

Table des matières

Collaborateurs	V
Avant-propos	VII
Abréviations	IX

Connaissances

Rhumatologie

1	► Item 5 – Indications et stratégies d'utilisation des principaux examens d'imagerie	3
	I. Radiographies standard	4
	A. En faveur d'une lésion maligne	4
	B. En faveur d'une lésion septique	5
	C. En faveur d'une lésion inflammatoire	5
	D. En faveur d'une lésion dégénérative	6
	II. Apport de l'imagerie complémentaire : sémiologie et contre-indications	8
	A. Scanner	8
	B. Imagerie par résonance magnétique	8
	C. Scintigraphie osseuse	8
	III. Stratégies d'imagerie	9
	IV. Principes, intérêt et limites de l'échographie ostéoarticulaire et de la TEP	10
	A. Échographie ostéoarticulaire, musculaire et tendineuse	10
	B. Tomographie par émission de positons (TEP)	11
	V. Recommandations en imagerie	12
	VI. Maladie de Paget	12
	A. Définition	12
	B. Épidémiologie	13
	C. Pathogénie	13
	D. Sémiologie	14
	E. Pronostic et surveillance	16
	F. Traitement	18
	G. Conduite à tenir en pratique	19
2	► Item 53 – Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la massokinésithérapie	21
	I. Définitions	21
	A. Rééducation	21
	B. Réadaptation	22
	II. Moyens thérapeutiques du domaine de la rééducation	22
	A. Techniques antalgiques directes	22
	B. Kinésithérapie	23
	C. Ergothérapie	24
	D. Appareillage	24

III.	Aspects juridiques et pratiques de la prescription de massokinésithérapie	25
A.	Prescription de massokinésithérapie	25
B.	Surveillance des patients traités par massokinésithérapie	25
IV.	Principes de rééducation en fonction des pathologies de l'appareil locomoteur	26
3	► Item 54 – Vieillesse normale	28
	Aspects biologiques, fonctionnels et relationnels.	
	Données épidémiologiques et sociologiques.	
	Prévention du vieillissement pathologique	28
I.	Principales manifestations du vieillissement normal et pathologique des articulations	29
II.	Modifications principales de la réponse immunitaire du sujet âgé	29
A.	Modifications des lymphocytes T	29
B.	Réseau cytokinique	29
C.	Facteurs d'environnement et immunité du sujet âgé	30
III.	Aspect épidémiologique et social	30
A.	Données de consommation de santé	30
B.	Conséquences économiques	30
IV.	Rhumatismes inflammatoires du sujet âgé	31
V.	Camptocormies	32
4	► Item 56 – Ostéoporose	34
I.	Définitions de l'ostéoporose	34
A.	Définition de l'OMS	34
B.	Définition densitométrique de l'ostéoporose	35
II.	Épidémiologie	36
III.	Physiopathologie	37
A.	Physiologie osseuse	37
B.	Physiopathologie de l'ostéoporose	38
C.	Facteurs de risque de fracture ostéoporotique	38
IV.	Diagnostic de l'ostéoporose	40
A.	Fractures ostéoporotiques	40
B.	Ostéoporose densitométrique	41
C.	Explorations complémentaires	41
D.	Diagnostic différentiel	42
V.	Traitement	43
A.	Mesures générales	43
B.	Thérapeutiques de l'ostéoporose	43
C.	Indications thérapeutiques	45
D.	Prévention des chutes	45
5	► Item 57 – Arthrose	47
I.	Cartilage articulaire normal et arthrosique	47
A.	Fonctionnement	47
B.	Propriétés biomécaniques	47
C.	Cartilage préarthrosique (cartilage sénescence)	49
D.	Cartilage arthrosique	49
II.	Coxarthrose	52
A.	Définition	52
B.	Épidémiologie	52
C.	Quand faut-il évoquer le diagnostic ?	52
D.	Comment faire le diagnostic ?	54

