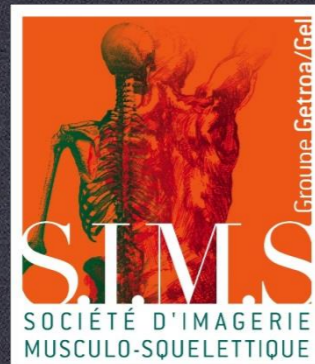


Société
de radiologie
du Québec

Former
Rassembler



ORIENTATION CLINIQUE: LES BONNES QUESTIONS À SE POSER

DRE SUZANNE LECLERC



Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Dr Suzanne Leclerc

Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Objectifs

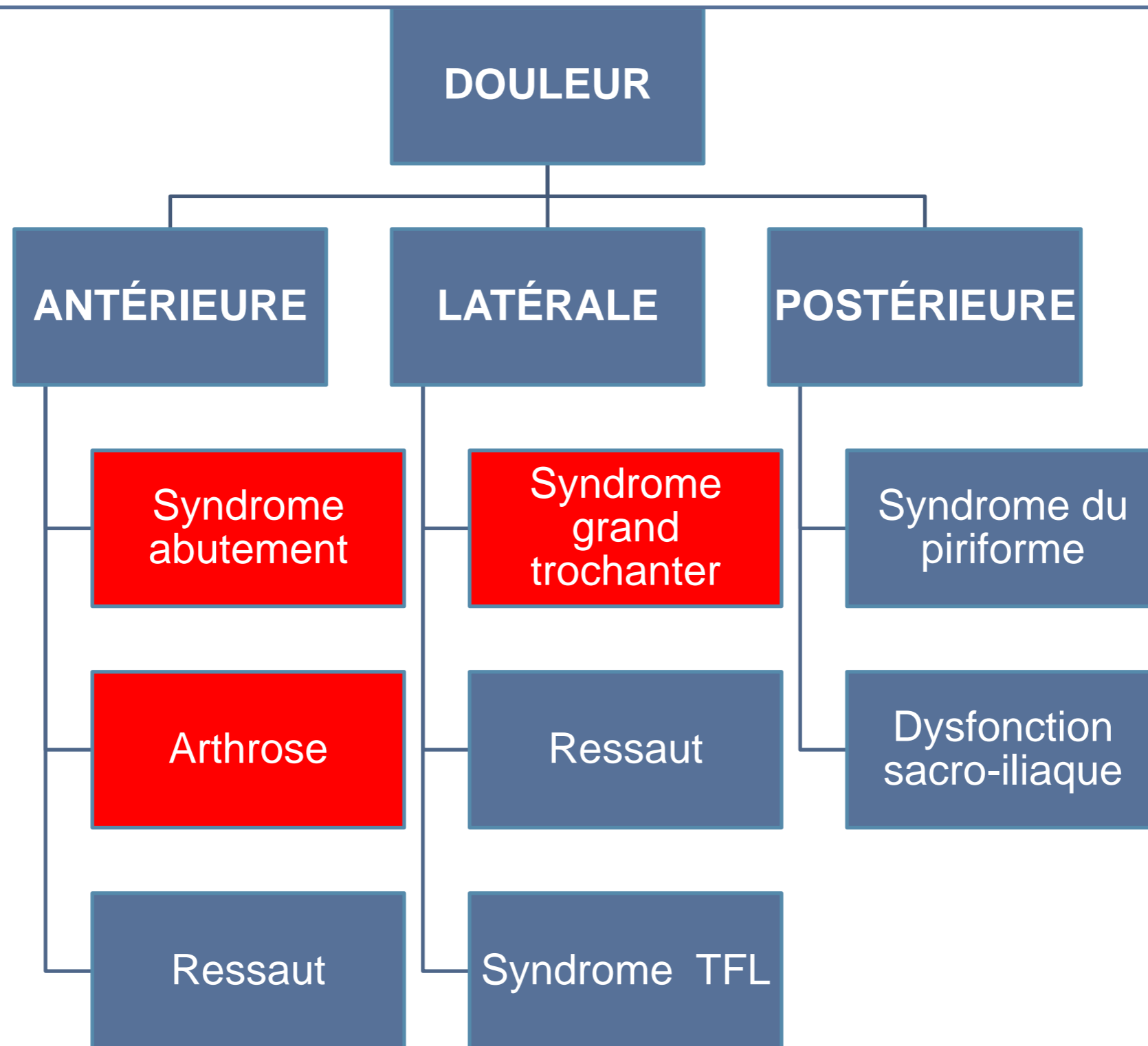
- Rappeler les bases de l'examen clinique et les principaux diagnostics
 - de la hanche
 - du genoux
 - de l'épaule,

