



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UECP 31 Pathologies ostéo- articulaires

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Pathologies abarticulaires de l'adulte

I. TENDINOPATHIES	3
1. DEFINITION	3
2. FACTEURS DE RISQUE	3
3. ETIOLOGIES.....	3
4. DIAGNOSTIC	3
a. <i>Clinique</i>	3
b. <i>Imagerie</i>	3
5. TRAITEMENTS	4
6. TYPES DE TENDINITE.....	4
a. <i>Tendinite de la coiffe des rotateurs</i>	4
b. <i>Tendinite calcanéenne</i>	4
c. <i>Aponévrosite plantaire</i>	5
d. <i>Epicondylite latérale</i>	5
e. <i>Tendinite du moyen fessier</i>	5
II. SYNDROMES CANALAIRES	5
1. DEFINITION	5
2. DIAGNOSTIC	5
a. <i>Interrogatoire</i>	5
b. <i>Examens physiques</i>	6
c. <i>Examens complémentaires</i>	6
3. SYNDROME DU CANAL CARPIEN	6
4. NEURALGIE DE MORTON	7
III. MALADIE DE DUPUYTREN	7
IV. BURSITES	8
V. AUTRES PATHOLOGIES ABARTICULAIRES	8

I. Tendinopathies

1. Définition

Tendon = Zone de transition entre le corps musculaire et la pièce osseuse → tissu conjonctif faiblement vascularisé mais bien innervé avec des contraintes mécaniques majeures
Mécanisme de conflit par friction ou coincement répété, traction excessive ou surutilisation, contusion par traumatisme direct ou inflammation

2. Facteurs de risque

Intrinsèques :

- Troubles statiques
- Inégalité de longueur des membres inférieurs
- Rétraction tendineuse
- Hypermobilité ou hyperlaxité ligamentaire
- Age, sexe féminin, condition physique, surpoids
- Lésion loco-régionale associée

Extrinsèques :

- Erreur d'entraînement
- Terrain et surface inadapté
- Environnement (humidité, température, ...)
- Traumatisme

3. Etiologies

Mécaniques :

- Traumatisme
- Vieillesse

Maladies inflammatoires :

- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondyloarthropathie
- Pathologie microcristalline

Iatrogène (corticothérapie, fluoroquinolone)

Pathologie favorisante : diabète ou dysthyroïdie

4. Diagnostic

a. Clinique

Interrogatoire :

- Localisation, aigu ou chronique (< ou > 3 mois), horaire de la douleur, mécanisme d'apparition
- Impotence fonctionnelle

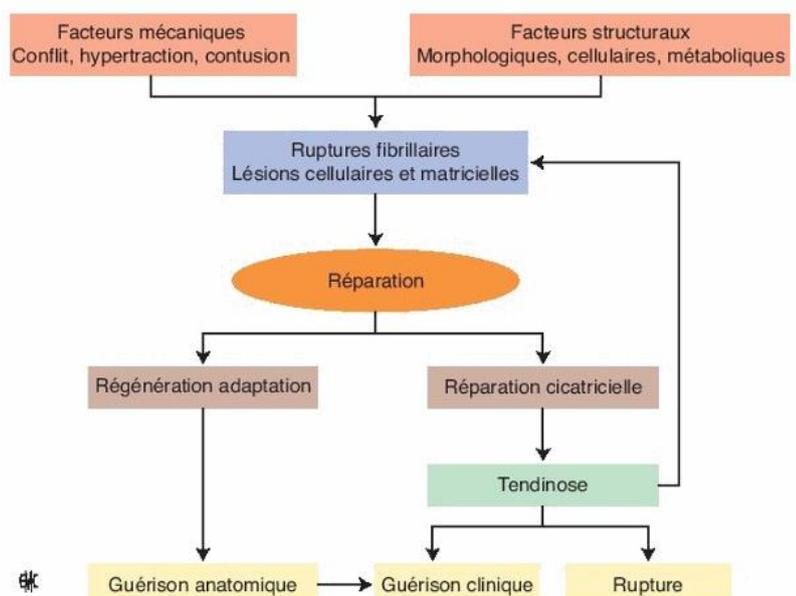
Examen physique :

- Inspection : attitude, trophicité musculaire, œdème
- Palpation : chaleur, crépitements, nodule, défaut
- Mobilisation : passif, actif, contre résistance

b. Imagerie

Radiographies : pas de visualisation des tendons mais calcifications et/ou arthropathie associée

Echographie +/- IRM (dans certains cas)



5. Traitements

Mesures générales :

- Eviction des facteurs favorisants
- Repos

Mesures médicamenteuses :