E. Pronostic	56
F. Formes cliniques	56
G. Traitement	59
III. Gonarthrose	61
A. Définition	61
B. Arthrose fémoropatellaire	61
C. Arthrose fémorotibiale	63
IV. Arthrose digitale	68
A. Définition	68
B. Épidémiologie	69
C. Quand faut-il évoquer le diagnostic?	69
D. Comment faire le diagnostic?	69
E. Pronostic	69
F. Formes cliniques	69
G. Traitement	70
H. Surveillance	71
V. Autres localisations arthrosiques	71
A. Arthrose de l'épaule, ou omarthrose	71
B. Arthrose de la cheville	72
6 ► Item 62 – Troubles de la marche et de l'équilibre, chutes chez le sujet âgé	73
I. Épidémiologie	73
II. Conséquences des chutes	74
A. Conséquences médicales	74
B. Conséquences psychosociales	74
C. Syndrome postchute	75
III. Sémiologie des troubles de la marche et de l'équilibre	75
A. Troubles de marche et d'équilibre d'origine neurologique	75
B. Troubles de marche et d'équilibre d'origine douloureuse	76
C. Troubles de marche et d'équilibre d'origine psychique	76
IV. Facteurs favorisants et causes des chutes chez le sujet âgé	77
A. Prise de médicaments	77
B. Causes cardiovasculaires	77
C. Causes neurologiques	77
D. Causes mécaniques	78
E. Autres pathologies	78
F. Facteurs prédisposants de la chute chez le sujet âgé	78
G. Facteurs précipitants de la chute chez le sujet âgé	79
H. Facteurs extrinsèques	79
V. Principales mesures préventives des chutes chez la personne âgée	79
VI. Conduite à tenir devant une chute chez une personne âgée	80
A. Interrogatoire	80
B. Examen clinique	81
C. Examens complémentaires	81
7 ► Item 65 – Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique	83
I. Définitions et caractéristiques	83
A. Douleur aiguë et douleur chronique	83
B. Douleur par excès de nociception et douleur neuropathique	84
C. Douleur d'horaires inflammatoire et douleur mécanique	84

II.	Bases neurophysiologiques	84
III.	Méthodes d'évaluation de la douleur	85
	A. Évaluer une douleur aiguë par l'EVA	85
	B. Évaluer une douleur chronique par l'approche multidimensionnelle	85
IV.	Principales cibles thérapeutiques issues des voies de la douleur	86
8	► Item 66 – Thérapeutiques antalgiques	87
I.	Antalgiques de niveau I (paracétamol)	88
II.	Antalgiques de niveau II	89
	A. Associations paracétamol-codéine	89
	B. Associations paracétamol-dextropropoxyphène	90
	C. Tramadol	91
III.	Antalgiques de niveau III	91
	A. Morphine	92
	B. Hydromorphone	93
	C. Oxycodone	93
	D. Fentanyl	93
	E. Principaux effets indésirables et contre-indications des opioïdes forts	94
	F. Quelques conseils pratiques	95
IV.	Douleurs à composante neuropathique	96
9	► Item 92 – Infection ostéoarticulaire. Discospondylite	98
I.	Spondylodiscites infectieuses à pyogènes	98
	A. Définition	98
	B. Épidémiologie, physiopathologie	98
	C. Quand faut-il évoquer le diagnostic ?	99
	D. Comment faire le diagnostic ?	101
	E. Pronostic et surveillance	102
	F. Traitement	102
II.	Arthrites septiques à pyogènes	103
	A. Définition	103
	B. Diagnostic clinique	103
	C. Contamination et facteurs favorisants	104
	D. Comment faire le diagnostic ?	104
	E. Imagerie	104
	F. Pronostic et évolution	105
	G. Traitement des arthrites septiques	105
III.	Ostéite et ostéomyélite	106
	A. Définition	106
	B. Épidémiologie, physiopathologie	106
	C. Quand faut-il évoquer le diagnostic ?	107
	D. Comment faire le diagnostic ?	108
	E. Pronostic et surveillance	108
	F. Traitement	109
10	► Item 106 – Tuberculose	110
I.	Définition	110
II.	Épidémiologie, physiopathologie	110
III.	Quand faut-il évoquer le diagnostic ?	111
	A. Arguments cliniques	111
	B. Arguments biologiques	111
	C. Arguments d'imagerie	111