Études- Valeur des tests de l'examen physique

- Variabilité dans la qualité et la méthodologie des études
- Biais dans la sélection des patients (clinique spécialisée-Ortho vs clinique générale – MD famille)
- Biais dans l'exécution des tests (originaux vs modifiés, expérience de l'examineur, standardisation de la technique d'examen)
- Plusieurs tests avec haute sensibilité, mais faible spécificité.
- Un même test peut être positif pour plusieurs pathologies

HANCHE

Hanche



Hanche – Syndrome abutement

- Incidence: 22%-55% des cas de douleurs hanche
- **Histoire**: douleur antérieure profonde, « C-sign », douleur aigüe avec sensation de dérobage ou « click »
↑ position prolongée debout/assise et marche
- **Examen physique**:
 - **FADIR**: SS 94%-99%; SP 5- 9 %
 - **Test de Flexion-Rotation Interne**: SS 96%-99%; SP 25%
- **Prescription RX**: **RX Bassin ± Arthro IRM hanche**
- H 25 ans, joueur de football, douleur antérieure hanche gauche. FADIR test positif, R/O syndrome abutement hanche G.

Hanche - Arthrose

- Histoire: Douleur antérieure, boiterie
- Examen physique: Limitation rotation interne
- N.B. PPPT (Patella-pubic percussio test): seul test avec haute précision diagnostic pour la fracture du fémur.



- **Prescription RX RX Bassin**
- H 68 ans, douleur antérieure hanche D avec boiterie occasionnelle. R/O arthrose

Hanche – Syndrome du grand trochanter

(tendinopathie glutéale, bursite trochantérienne)

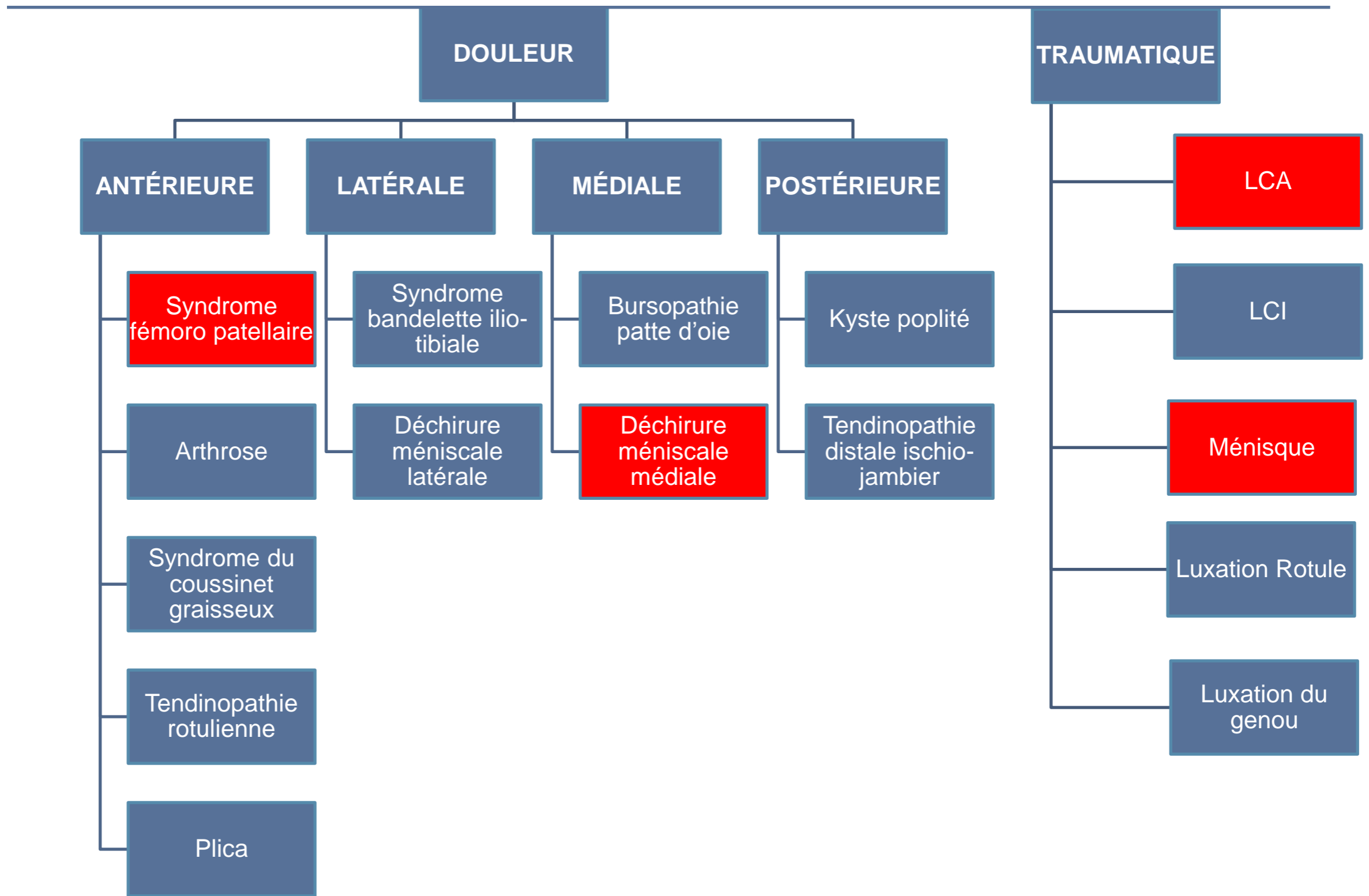
- Incidence: plus de 10% > 60 ans. F>H
- Histoire: douleur latérale-région grand trochanter, douleur ↑ à la marche, lors de décubitus latérale ipsilatéral, mvt de flexion/extension de la hanche.
- Examen physique:
 - **douleur palpation région du grand trochanter** :SS 85,7%, SP 61,1% RV- 0,2
 - **Abduction résistée**: SS 71%, SP 97%; RV+23,7, RV-0,30
 - **Test de dé-rotation externe résistée**: SS 88%, SP 97,3%; RV+ 32,6 RV- 0,12.
ATTENTION: n=17

