

Fiche UE11 ED1: Membres supérieur et Rachis

Sémiologie de l'atteinte articulaire en dehors du traumatisme

- **Interrogatoire:**

-Antécédent (médicaux,chirurgicaux)

-Allergies

-Traitements actuels

- Douleur: **aigue** inférieur à 6 semaines , **sub-aigues** 6 semaines à 3 mois , **chronique** au dessus de 3 mois

Localisation (Articulaires,Diaphysaires ou méthaphysaires) ? **Origine d'une instabilité** ? **Origine d'une**

impotence fonctionnelle ? Si oui , totale ou partielle ? **Circonstance de survenue** (Brutal ,Progressif,

Facteur Déclenchant) ? **Évolution** (permanente ou par poussée) ? **Rythme** (Inflammatoire ou mécanique) ?

Evaluation (via échelle de l'EVA) ? **Type** (Nociception ou Neuropathique via questionnaire DN4) ? **Quel**

médicament soulage bien la douleur (palier 1 paracetamol ,2 topalgic ,3 morphine) ?

- **Examen Clinique**

- Raideur articulaires (on demande au patient de bouger)

- Gonflement articulaire

- Déformation

- **Examen radiologique Standard** (Très facile)

Rythme de la douleur : Horaires inflammatoires ou mécanique (diapo à connaître)

	Inflammatoire	Mécanique
Intensité maxi	2ème partie de nuit	1ère partie de nuit
Sommeil	Réveille sans mouvement	Gène l'endormissement
Activité	Améliore (déroutillage matinal, durée ?)	Aggrave
Repos	Ne calme pas	Calme

ELEMENT D'ORIENTATION MAJEUR

La douleur présente t'elle les caractéristiques suivantes ?		
Brulure	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sensation de froid douloureux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Décharges électriques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La douleur est-elle associée dans la même région aux symptômes suivants ?		
Fourmillements	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Picotements	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Démangeaisons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Engourdissement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La douleur est-elle localisée dans le territoire où l'examen met en évidence		
Hypoesthésie au tact	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hypoesthésie à la pique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La douleur est elle provoquée ou augmentée par ?		
Le frottement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Questionnaire DN4 (à connaître)

L'un des premiers points à aborder on doit pouvoir ranger le patient d'emblée dans l'une de ces catégories.

Permet d'orienter la suite de la prise en charge .

Si il y a plus de oui que de non = douleur **Neuropathique** .

Mécanique tous ce qui est entorse et fractures

Inflammatoire plutôt tumorale et entorse aussi .

Sémiologie de l'épaule

Avant de palper une épaule il faut la regarder.

Complexe Articulaires : Sternoclaviculaire ,Glénohumérale , Acromioclaviculaire , Sous-acromiale, Omothoracique

Mobilités: Toujours commencer par examiner les mobilités passives
en avant Antéplusion 180°
en dehors Abduction 180°

Rotation externe 1

Rotation externe 2

Pour ANT,ABD,RE1,RE2, à faire en actif et en passif

Rotation Interne

Signes fonctionnels

Douleur (peut-être insomnante), irradiations (descendante ou ascendante) / Impotence fonctionnelles :
absolue (attitude traumatisée du mb >) ou relative (gène : mvt main-nuque, main fesse)

Déformations (œdèmes, tuméfactions) / Attitudes anormales (signe du berger = abduction irréductible) ou vicieuses (signe de l'épaulette, saillie, désaxation du mb) / Limitation des amplitudes articulaires

Etat vasculaire : Lésion artère humérale, pouls radial, pouls ulnaire, TRC < 3sec , couleur et température des téguments

Etat Neurologique :

Le nerf circonflexe = axillaire, innervation du deltoïde qui permet l'abduction si touché anesthésie du moignon du deltoïde

Ne pas mobiliser un patient avant d'avoir fait une radio il y a un risque d'aggravation d'une fracture, toujours faire la radio puis l'examen clinique.

Sémiologie du coude

Mobilités :Flexion/extension 145° ,pronation 85°,supination 90°

Signes fonctionnels : Douleur (antérieure, postérieure, externe ou interne), Impotence fonctionnelle :
absolue (attitude des traumatisés des mb>) ou relative (limitation des mobilités)

Déformations (œdème, tuméfaction hygroma), attitudes vicieuses (désaxation de face = cubitus valgus, saillie anormale de l'olécrane pour luxation)

Inspection : Repères anatomiques normaux (relief du biceps, long supinateur, gouttières bicipitales externe et interne en extension antérieure, olécrane, tête radiale, n.cubital, épitrochlée, épicondyle en flexion postérieure) / état cutané (fracture ouverte, plaie)

Etat vasculaire: lésion artère humérale, pouls radial, TRC, couleur et température des téguments (froid et blême : pb artériel , froid modéré et cyanosé = interruption veineuse)

Palpation :Points douloureux , repères osseux (épicondyle, épitrochlée, olécrane, crête cubitale) , points ligamentaires (trajets ligamentaires interne et externe)

Etat neurologique :

radial ,extension des premières phalanges, des doigts et du poignet et abduction du pouce, tester en levant le pouce .

médian , flexion des doigts et opposition du pouce , tester en faisant la pince pouce index.

ulnaire = cubital ,écartement et rapprochement des doigts en extension.

