

Fiche UE11 cours 6 : Sémiologie du rachis

Anatomie :

Le rachis est divisé en 3 segments :

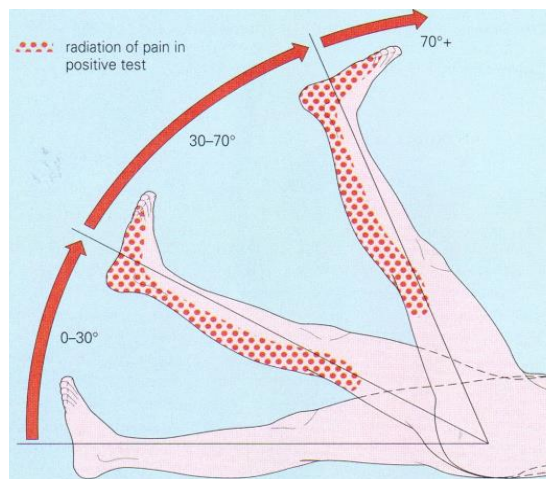
- le **rachis cervical** avec 7 vertèbres cervicales, une lordose cervicale, les racines se situent juste au-dessus de la vertèbre correspondante sauf la racine C8 qui sort sous la vertèbre C7
- le **rachis dorsale** ou thoracique avec 12 vertèbres thoraciques ou dorsales, une cyphose thoracique.
- le **rachis lombaire** avec 5 vertèbres lombaires, une lordose lombaire.

Le rachis peut également être divisé en 3 systèmes anatomiques :

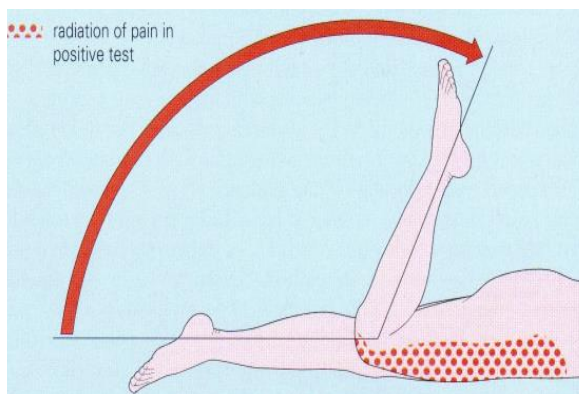
- Colonne vertébrale antérieure constituée des corps vertébraux et des disques intervertébraux. Ces disques sont constitués de fibrocartilage et ont pour but d'absorber les chocs et de conférer une résistance mécanique au rachis. En cas de sailli du disque on parlera d'hernie.
- La colonne vertébrale moyenne correspond au canal rachidien qui contient la moelle épinière jusqu'en L1-L2. En dessous on trouve la queue de cheval.
- La colonne vertébrale postérieure est représentée par les arcs postérieurs des vertèbres qui sont composés par les lames, les pédicules, les apophyses transverses sur les côtés, l'apophyse épineuse en arrière et les articulaires postérieures qui permettent à la vertèbre de s'articuler avec la vertèbre du dessus. Au niveau du rachis postérieur on a aussi un système ligamentaire complexe.

A l'examen clinique, on distingue deux signes lors des manœuvres d'étirement :

- Le signe de Lasègue : On étire la jambe du patient vers le haut alors que celui-ci est en décubitus dorsal. Si cela provoque une douleur alors le signe est positif et il peut impliquer une hernie discale.



- Le signe de Léri : Même principe que Lasègue mais le patient est en décubitus ventral et on lui étire la jambe vers le haut en flexion/extension.



Par la suite, on peut évaluer la force musculaire sur des critères qui vont de 0 à 5 (à connaître +++):

- 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. *Le tableau suivant est (selon la prof) à connaître par cœur :*

Territoire radiculaire	Localisation de la douleur	Muscle atteint (déficit moteur)	Réflexe à tester
C5	Epaule	Deltoïde	Bicipital
C6	Face externe du bras et de l'avant bras, jusqu'au pouce	Biceps	Stylo-radial
C7	Face postérieure du bras et l'avant bras, jusqu'à l'index et le majeur	Triceps brachial et extenseurs du poignet	Tricipital
C8		Muscles intrinsèques de la main	Cubito-pronateur
L3	Face antéro-interne de la cuisse et du genou	Psoas et Quadriceps	Rotulien
L4	Face antéro-externe de la cuisse, face antérieure du genou et crête tibiale	Quadriceps et Jambier antérieur	Rotulien
L5	Face externe de la cuisse, de la jambe, pli de l'aîne, cheville, dos, pied, et gros orteil	Moyen fessier, Jambien antérieur, Péroniers latéraux, Releveur du gros orteil et commun des orteils	
S1	Face postérieure de la cuisse, de la jambe, talon, plante de pied et derniers orteils	Grand Fessier, Triceps, et fléchisseurs des orteils	Achilléen

Les syndromes neurologiques :

TETREAPLEGIE	PARAPLEGIE
<ul style="list-style-type: none"> - secondaire à une atteinte cervicale - disparition de la motricité volontaire et du tonus musculaires - disparition des réflexes ostéo-tendineux et bulbocaverneux - si lésion au-dessus de C4: il y aura une atteinte respiratoire centrale - si lésion au-dessus de C2 : il y aura une atteinte des paires crâniennes IX, X, XI avec une possible paralysie faciale en plus des problèmes précédents 	<ul style="list-style-type: none"> - secondaire à une atteinte en dessous de C7 - disparition de la motricité volontaire et du tonus musculaire - disparition des réflexes sous la lésion -possible atteinte respiratoire selon le niveau - La topographie est déterminée par l'examen clinique

Différence lumbago, lombalgie chronique et sciatique : (à connaître +++)

Lumbago	Lombalgie chronique	Lombosciatique
<ul style="list-style-type: none"> - sujet jeune avec survenue brutale de la douleur - facteur déclenchant identifié due à une extension contrariée du rachis - douleur mécanique lombaire basse, en barre pouvant irradier à la face postérieure de la cuisse - douleur impulsive à la toux et la défécation - attitude antalgique, contracture musculaire paravertébrale et indice de Schober asymétrique. - signes négatifs : absence de fièvre, absence de douleur au niveau du genou et examen neuro normal - pas d'examen complémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> - lombalgie de durée supérieure à 3 mois - Pas de début brutal et 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 et une radio permettant d'éliminer un tassement vertébral et une lyse osseuse et mettant en évidence les pincements discaux 	<ul style="list-style-type: none"> - mêmes signes que le lumbago - radiculaire en plus avec atteinte de L5 ou S1 - signe de Lasègue ou signe de la sonnette - déficit sensitivo-moteur ? (si oui urgence +++) - abolition des réflexes ostéo-tendineux - syndrome pyramidal - syndrome de la queue de cheval s'arrêtant à la mi-cuisse -pas d'examen complémentaire effectué au début <p>On parle de lombocruralgie lorsque la racine L4 est atteinte.</p>

