

POIGNET

&

MAIN

• **Pr PASCAL GUGGENBUHL, Dr JEAN-DAVID ALBERT, Dr RONAN HOUITTE**

- Université Rennes 1
- Rhumatologie, CHU Hôpital Sud, Rennes

• **Dr JÉRÔME RENOUX**

- Radiologie générale, GH Pitié-salpêtrière, Paris



SOMMAIRE

I – EXAMEN PHYSIQUE

I.1 – Interrogatoire

I.1.1 – Symptôme(s)

I.1.2 – Signes et symptômes associés

I.2 – Inspection des faces dorsales et palmaires

I.2.1 – Déformation, un œdème, une tuméfaction

I.2.2 – Érythème ou une acrocyanose

I.2.3 – Amyotrophie

I.2.4 – Lésions cutanées et unguéales

I.2.5 – Hypocratisme digital

I.2.6 – Tophus goutteux, nodules rhumatoïdes

I.3 – Palpation

I.3.1 – Principaux repères anatomiques

I.3.1.1 - *Le poignet*

- Structures osseuses
- Structures stabilisatrices
- Structures musculo-tendineuses
- Mobilité globale du poignet

I.3.1.2 - *La main*

- Structures osseuses
- Structures stabilisatrices
- Structures musculo-tendineuses

I.3.1.2 - *Les vaisseaux et nerfs*

- Artères radiale et ulnaire
- Innervation radiculaire
- Innervation tronculaire

I.3.2 – La palpation permet d’apprécier

I.4 – Mobilisation

I.5 – Analyse de la fonction

I.6 – Manœuvres spécifiques

I.6.1 – Syndrome du canal carpien

I.6.2 – Ténosynovite sténosante du pouce

I.6.3 – En cas de trouble vasculaire

I.7 – Examen clinique général

II – EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES

II.1 – Examens biologiques

II.2 – Examens morphologiques - Imageries

III.2.1 – Imagerie de 1^{ère} intention

III.2.2 – Imagerie de 2^{ème} intention

II.3 – Exploration électrophysiologique

II.4 – Echographie-Doppler

III – SYMPTÔMES & SYNDROMES

III.1 – Urgences diagnostiques et thérapeutiques

III.2 – Présence d’une symptomatologie neurologique

III.3 – Phénomène de Raynaud

III.4 – Hippocratisme digital

III.5 – Maladie de Dupuytren

III.6 – Arthrose digitale

III.7 – Rhumatismes inflammatoires

III.8 – Atteintes des tendons et de leur gaine

I.1 – Interrogatoire

- Il cherche à préciser :

I.1.1 – Symptôme(s)

- Douleur, impotence fonctionnelle, phénomène de ressaut dynamique d'un doigt, paresthésies, troubles vasomoteurs (froideur, chaleur, hypersudation).
- Topographie exacte de la douleur, des paresthésies et/ou des troubles vasomoteurs (articulations des poignets, métacarpophalangiennes, interphalangiennes proximales, ou distales), distribution unie ou bilatérale.
- Mode et circonstances de survenue : début brutal ou progressif, contexte traumatique ou d'hypersollicitation.
- Horaire inflammatoire ou mécanique de la douleur, présence d'un éventuel déverrouillage matinal prolongé (doigts 1, 2, 3, ou 4, 5), douleurs de type neuropathique ou par excès de nociception.

I.1.2 – Signes et symptômes associés

- Signes généraux (fièvre, anorexie, asthénie).
- Symptômes associés (symptômes ostéoarticulaires ou neurologiques des membres inférieurs, du rachis, dermatose, symptômes cardio-pulmonaires, uro-digestifs, ophtalmologiques).

I.2 – Inspection des faces dorsales et palmaires du poignet et de la main

- Recherche de manière comparative :

I.2.1 – Déformation, un œdème, une tuméfaction



Bride palmaire avec flexion métacarpo-phalangienne de D5



Déformation ulnaire en coup de vent



Tuméfaction diffuse de la main au cours d'une arthrite aiguë



Gonflement articulaire de la 2^e MCP et 3^e IPP au cours d'une PR débutante



Tuméfaction localisée correspondant à un kyste synovial dorsal du poignet

I.2.2 – Érythème ou une acrocyanose



Acrocyanose diffuse bilatérale

I.2.3 – Amyotrophie



Amyotrophie de la main



Amyotrophie de la 1^{ère} commissure associée à une déformation du pouce adductus à type d'adduction du 1^{er} rayon au cours d'une rhizarthrose



I - EXAMEN PHYSIQUE

I.2.4 – Lésions cutanées et unguéales

I.2.5 – Hypocratisme digital qui associe :

- un aspect en verre de montre des ongles,
- une tuméfaction distale des doigts en baguette de tambour.