- AINS
- Infiltration cortisonée

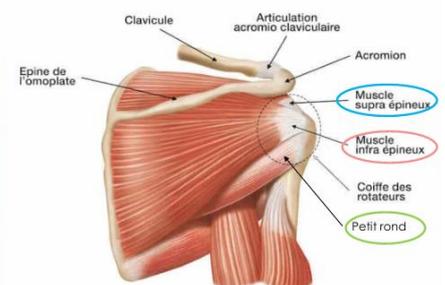
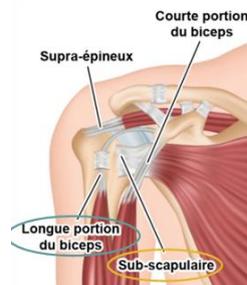
Mesures non médicamenteuses :

- Agents physiques à visée sédatrice (chaud, froid, ultrasons, TENS, ...)
- Ondes de choc
- PRP = formes particulières d'infiltration
- Rééducation : étirements passifs jusqu'au renforcement musculaire
- Chirurgie

6. Types de tendinite

a. Tendinite de la coiffe des rotateurs

- ❖ Douleur le plus souvent chronique d'aggravation progressive chez un patient manuel surtout si facteur déclenchant ou le sujet âgé
- ❖ Douleur à la face antérieure de l'épaule avec irradiation dans le bras possible
- ❖ Epaule souvent non ou peu gonflée
- ❖ Douleur à la mobilisation active > passive
- ❖ Pas de limitation des amplitudes en passif
- ❖ Mise en tension de la coiffe douloureuse



Traitement :

- Repos, AINS +/- infiltration cortisonée
- Renforcement des abaisseurs et travail en décoaptation de coiffe
- Chirurgie en cas d'échec avec conflit identifié
- Ondes de choc et calcifications ?

b. Tendinite calcanéenne

Terrain :

- Jeune : traumatisme sportif
- Plus âgé : dégénératif
- Favorisée par cortisone et fluoroquinolones

Clinique :

- Tendinite : douleur après un effort notamment de saut
- Si rupture : Dépression sur le trajet du tendon avec un déficit moteur, pied pendant, Test de Thompson



Examens non indispensables +/- échographie

Traitement :

- Eviter les injections de corticoïdes
- PRP ?

c. Aponévrosite plantaire

- ❖ Douleur talonnière à la marche reproduite à l'étirement de la voûte plantaire
- ❖ Examens non indispensables +/- épine sous calcanéenne et épaissement à l'échographie
- ❖ Repos, semelles avec talonnette +/- évidement, kinésithérapie pour massages/étirements, infiltrations



d. Epicondylite latérale

Terrain : Maladie professionnelle +++, tennis elbow

Clinique :

- Douleur déclenchée par la mise en tension notamment l'extension contraction du poignet ou la supination contrariée
- Exacerbée à la pression de l'épicondyle

Examens non indispensables sauf si recherche de fissure +/- calcifications

Echographies

Traitements :

- AINS, kinésithérapie à visée de massage/étirements, ondes de choc si calcifications ?
- Infiltration cortisonée en absence de fissuration +/- PRP



e. Tendinite du moyen fessier

Clinique :

- Femme 40-65 ans
- Douleur le plus souvent chronique en périrochantérienne
- Irradiation à la face externe de la cuisse
- Reproduite à l'abduction contrariée

Imagerie :

- Recherche de calcifications
- Echographie : bursite ?

Traitement :

- Correction des acteurs favorisants notamment bascule du bassin
- Massages/kiné à visée d'étirements puis de renforcement des fessiers, infiltration cortisonée surtout si bursite associée
- Ondes de choc/calcifications ?

II. Syndromes canaux

1. Définition

→ Ensemble des signes neurologiques lié à la souffrance d'un nerf dans un défilé anatomique (douleur neuropathique)

Causes intrinsèques ou extrinsèques par compression par tumeur/kyste...

2. Diagnostic

a. Interrogatoire

Douleur :

- Siège
- Caractère neuropathique

- Circonstances de déclenchement
- Caractère nocturne

Contexte :

- Professions
- Traumatisme
- Pathologie (diabète, thyroïde)

b. Examens physiques

Examen neurologique systématique, bilatéral, comparatif**Pression/percussion du nerf sur son trajet****Examen moteur :**

- Etude de la force : déficit < 3/5 = gravité
- Rechercher une amyotrophie

Etude de la sensibilité

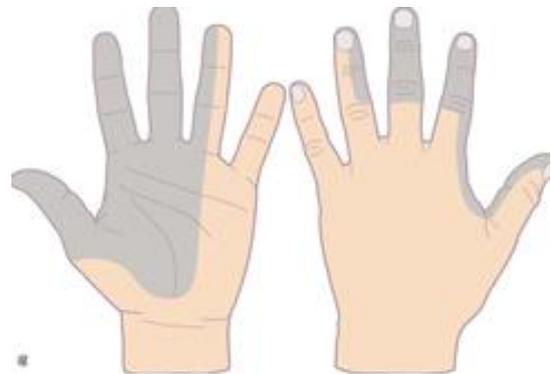
c. Examens complémentaires

Aucun examen obligatoire**Electromyographie** = confirmer la souffrance du nerf**Radiographie/échographie** = rechercher une cause extrinsèque et étudier la structure du nerf

