inférieurs recherche un varus, un valgus, un flessum, un recurvatum, un trouble de torsion tibiale, un strabisme rotulien. On note un éventuel trouble veineux des membres inférieurs ;
- marche : on recherche une boiterie. Certaines instabilités postéro-internes entraînent une torsion caricaturale du genou étudié par l'arrière ;
- couché.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389723>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389723>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)