Semiologie du rachis :

Le rachis (= colonne vertébrale) est caractérisées par:

3 segments	3 mobilités	3 courbures	3 système anatomiques
<ul style="list-style-type: none"> • Rachis cervical avec 7 vertèbres • Rachis dorsale avec 12 vertèbres • Rachis lombaire avec 5 vertèbres 	<ul style="list-style-type: none"> • Cervicale • Dorsale • Lombaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Lordose cervicale • cyphose dorsale ou thoracique • lordose lombaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Colonne antérieur = discosomatique (corps et ligaments vertébraux, disques intervertébraux) • Colonne moyenne (canal rachidien qui contient la moelle épinière jusqu'en L1-L2). • Colonne postérieur (arcs postérieurs des vertèbres, articulaires postérieures, un système ligamentaire complexe).

Quelques repères:

- la 4ème vertèbre dorsale (**D4**) est en regard de l'**omoplate**
- la 7ème vertèbre dorsale (**D7**) est au niveau du **mamelon**
- la 10ème vertèbre dorsale (**D10**) est au niveau de l'**ombilic**
- les 4ème et 5ème vertèbres lombaires (**L4/L5**) sont vers **les crêtes iliaques**.

L'échelle permettant d'évaluer le déficit musculaire lors de l'examen clinique

0 = pas de contraction volontaire du tout

1= contraction visible mais sans mouvement

2= contraction + mouvement lorsque la pesanteur a été annulée

3= mouvement contre la pesanteur présent mais pas de résistance lors d'une contre pression

4= mouvement avec une faible résistance à la contre pression

5= mouvement et bonne résistance à la contre pression, le patient est sain

Lors de l'examen clinique, il est important de repérer d'éventuelles douleurs, de déterminer le muscle atteint et de le tester grâce aux réflexes.

Territoire Radiculaire	Localisation de la douleur	Muscle atteint (déficit moteur)	Réflexe à tester
C5	Épaule	Deltoïde	Bicipital
C6	Face externe du bras et de l'avant bras , jusqu'au pouce	Biceps	Stylo-radial
C7	Face postérieur du bras et de l'avant bras , jusqu'au à l'index et le majeur	Triceps	Tricipital
C8		Triceps brachial et extension du poignet	Cubito -pronateur
L3	Face antéro-intérieur de	Psoas et Quadriceps	Rotulien

	la cuisse et du genou		
L4	Face antéro-externe de la cuisse face antérieur du genou et crête tibiale	Quadriceps et Jambier antérieur	Rotulien
L5	Face-externe de la cuisse, de la jambe , pli de l'aine , cheville, dos ,pieds, et gros orteil	Moyen fessier, jambier antérieur,Péroniers latéraux, Releveur du gros orteils et commun des Orteils	
S1	Face postérieur de la cuisse, de la jambe , talon, plante de pied et derniers Orteils	Grand Fessiers, Triceps et fléchisseurs des orteils	Achilléen

Différence lumbago, lombalgie chronique et sciatique :

Lumbago = Lombalgie aiguë discale	Lombalgie chronique	Lombosciatique
<ul style="list-style-type: none"> le sujet jeune survenue brutale de la douleur douleur mécanique au niveau du lombaire bas, en barre, et qui va irradiée plus ou moins à la face postérieure de la cuisse douleur impulsive à la toux et à la défécation présence d'un facteur déclenchant provoqué par une extension contrarié du rachis un syndrome rachidien avec la présence d'une attitude antalgique une contracture musculaire para-vertébrale à la palpation et un indice de Schober asymétrique signes négatifs: absence de fièvre pas besoin d'examen complémentaires Traitements : <ul style="list-style-type: none"> -prescription d'antalgiques -AINS et de myorelaxants -des séances de kinésithérapie afin de renforcer la ceinture musculaire lombaire (à 1 semaine) des séances de balnéothérapie -Pas d'arrêt de travail si possible 	<ul style="list-style-type: none"> lombalgie de durée supérieure à 3 mois Pas de début brutal Souvent sans facteur déclenchant Sujet « âgé » présentant un rachis dégénératif présentant de l'arthrose -retentissement sociologique et socio-professionnel examens complémentaires nécessaires avec une biologie normale (Crp, Numération) et une radio permettant d'éliminer un tassement vertébral et une lyse osseuse et mettant en évidence les pincements discaux -Au niveau du traitement, on aura une prise en charge globale au niveau organique, médico-social et psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> mêmes signes qu'un lumbago + une radiculalgie avec une atteinte des racines en L5 (au dessus) ou S1 (en dessous) + signe de Lasègue + du signe de la sonnette. <u>on recherche :</u> <ul style="list-style-type: none"> - un déficit sensitivo-moteur (opération en urgence ou corticoïdes si ce signe est présent - une abolition des réflexes ostéo-tendineux - un syndrome pyramidal - un syndrome de la queue de cheval. - forme particulière de la lombalgie : c'est la lombocruralgie lorsque la racine L4 est atteinte . <ul style="list-style-type: none"> pas besoin d'examens complémentaires au début traitements prescrits : <ul style="list-style-type: none"> - Repos sans arrêt de travail si possible - Antalgique et AINS - Si échec : on réalise une infiltration radioguidé dans l'espace où le disque est infiltré pour essayer de diminuer l'inflammation et libérer la racine. - Si nouveau échec : on fait une chirurgie et on enlève le disque, résultats assez médiocre.