I.2.6 – Tophus goutteux, nodule rhumatoïde



Purpura



Psoriasis palmaire



Psoriasis unguéal



Hypocratisme digital



Tophus goutteux sous-cutané de l'index inter-osseux (MCP 2, 3 ; carpe)



Nodules rhumatoïdes

I - EXAMEN PHYSIQUE

I.3 – Palpation

I.3.1 – Principaux repères anatomiques

I.3.1.1 - *Le poignet*

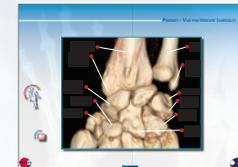
- Le complexe articulaire du poignet comprend les articulations radio-carpienne, médio-carpienne, et radio-ulnaire distale.

- **Structures osseuses**

- L'extrémité distale du radius et le disque articulaire radio ulnaire s'articulent avec les os de la première rangée du carpe constituant l'articulation radio carpienne (os naviculaire, lunatum, triquetrum) et l'extrémité distale de l'ulna (articulation radio-ulnaire distale).
- Les os de la première rangée du carpe s'articulent avec la 2^e rangée (trapèze, trapèzoïde, capitatum, hamatum), qui répond aussi à la base des métacarpiens (interligne carpo métacarpien).

- **Structures stabilisatrices**

- La capsule articulaire est renforcée par les ligaments intrinsèques (interosseux inter carpiens), les ligaments radio carpiens palmaire et dorsal, ligaments colatéral ulnaire et radial, les ligaments carpo métacarpiens palmaire et dorsal (et latéral pour le pouce).
- Les tendons longs abducteurs du pouce et fléchisseur et extenseur ulnaire du carpe extenseur renforcent les ligaments collatéraux.



Poignet - Postérieure (dorsale)



Poignet - Profil



Poignet - Postérieure (dorsale)

I - EXAMEN PHYSIQUE



Poignet - Postérieure (dorsale)



Poignet - Profil

• **Structures musculo tendineuses**

- Les tendons extenseurs cheminent sous le rétinaculum des extenseurs à la face dorsale du poignet et sont entourés d'une gaine synoviale.
- Les tendons fléchisseurs cheminent dans leur gaine synoviale (à l'exception du fléchisseur ulnaire du carpe, et du long palmaire) à la face palmaire du carpe sous le rétinaculum des fléchisseurs qui délimite en superficie le canal carpien.

• **Mobilité globale du poignet**

- Elle résulte de la mobilité des articulations radio et médio carpiennes, et des déplacements relatifs des os de la première rangée du carpe.
- La flexion-extension se déroule davantage dans l'articulation radio carpienne, l'abduction-adduction davantage dans l'articulation médiocarpienne. L'amplitude en flexion est de 80°, en extension active de 50°, passive de 90°. L'abduction est d'environ 15°, l'adduction d'environ 40°.
- L'articulation radio-ulnaire distale participe essentiellement à la prono-supination.
- L'articulation carpo-métacarpienne du pouce permet des mouvements de flexion-extension (amplitude de 50°) et d'abduction-adduction (amplitude 60°).
- L'opposition du pouce et des autres doigts résulte de la combinaison des mouvements élémentaires de la colonne du pouce et des doigts longs.



I.3.1.2 - La main

• **Structures osseuses**

- Les chaînes digitales sont appendues aux métacarpiens et composées des trois phalanges (deux pour le pouce), et trois articulations (métacarpo-phalangienne, interphalangienne proximale et distale).

• **Structures stabilisatrices**

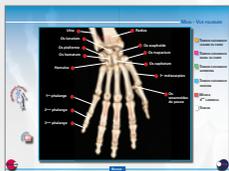
- Ces articulations sont stabilisées par des éléments passifs (plaque palmaire, capsule, ligaments) antérieurs et latéraux.

• **Structures musculo tendineuses**

- Les muscles de la main et des doigts sont pour la plupart polyarticulaires et divisés en extrinsèques qui ont leurs corps musculaires situés dans l'avant-bras, et intrinsèques qui ont leurs insertions proximales et distales situées dans la main.
- Les extrinsèques permettent une mobilité globale en flexion-extension des doigts. Les intrinsèques sont les interosseux et les lombricaux qui par leurs connexions avec les extrinsèques participent à la flexion-extension, et permettent l'abduction-adduction des doigts, la rotation axiale et l'opposition du pouce et du cinquième rayon.