3. Syndrome du canal carpien

Epidémiologie :

- Fréquent
- Compression du nerf médian par le rétinaculum des fléchisseurs
- Maladie professionnelle
- Favorisé par les activités répétitives
- Etats/pathologies favorisant :
 - o Grossesse
 - o Diabète
 - o Hypothyroïdie
 - o Polyarthrite rhumatoïde

**Territoire du nerf médian :**

- Paresthésies nocturnes ++
- Déficit moteur/sensitif

Examen physique :

- Hypoesthésie
- Manœuvres de provocation
- Facteur de compression
- Signes de gravité :
 - o Atrophie
 - o Déficit moteur

Electromyographie :

- Si déficit sensitif/moteur
- Si contexte de maladie professionnelle
- Avant chirurgie

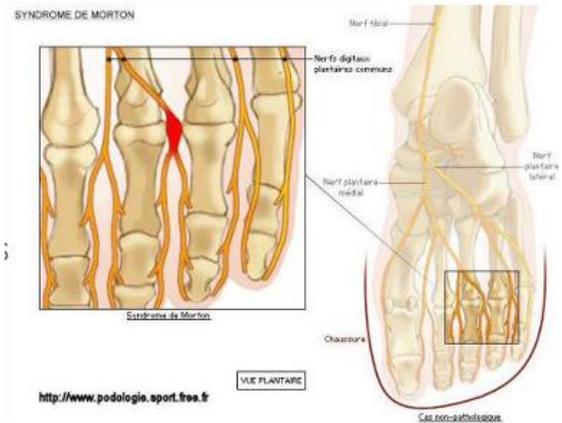
Radiographie/échographie du poignet**Traitement :**

- Eviction des facteurs favorisants
- Peu d'effet des antalgiques
- Infiltration cortisonée et/ou immobilisation courte en 1ère intention par une orthèse de repos

- Chirurgie d'emblée dans les cas sévères ou si échec du traitement médical

4. Névralgie de Morton

- ❖ Compression d'un des nerfs digitaux plantaires dans l'espace inter-capito métatarsien
- ❖ 3ème espace > 2ème espace
- ❖ Plus fréquent en cas de troubles statiques entraînant un excès de poids sur l'avant pied = pied creux, hallux valgus et compression de l'avant pied par les chaussures
- ❖ Douleurs de l'avant-pied à l'appui irradiant vers les orteils soulagés par le repos et le déchaussage
- ❖ Douleur élective à la pression et à la percussion de l'espace inter-capito-métatarsien
- ❖ Ressaut douloureux à la palpation de l'espace : signe de Mulder
- ❖ Hypoesthésie en « feuillets de livre » des faces latérales des deux orteils adjacents



Electromyographie : INUTILE

Radiographies : rechercher des troubles statiques du pied

Echographie :

- Manœuvres dynamiques
- Hypertrophie du nerf/bursite

IRM : cas difficiles

Traitement :

- Adaptation chaussage/semelles de décharge de l'avant pied
- Peu d'effet des antalgiques conventionnels
- Infiltration cortisonée en 1ère intention
- Chirurgie en cas d'échec du traitement médical

III. Maladie de Dupuytren

- ❖ Fibrose de l'aponévrose palmaire superficielle pouvant aboutir à une déformation des doigts en flessum
- ❖ Facteurs de risque : contexte familial, âge, sexe masculin, microtraumatismes, diabète, tabac/alcool
- ❖ 4 et 5ème doigt
- ❖ Handicap fonctionnel



→ Aucun examen complémentaire

Traitement :

- Fasciotomie à l'aiguille :
 - Dans les formes peu avancées en 1ère ligne
 - Possibilité de répéter le traitement sur le même site
 - Peu invasif mais nécessite de l'expérience
 - Peu de repos avec reprise d'une activité rapide
- Chirurgie :
 - Pour les cas complexes/sévères
 - Reprise chirurgicale peu envisageable

- Repos prolongé donc raideur articulaire post-opératoire

IV. Bursites

→ Inflammation aigüe ou chronique d'une bourse séreuse avec souvent production liquidienne et donc gonflement

Causes :

- Traumatismes (répétitifs ou aigus)
- Surutilisation
- Infection
- Microcristaux

Clinique :

- Douleur
- Tuméfaction
- Sensibilité à la pression
- Parfois inflammation locale

Localisations fréquentes :

- Bourse sous acromiale (tendinopathie de coiffe)
- Bourse olécrânienne au coude, répatellaire, rétrocalcanéenne, etc

Diagnostic clinique sauf si profond (écho, IRM)

Ponction si suspicion d'infection

Prise en charge :

- Repos
- Kiné
- AINS (sauf si infectieuse)
- Antibiotique si infectieux

V. Autres pathologies abarticulaires

Pathologies musculaires : crampes/claquage

Pathologies ligamentaires : entorse, ruptures