- **Prescription RX: Échographie**
F 65 ans, douleur persistante latérale hanche D, limitant la marche et les AVQ. R/O bursite trochantérienne ± infiltration



GENOU

Genou



Genou- SFP

Incidence: 15-25% population générale; 8,75% sportif de haut niveau.

Histoire-Douleur: position accroupie, ↓ escalier, course, saut, position assise prolongée

Examen physique:

- 80% + : **douleur antérieure lors de l'exécution d'un squat**
- 71-75%+: **sensibilité à la palpation des facettes patellaires**

Prescription RX: genou AP, Latéral, Rotule

- F 22 ans, douleur antéro-latérale péri-rotulienne lors de squat. Possible SFR. R/O Arthrose

Genou - Ménisque

Incidence:

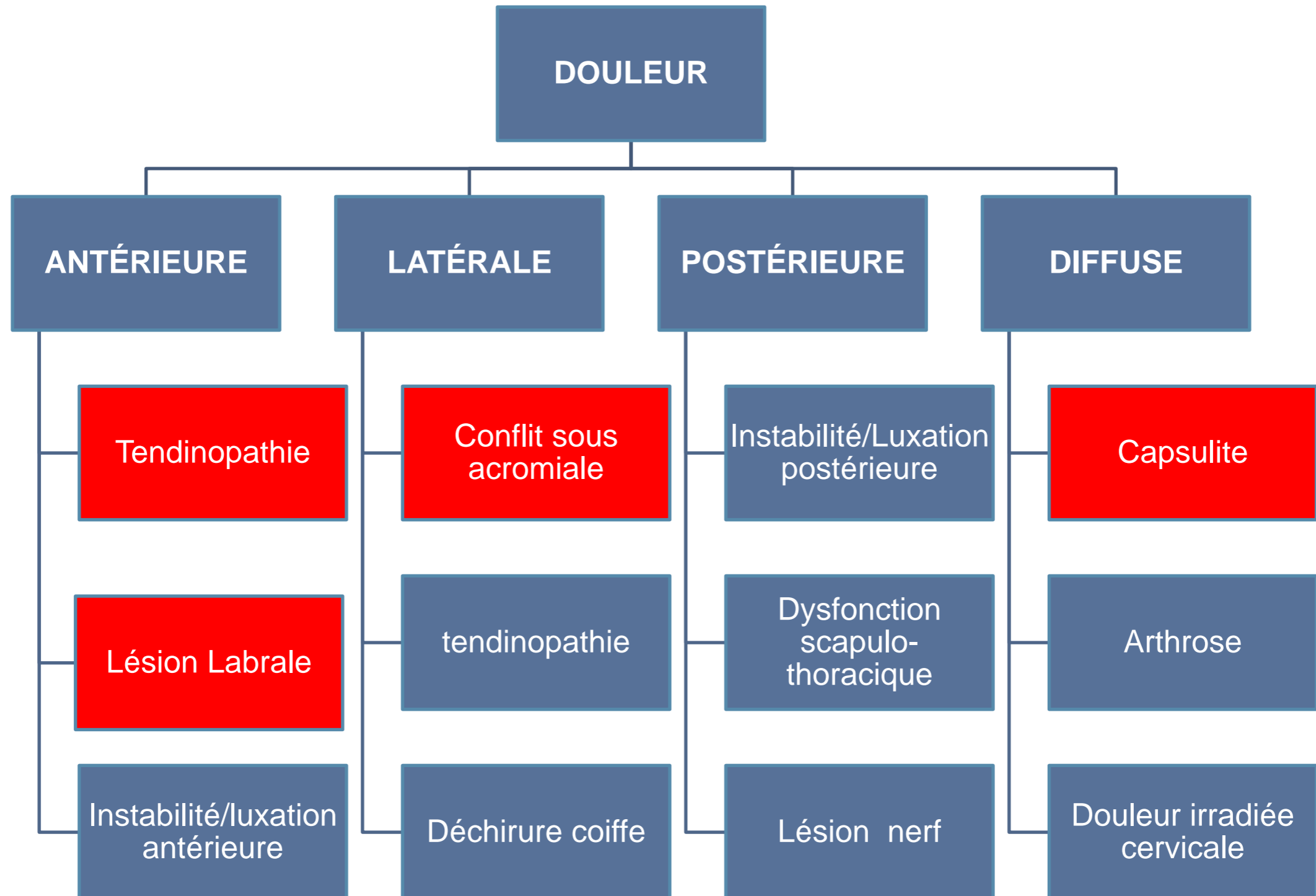
- 11 % des rc en trauma aigüe genou (20-30 ans)
- 31% des rc pour douleur chronique du genou (> 40 ans)
- Examen physique: % de cas avec déchirure méniscale diagnostiqué
 - **McMurray +: 61%**
 - **Thessaly +: 75%**
 - **Douleur ligne articulaire + : 83%**
- **Déchirure Médiale Traumatique:**
 - Douleur palpation ligne articulaire: RV+: 8,9; RV-: 0,10
- **Déchirure Médiale Dégénérative**