IV. Comment faire le diagnostic?	112
V. Pronostic et surveillance	113
VI. Traitement	114
11 ► Items 108 et 109 – Accidents du travail et maladies professionnelles	115
I. Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions	115
A. Accident de travail et de trajet	115
B. Maladies professionnelles	116
II. Prise en charge d'un accident du travail et d'une maladie professionnelle	119
A. Accident du travail	119
B. Maladies professionnelles	120
C. Consolidation, rechute et aggravation	121
12 ► Item 112 – Réaction inflammatoire. Aspects biologiques et cliniques, conduite à tenir	123
I. Mécanismes physiopathologiques	123
II. Protéines de la réaction inflammatoire	124
III. Aspects biologiques	125
A. Anomalies biologiques de l'inflammation	125
B. Quand est-il utile d'analyser les paramètres biologiques de l'inflammation?	127
IV. Syndrome inflammatoire « dissocié »	127
V. Maladies auto-inflammatoires	128
VI. Points d'impacts des thérapeutiques anti-inflammatoires	128
A. Anti-inflammatoires	128
B. Blocage du TNF α ou de l'IL-1	129
13 ► Item 116 – Maladies auto-immunes. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement	130
I. Définition du concept d'auto-immunité	130
A. Auto-immunité physiologique	131
B. Auto-immunité pathologique	131
II. Mécanismes lésionnels des maladies auto-immunes	132
III. Classification des maladies auto-immunes	132
IV. Autoanticorps	133
A. Types d'autoanticorps	135
B. Types de tests utilisés	135
C. Âge du patient	135
V. Définition d'une maladie auto-immune sévère	136
VI. Aspect thérapeutique des maladies auto-immunes	136
A. Corticothérapie	136
B. Antimitotiques	136
C. Autres	137
14 ► Item 117 – Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des antiphospholipides	138
I. Définitions	138
II. Épidémiologie	139

III. Pathogénie	139
A. Mécanismes lésionnels	139
B. Facteurs étiologiques	140
IV. Quand faut-il évoquer le diagnostic de lupus ?	141
A. Circonstances cliniques évocatrices	141
B. Signes biologiques évocateurs	145
V. Quand faut-il évoquer le diagnostic de syndrome des antiphospholipides ?	146
A. Manifestations cliniques évocatrices	146
B. Anomalies de laboratoire évocatrices	147
VI. Confirmer le diagnostic de lupus	147
A. Recherche d'anticorps antinucléaires	148
B. Anticorps anti-ADN natif	148
C. Anticorps anti-antigène nucléaire soluble, ou anti-ENA	149
D. Autres anticorps antinucléaires	149
E. Anticorps antiphospholipides	149
F. Autres autoanticorps	149
G. Anomalies du complément total (CH50) et de ses fractions	149
VII. Confirmer le diagnostic de syndrome des antiphospholipides	150
VIII. Pièges diagnostiques	151
A. Lupus médicamenteux	151
B. Lupus cutanés	151
C. Syndrome de Sharp, ou connectivite mixte	152
D. Syndromes de chevauchement	152
E. Formes de l'enfant	153
F. Lupus chez la femme enceinte	153
IX. Évolution et surveillance d'un lupus	153
A. Pronostic	153
B. Surveillance	154
X. Traitement et prévention	154
A. Mesures préventives	154
B. Traitements du lupus	155
C. Traitement du syndrome des antiphospholipides	155
D. Traitements locaux	156