Main - Profil



Main - palmaire



VIDÉO



Main - Palmaire



Main - Palmaire



VIDÉO

I.3.1.3 - Les vaisseaux et nerfs

• **Artères radiale et ulnaire**

• L'artère radiale est palpée dans la gouttière du pouls, l'artère cubitale en dehors du pisiforme. Elles se rejoignent pour former les arcades palmaires superficielle et profonde.

• **Innervation radiculaire**

• Le dermatome C6 est constitué des faces palmaires et dorsales de l'éminence thénar et du pouce, C7 des faces palmaires et dorsales de l'index et du médium, C8 des deux derniers doigts.

• **Innervation tronculaire**

• **Nerf médian** : il innerve la peau de la face palmaire de la main, de la partie médiale de l'éminence thénar (rameau palmaire naissant en amont du canal carpien), des trois premiers doigts, de la moitié radiale du quatrième, la face dorsale des phalanges distales de l'index et du majeur, la moitié radiale de celle de l'annulaire.

• La branche motrice innerve les muscles thenariens (court abducteur, opposant, faisceau superficiel du court fléchisseur du pouce).

• **Nerf ulnaire** : innerve la peau de la moitié médiale de la face dorsale de la main (rameau cutané dorsal se séparant à l'avant-bras), de la face dorsale de l'auriculaire, de la phalange proximale de l'annulaire et de la moitié ulnaire de ses deux phalanges distales.



Main - palmaire



Main - Dorsale



Main - palmaire



Main - Dorsale



Main - palmaire

I - EXAMEN PHYSIQUE

- Ses branches motrices distales innervent les muscles hypothénariens, interosseux, l'adducteur du pouce et les troisièmes et quatrièmes lombricaux ulnaires.
- **Nerf radial** : la branche antérieure véhicule la sensibilité de la partie supéro latérale de l'éminence thénar, de la moitié latérale de la face dorsale de la main, et de la première phalange du médius, de la face dorsale du pouce et de la première phalange de l'index.
- La branche superficielle exclusivement sensitive innerve la peau thénarienne, la face dorsale de la phalange proximale du pouce, de l'index et la moitié de celle du médius. La branche profonde, essentiellement motrice innerve les muscles extenseurs des doigts, et longs abducteurs du pouce ; le nerf interosseux dorsal postérieur innerve la face dorsale du carpe.

I.3.2 – La palpation permet d'apprécier :

- la température cutanée,
- la qualité du revêtement cutané des doigts (sclérodactylie : aspect momifié des extrémités avec rétraction des téguments et disparition des reliefs cutanés),
- un épaissement de l'aponévrose palmaire (corde de la maladie de Dupuytren),
- les pouls, le temps de recoloration cutanée,
- la présence de nodule sous-cutané (examiner aussi les faces d'extension des avant-bras),



Sclérodactylie



I - EXAMEN PHYSIQUE

- la sensibilité superficielle comparative (effleurement, discrimination de 2 points (normale = 6 mm),
- la structure douloureuse : osseuse, articulaire ou tendineuse,
- un épaissement des gaines des tendons,
- la présence de synovite : tuméfaction molle des articulations à la palpation bi manuelle, élément essentiel du diagnostic des rhumatismes inflammatoires.



Téno-synovite de l'extenseur ulnaire du carpe



Téno-synovite des fléchisseurs



Détection d'une synovite du poignet



Détection d'une synovite des doigts
(remerciement G. Chales)



Gonflement articulaire de la 2° MCP et 3° IPP au cours d'une PR débutante

I.4 – Mobilisation

- L'étude des mobilités active et passive doit être globale (ouverture-fermeture de la main) et analytique (articulation par articulation).
- Il faut pouvoir préciser le cas échéant l'origine articulaire (mobilités actives et passives limitées) ou neurologique (mobilité passive normale) d'une limitation. Les tendons sont évalués en demandant au patient des contractions contre résistance.
- Un phénomène de ressaut tendineux peut-être observé :
 - *il est demandé au patient de fléchir puis d'étendre activement les doigts. Le doigt atteint est bloqué en flexion, il s'étend avec un effort supplémentaire et un ressaut apparent.*
- Une hyperlaxité est recherchée.

I.5 – Analyse de la fonction

- La pince de force peut-être appréciée en demandant au patient de saisir dans sa main deux doigts de l'examineur.
- La pince de précision est appréciée en demandant au patient de saisir un petit objet entre pouce et index.