 - Flexion complète passive, absence de mal alignement en varus ou valgus
RV+: 6,4; RV-:0,10
- **Prescription RX: RX genou avec mise en charge, IRM ???,**
 - ??? Importance de rechercher déchirure méniscale
 - Impact positif d'un traitement?
 - Exception: blocage et/ou Instabilité

Genou-LCA

- **Histoire:** Sensation de « POP » lors du trauma. - Apparition rapide d'un gonflement. - Sensation d'instabilité/dérobement
- **Examen:**
 - **Lachman:** meilleure sensibilité (87,1%) RV-: 0,17
 - **Pivot shift:** plus spécifique (97,5%) RV+: 16
- **Prescription RX IRM**
 - H 25 ans, trauma en pivot lors de réception de saut au basket, sensation de POP. Lachman positif.
R/O déchirure LCA

ÉPAULE

Épaule



Épaule – Tendinopathie / Conflit sous-acromial

- Incidence:7-26%
- Examen physique:
 - **Conflit sous-acromial:**
 - Combinaison de **Hawkins, Neer, arc douloureux**, « empty can », rotation externe résistée douloureuse (>3 test +): SS 75%, SP74%, RV+ 2,93 RV- 0,34
 - **Tendinopathie Supraspinatus:**
 - Combinaison de >39 ans, arc douloureux+, sensation de « click », « pop »: SS 75%, SP 82%, RV + 32, RV-0,63.