15 ▶ Item 119 – Maladie de Horton et pseudopolyarthrite rhizomélisque	158
I. Définitions	158
A. Maladie de Horton	158
B. Pseudopolyarthrite rhizomélisque	159
II. Épidémiologie	159
III. Signes cliniques	159
A. Pseudopolyarthrite rhizomélisque isolée	159
B. Maladie de Horton	160
IV. Manifestations biologiques communes à la maladie de Horton et à la pseudopolyarthrite rhizomélisque	161
V. Complications de la maladie de Horton	161
A. Complications oculaires	161
B. Complications neurologiques	162
C. Autres complications vasculaires	162
VI. Indications et résultats d'une biopsie d'artère temporale	162
VII. Diagnostic différentiel	163
A. Diagnostics différentiels communs à la pseudopolyarthrite rhizomélisque et à la maladie de Horton	163

B. Diagnostic différentiel de la pseudopolyarthrite rhizomélique à VS normale	164
C. Place de l'imagerie au cours de la pseudopolyarthrite rhizomélique et de la maladie de Horton	165
VIII. Principes thérapeutiques de la pseudopolyarthrite rhizomélique et de la maladie de Horton	165
A. Corticothérapie	165
B. Mesures associées à la corticothérapie	167
C. Suivi des patients	167
D. Alternative à la corticothérapie	168
16 ► Item 121 – Polyarthrite rhumatoïde	169
I. Polyarthrite rhumatoïde : épidémiologie et physiopathologie	169
A. Phase d'initiation	170
B. Phase de recrutement et inflammation	170
C. Rôle des cytokines	170
D. Rôle des lymphocytes B	171
E. Rôle des polynucléaires neutrophiles	171
F. Angiogenèse – Pannus	171
G. Phase de réparation	171
II. Polyarthrite rhumatoïde débutante : un diagnostic précoce « urgent »	171
A. Différentes manifestations de la polyarthrite rhumatoïde débutante	172
B. Diagnostic différentiel	173
C. Explorations complémentaires	176
III. Autoanticorps	176
A. Facteur rhumatoïde	176
B. Anticorps anti-peptides citrullinés	178
C. Anticorps antinucléaires	178
IV. Évolution d'une polyarthrite rhumatoïde	178
A. Manifestations articulaires à la phase d'état	179
B. Manifestations extra-articulaires à la phase d'état : la maladie rhumatoïde	181
C. Évolution et mortalité au cours de la polyarthrite rhumatoïde	183
V. Suivi et surveillance d'un malade atteint d'une polyarthrite rhumatoïde	184
VI. Traitement de la polyarthrite rhumatoïde : principes généraux	184
A. Information et éducation du patient	185
B. Traitements médicamenteux	185
C. Traitement non médicamenteux	187
17 ► Item 123 – Psoriasis	191
I. Définition	191
II. Épidémiologie du rhumatisme psoriasique	191
III. Signes cliniques	192
A. Présentation clinique habituelle de l'atteinte articulaire	192
B. Atteinte cutanée	193
C. Manifestations extra-articulaires (sauf psoriasis)	193
IV. Examens biologiques	194
V. Étude radiologique	194
A. Caractéristiques générales	194
B. Atteinte axiale	195
C. Au pied	196
D. Aux orteils et aux doigts	196

VI. Diagnostic différentiel	196
A. Diagnostic différentiel du psoriasis	196
B. Diagnostic différentiel de l'atteinte rhumatologique	196
VII. Traitement du rhumatisme psoriasique	197
A. Traitements symptomatiques	197
B. Traitements locaux rhumatologiques	197
C. Traitements non pharmacologiques	197
D. Traitements dits « de fond »	197

18 ▶ **Item 124 – Sarcoïdose** 199

I. Définition	199
II. Manifestations rhumatologiques de la sarcoïdose	200
A. Syndrome de Löfgren	200
B. Mono, oligo ou polyarthrites aiguës	200
C. Arthropathies chroniques (exceptionnelles)	200
D. Myalgies	201
E. Atteinte osseuse	201
F. Perturbations du métabolisme phosphocalcique	201
III. Comment faire le diagnostic de sarcoïdose ?	201
A. Diagnostic de certitude	201
B. Éléments cliniques et paracliniques orientant le diagnostic	202
IV. Autres manifestations de sarcoïdose	203
A. Manifestations médiastinothoraciques (80 %)	203
B. Manifestations cutanées (20 % des cas)	204
C. Manifestations oculaires (20 % des cas)	204
D. Adénopathies périphériques	204
E. Manifestations salivaires	204
F. Manifestations cardiaques	204
G. Manifestations neurologiques	205
H. Manifestations rénales	205
I. Manifestations hépatiques et digestives	205
V. Suivi et traitement	205
A. Surveillance régulière	205
B. Abstention thérapeutique	205
C. Corticothérapie	205