I.6 – Manœuvres spécifiques

I.6.1 – En cas de syndrome du canal carpien (neuropathie périphérique de compression du nerf médian dans le canal carpien)

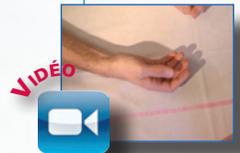
- Les manœuvres de provocation cherchent à reproduire des paresthésies dans le territoire du nerf médian :
 - manœuvre de Phalen : flexion forcée des poignets pendant 60s,
 - signe de Tinel : percussion du poignet en regard du pli palmaire distal.

I.6.2 – Dans la ténosynovite sténosante du long abducteur et du court abducteur du pouce (maladie de De Quervain)

- La manœuvre de Finkelstein réveille la douleur du patient sur le trajet tendineux à l'extrémité distale du radius et au bord radial du poignet. Elle est réalisée passivement en associant flexion de l'interphalangienne et de la métacarpophalangienne du pouce et adduction du poignet.

I.6.3 – En cas de trouble vasculaire

- La perméabilité des artères radiales et ulnaires peut-être appréciée par le test d'Allen.



I - EXAMEN PHYSIQUE

- Le patient surélève sa main et ferme son poing, l'examineur comprime les artères radiales et ulnaires, et le patient ouvre et ferme son poing jusqu'au blanchiment de la peau. L'examineur décomprime une seule artère et observe le temps de recoloration de la peau de manière comparative avec la main controlatérale, puis réitère la manœuvre avec l'autre axe artériel. Le temps de recoloration est allongé en cas d'anomalie de la perméabilité artérielle.



I.7 – Examen clinique général

- Il est fondamental de réaliser un examen physique global en cas de suspicion de pathologie systémique, qui peut être révélée par les symptômes ou l'examen clinique de la main et du poignet.
- Il faut aussi systématiquement envisager la possibilité d'une symptomatologie dont l'origine est à distance de la main, en particulier cervicale (radiculopathie) et cervicothoracique (syndrome de la traversée thoracobrachiale : compression dynamique artérielle et du plexus cervical inférieur dans le défilé interscalénique ou l'espace costo-claviculaire).

III - LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- **Guidés par les données de l'interrogatoire et de l'examen physique, ils permettent de tester les hypothèses diagnostiques formulées.**

III.1 – Examens biologiques

- Les explorations biologiques sont demandées en fonction des hypothèses diagnostiques.
- Devant un tableau inflammatoire aigu, une ponction articulaire est indiquée afin de documenter une origine infectieuse ou microcristalline.
- La recherche d'auto-anticorps (anti nucléaires, anti CCP, facteurs rhumatoïdes) est proposée face à un tableau d'arthralgie d'horaire inflammatoire, en particulier en présence de synovite.

II - LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

III.2 – Examens morphologiques - Imageries

III.2.1 – Imagerie de 1^{ère} intention

- **Radiographies standard**

- L'exploration radiologique de la pathologie articulaire repose sur la radiographie standard.
- Les clichés de poignet et mains de face sont le plus souvent suffisants en dehors de la pathologie traumatique. Dans ce dernier cas, des incidences spécifiques sont souvent nécessaires (selon le cas profil de poignet, incidence du scaphoïde).

- **On recherche des signes d'arthropathie inflammatoire ou dégénérative, des calcifications (ligamentaires, articulaires, sous-cutanées).**

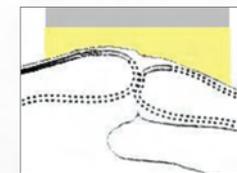
III.2.2 – Imagerie de 2^{ème} intention

- **Échographie ostéo-articulaire**

- L'échographie a pour intérêt l'analyse des structures synoviales et tendineuses en particulier en cas de doute clinique sur la présence d'une synovite, d'une ténosynovite.