Épaule – Tendinopathie / Conflit sous-acromial

- **Tendinopathie et/ou déchirure Subscapularis:**

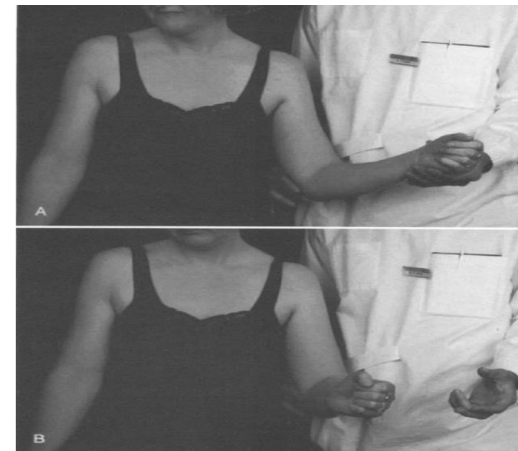
- combinaison de Lift-off et/ou douleur rotation interne résistée (en position neutre): SS 50%, SP 95%, RV+10, RV- 0,53

- **Déchirure complète de Infraspinatus:**

- « external rotation lag sign » SS 98% SP 98% RV+49 RV- 0,02

- **Prescription RX: Échographie Épaule**

- H 40 ans douleur antérieure épaule Droite ↑ en abduction et rotation externe. Parfois sensation de click. R/O tendinopathie coiffe des rotateurs



Épaule - Capsulite

- Incidence: 8-10% pop générale; 29% diabétique
- Histoire: Phase 1: Douleur d'installation progressive, douleur nocturne
 - Phase 2: Enraidissement, limitation progressive des mouvements,
 - Phase 3: Disparition de la douleur. Limitation importante
- Examen physique: Perte AA rot ext>abd>rot int
 - Signe « Shrug » SS 80% RV- <0,2 (non spécifique)



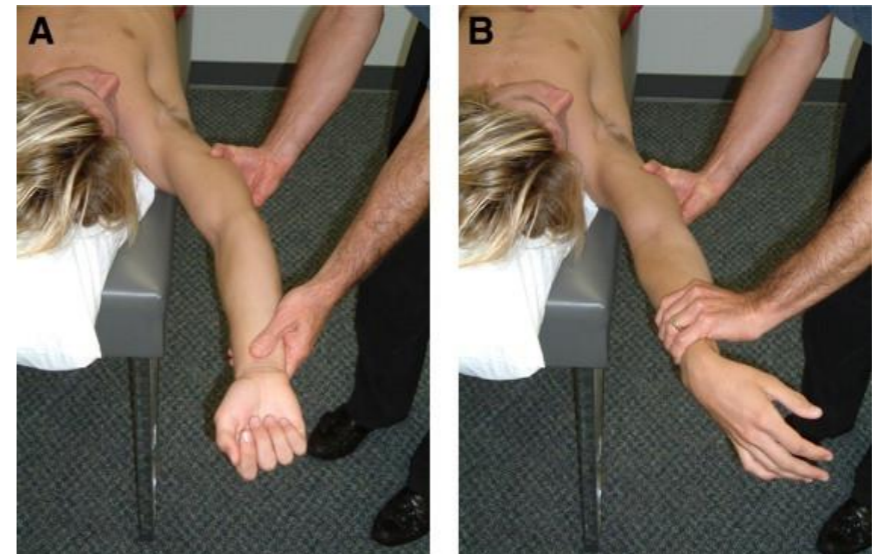
- **Prescription RX: Rx Épaule + infiltration arthro-distensive**
 - F 55 ans, douleur épaule droite progressive x 2 mois avec perte AA (Rotation externe). R/O Capsulite

Épaule – Lésion Labrale (SLAP)

Histoire: Douleur antérieure lors de mouvement de rotation, ex lancer
Examen Physique:



O'Brien – Compression active



Distraction Passive

SS 70% SP90% RV+ 7, RV- 0,11

Prescription RX: Arthro IRM épaule

H 25 ans, athlète en water polo. Douleur antérieure épaule droite, incapable de faire lancer. R/O déchirure SLAP

- Hegedus EJ et al. Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. Br J Sports Med 2012; 46:964-978
- Schlechter JA et al. The Passive Distraction Test: A New Diagnostic Aid for Clinically Significant Superior Labral Pathology. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery 2009; 25:1374-1379.

Conclusion

- Aucun test clinique ne fournit la certitude absolue
- Une combinaison de test oriente le plus souvent vers le diagnostic le plus probable
- Histoire & Examen combinés augmentent la probabilité du bon diagnostic