XX

19 ▶ **Item 126 – Immunoglobuline monoclonale** 207

I. Électrophorèse des protides sériques	207
A. Définition	207
B. Quand faut-il faire une EPS ?	207
C. Analyse de l'EPS	208
II. Immunofixation	209
III. Dosage pondéral des immunoglobulines	209
IV. Dosage et caractérisation de la protéinurie	209
V. Anomalies des gammaglobulines	209
A. Hypogammaglobulinémie (γ -globulines < 5 g/L)	209
B. Hypergammaglobulinémie diffuse ou polyclonale	210
C. Pic d'aspect monoclonal	210

20 ▶ **Item 154 – Tumeurs des os primitives et secondaires** 213

I. Circonstances révélatrices	213
II. Bénin ou malin ?	214

III. Tumeurs primitives	215
A. Tumeurs bénignes	215
B. Tumeurs malignes	217
IV. Tumeurs secondaires	218
A. Épidémiologie	218
B. Circonstances de découverte	219
C. Diagnostic étiologique	220
D. Explorations complémentaires	221
V. Traitement des métastases osseuses	221
A. Traitement antitumoral	222
B. Traitement palliatif	222
21 ► Item 166 – Myélome multiple	224
I. Définition	224
II. Circonstances de découverte	225
III. Diagnostic	225
A. Mise en évidence de la gammopathie monoclonale (sérique et/ou urinaire)	225
B. Mise en évidence de la prolifération plasmocytaire : myélogramme	226
C. Étude du retentissement de l'Ig et de la prolifération plasmocytaire	226
IV. Signes ostéoarticulaires révélateurs	226
A. Manifestations cliniques et biologiques	227
B. Lésions radiologiques	227
C. Autres explorations par imagerie médicale	228
V. Complications du myélome multiple	229
A. Insuffisance médullaire	229
B. Complications osseuses	229
C. Infections récidivantes	229
D. Atteinte rénale	230
VI. Évolution, pronostic et surveillance	231
A. Évolution	231
B. Pronostic	231
C. Surveillance	231
VII. Traitement	232
A. Traitement antitumoral	232
B. Traitements satellites	233
VIII. Formes particulières	234
A. Syndrome « POEMS »	234
B. Plasmocytome solitaire	234
C. Autres formes	234
22 ► Item 167 – Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations	235
I. Prescription thérapeutique	236
II. Différents cadres juridiques de prescription	236
A. Médicaments inscrits sur la liste I	237
B. Médicaments inscrits sur la liste II	237
C. Médicaments inscrits sur la liste des stupéfiants (art. R. 5209 à R. 5213 du Code de la santé publique)	237
D. Médicaments à prescription particulière	238
III. Cadre réglementaire de la prescription : l'autorisation de mise sur le marché	238
IV. Recommandations professionnelles et conférences de consensus	239
V. Prescription d'un générique	239

23	▶ Item 168 – Effet placebo et médicaments placebo	241
	I. Définitions	241
	A. Placebo	241
	B. Effet placebo	241
	C. Effet nocebo	242
	II. Utilisations de l'effet placebo	242
	A. En recherche clinique	242
	B. En pratique rhumatologique quotidienne	242
24	▶ Item 169 – Évaluation thérapeutique et niveau de preuve	244
	I. Différentes approches d'évaluation de l'efficacité d'une modalité thérapeutique	244
	II. Principales sources d'information et niveaux de preuve	245
	A. Principaux types d'articles	245
	B. Types de revues médicales	246
	C. Niveaux de preuve scientifique	246
	III. Lecture critique d'une information thérapeutique	247
	IV. Limites des essais thérapeutiques	248
25	▶ Item 174 – Prescriptions et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens	250
	I. Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens	250
	A. Caractéristiques générales	251
	B. Modalités de prescription et de surveillance	254
	II. Prescription et surveillance des anti-inflammatoires non stéroïdiens	257
	A. Contexte	257
	B. Principales caractéristiques des AINS	258
	C. Modalités de prescription des AINS	262
26	▶ Item 180 – Prescription d'une cure thermale	266
	I. Définition et principe des soins thermaux	266
	II. Principales indications et contre-indications des cures thermales	267
	A. Indications	267
	B. Contre-indications	267
	III. Stations thermales à orientation rhumatologique	267
	IV. Rapports coût/efficacité et coût/utilité	268
	V. Aspect réglementaire de la prescription des cures thermales	268
27	▶ Item 182 – Accidents des anticoagulants	270
	I. Cruralgie par hématome du psoas	270
	A. Signes évocateurs d'un hématome du psoas devant une cruralgie	270
	B. Diagnostic positif	271
	II. Traitement d'un hématome musculaire par surdosage en AVK	271
	III. Infiltration articulaire périphérique et rachidienne sous antiagrégant plaquettaire ou sous AVK	272
	A. Infiltrations rachidiennes de corticoïdes	272
	B. Infiltration articulaire périphérique (corticoïde ou autre produit)	273
	IV. Reconnaître une hémarthrose et son origine iatrogène	273
	V. Interactions des AVK avec les médicaments utilisés en rhumatologie	273
	A. Associations contre-indiquées	273

	B. Associations déconseillées	273
	C. Associations nécessitant des précautions d'emploi	274
	VI. Arthropathies hémophiliques	274
28	► Item 197 – Douleur thoracique aiguë	275
	I. Généralités	275
	II. Douleur de la paroi thoracique antérieure	276
	III. Douleur thoracique latérale	277
29	► Item 215 – Rachialgies	278
	I. Cervicalgies	278
	A. Quand faut-il évoquer le diagnostic de cervicarthrose ?	279
	B. Comment faire le diagnostic de cervicalgie commune ?	281
	C. Traitement	281
	II. Dorsalgies	282
	A. Démarche diagnostique devant une dorsalgie	282
	B. Diagnostic étiologique	282
	C. Traitement	284
	III. Lombalgies	284
	A. Interrogatoire	284
	B. Examen physique	285
	C. Techniques d'imagerie du rachis lombaire	285
	D. Lombalgies communes	285
	E. Lombalgies symptomatiques	290
30	► Item 221 – Algoneurodystrophie	293
	I. Définition, épidémiologie	293
	II. Étiologie	294
	A. Traumatismes	294
	B. Causes non traumatiques	294
	III. Quand faut-il évoquer le diagnostic ?	294
	IV. Comment faire le diagnostic ?	295
	A. Signes biologiques	295
	B. Radiographie standard	295
	C. Scintigraphie osseuse	296
	D. IRM	296
	E. En pratique	296
	V. Formes cliniques	297
	A. Atteinte du membre inférieur	297
	B. Atteinte du membre supérieur	297
	VI. Éléments de physiopathogénie	297
	VII. Comment traiter ?	298
	A. Repos	298
	B. Traitement rééducatif	298
	C. Traitements médicamenteux	298
	D. Traitements préventifs	298
31	► Item 225 – Arthropathie microcristalline	300
	I. Manifestations cliniques et diagnostic des arthropathies aiguës microcristallines	300
	II. Caractéristiques étiologiques des arthropathies microcristallines	301
	A. Goutte	301

35	► Item 282 – Spondylarthrite ankylosante	332
	I. Concept de spondylarthropathie.	332
	II. Manifestations cliniques communes des spondylarthropathies.	333
	A. Syndrome pelvirachidien	333
	B. Syndrome articulaire périphérique	334
	C. Atteinte enthésopathique périphérique	334
	D. Syndrome extra-articulaire	335
	E. Critères diagnostiques.	335
	III. Différents types de spondylarthropathies	336
	A. Spondylarthrite ankylosante	336
	B. Rhumatisme psoriasique	338
	C. Arthrites réactionnelles	338
	D. Entérocolopathies inflammatoires chroniques	338
	E. Spondylarthropathies indifférenciées	338
	IV. Rôle du terrain génétique : le HLA-B27	339
	V. Enthèse et enthésopathie inflammatoire (enthésite)	339
	VI. Explorations complémentaires au cours des spondylarthropathies	340
	A. Radiographie conventionnelle	340
	B. Autres techniques d'imagerie	343
	C. Autres examens complémentaires	343
	VII. Principes généraux pharmacologiques et non pharmacologiques du traitement d'une spondylarthropathie.	344
	A. Éducation et information	345
	B. Traitement médicamenteux	345
	C. Traitements locaux	345
	D. Traitements dits « de fond ».	345
	E. Traitements non pharmacologiques	346
	F. Chirurgie	346
	VIII. Suivi d'un patient spondylarthritique	347
	A. Suivi clinique	347
	B. Suivi biologique	347
	C. Suivi radiologique.	347
	D. Pronostic à long terme	348
36	► Item 299 – Boiterie et trouble de la démarche chez l'enfant	349
	I. Démarche diagnostique devant une boiterie de l'enfant	349
	A. Examen clinique	350
	B. Examens complémentaires	350
	II. Diagnostic étiologique	350
	A. Jusqu'à 3 ans.	351
	B. De 3 à 10 ans.	351
	C. Chez l'enfant de 10 ans et plus	352
	D. À tout âge.	353
37	► Item 306 – Douleur des membres et des extrémités	355
	I. En faveur d'une origine osseuse	356
	II. En faveur d'une origine articulaire.	357
	III. En faveur d'une origine neurologique	357
	IV. En faveur d'une origine musculaire	358
	V. En faveur d'une origine vasculaire.	358
	VI. En faveur d'une douleur projetée	358

38	► Item 307 – Douleur et épanchement articulaire.	
	Arthrite d'évolution récente	361
	I. Diagnostiquer un épanchement articulaire	361
	A. Définition	361
	B. Diagnostic	362
	C. Diagnostic différentiel	362
	II. Démarche diagnostique devant une monoarthropathie avec un épanchement	363
	A. Depuis quand ?	363
	B. Où ?	363
	C. Comment ?	363
	D. Examen articulaire	367
	E. Examen général	367
	III. Méthodes de ponction des principales articulations périphériques	368
	IV. Interprétation des résultats de la ponction articulaire	369
	A. Épanchement hémorragique ou hémarthrose	369
	B. Épanchement « citrin »	370
	C. Épanchement puriforme	371
	V. Principales étiologies des arthrites récentes	372
	A. Définition	372
	B. Orientation étiologique	372
	C. Principes de l'enquête étiologique	374
39	► Item 319 – Hypercalcémie	376
	I. Définition biologique d'une hypercalcémie	376
	A. Calcémie	376
	B. Hypercalcémie	377
	II. Signes cliniques d'une hypercalcémie	377
	A. Hypercalcémie asymptomatique	377
	B. Hypercalcémie symptomatique	377
	C. Hypercalcémie majeure	378
	III. Principes du traitement d'urgence	379
	IV. Bilan paraclinique à effectuer devant une hypercalcémie	380
	V. Étiologies des hypercalcémies	380
	A. Affections néoplasiques (50 %)	380
	B. Hyperparathyroïdie primitive (40 %)	381
	C. Autres étiologies	384
40	► Item 327 – Phénomène de Raynaud	386
	I. Définition	386
	II. Diagnostic différentiel	387
	III. Épidémiologie	387
	IV. Étiologie	387
	A. Phénomènes de Raynaud secondaires	387
	B. Maladie de Raynaud	390
	V. Suivi d'un phénomène de Raynaud	390
	VI. Traitement du phénomène de Raynaud	391

Pratique

Dossiers cliniques

Questions	395
Réponses	437
Index	485