Main et Poignet -
Face



Position de la
sonde sur l'articu-
lation métacarpo-
phalangienne



Articulation méta-
carpophalangienne
dorsale - coupe
longitudinale

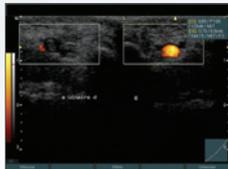
II - LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

II.3 – Exploration électrophysiologique

- **Électromyogramme, vitesses de conduction nerveuse sont utiles pour caractériser une neuropathie (type, sévérité).**

II.4 – Echographie-Doppler

- **L'échographie doppler est l'examen de première intention de la pathologie vasculaire. La capillaroscopie est indiquée en cas de phénomène de Raynaud pour rechercher des signes de micro angiopathie organique dans le cadre d'une sclérodermie systémique.**
- **Elle permet de confirmer une suspicion de thrombose artérielle, de compression dynamique dans la traversée thoracobrachiale.**



Thrombose de l'artère ulnaire

III - RÉSUMÉ SYNDROMIQUE ET HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

- **Au terme de l'étape clinique, la synthèse des informations de l'interrogatoire et de l'examen physique permet de caractériser différentes situations pathologiques.**

III.1 – Urgences diagnostiques et thérapeutiques

- **Dans un contexte traumatique, une fracture doit être recherchée.**
- **Devant une mono ou oligo arthrite ou une ténosynovite aiguë, une cause infectieuse doit toujours être évoquée et prise en charge en urgence. Une origine microcristalline (goutte, rhumatisme à microcristaux de pyrophosphate de calcium, plus rarement d'hydroxyapatite) doit aussi être recherchée.**
- **Des troubles vasculaires aigus font évoquer entre autres une artériopathie, une maladie cardio emboligène, justifiant des explorations spécialisées en urgence.**
- **Un déficit neurologique d'apparition récente doit être pris en charge en urgence (accident vasculaire cérébral ou radiculopathie déficitaire).**



Arthrite aiguë du poignet

III - RÉSUMÉ SYNDROMIQUE ET HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

III.2 – Présence d'une symptomatologie neurologique (douleurs neuropathiques, paresthésies, troubles de sensibilité) fait évoquer en fonction de la topographie et de l'association à d'autres signes ou symptômes

- Un syndrome canalaire (syndrome du canal carpien comprimant le nerf médian au poignet et syndrome du nerf ulnaire au coude sont les plus fréquents).
- Une névralgie cervicobrachiale, qui associe un syndrome cervical (douleur et raideur cervicale) au syndrome radiculaire (douleur et paresthésies, déficit sensitif, moteur et réflexe de distribution radiculaire).
- Un syndrome de la traversée thoracobrachiale, qui associe douleurs du membre supérieur, paresthésies généralement des doigts 4 et 5, fatigabilité et froideur distale.
- La présence de symptômes neurologique aux quatre membres doit faire rechercher une polyneuropathie.

III.3 – Phénomène de Raynaud

- Il est caractérisé par une acrocyanose brutale d'un ou plusieurs doigts, survenant au froid (alors que l'erythermalgie est un acrosyndrome vasculaire paroxystique au chaud).
- Unilatéral, il fait rechercher une cause locorégionale (syndrome du canal carpien, syndrome du défilé thoracobrachial, thrombose ou anévrisme de l'artère ulnaire).

III - RÉSUMÉ SYNDROMIQUE ET HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

- **Bilatéral, il fait rechercher notamment une connectivite (association à une sclérodactylie, des arthralgies inflammatoires, des synovites, un syndrome sec, une vascularite, une cause professionnelle (maladie des engins vibrants), une cause toxique ou médicamenteuse.**

III.4 – Hippocratisme digital

- **L'hippocratisme digital se caractérise par un bombement indolore des ongles en « verre de montre » ; la phalangette est plus épaisse au niveau de la base de l'ongle que de l'articulation interphalangienne.**
- **À l'extrême, le doigt peut prendre la forme d'une « baguette de tambour ».**
- **Il s'observe dans de nombreuses maladies telles que maladies respiratoires chroniques, cardiopathies cyanogènes, maladies inflammatoires du tube digestif ou encore lors de maladies hépatiques. Il existe des formes familiales.**

III.5 – Maladie de Dupuytren

- **Elle est caractérisée par une fibrose rétractile de l'aponévrose palmaire.**
- **La fibrose entraîne l'épaississement et la rétraction de l'aponévrose palmaire et digitale et aboutit à la formation de brides fibreuses palpées sous la peau :**



Syndrome de Raynaud



Hippocratisme digital



Maladie de Dupuytren

III - RÉSUMÉ SYNDROMIQUE ET HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

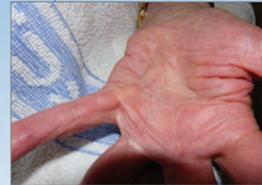
- les brides palmaires entraînent une flexion des articulations métacarpophalangiennes,
- les brides digitales (l'atteinte digitale pure est rare) entraînent une flexion des articulations interphalangiennes proximales et parfois distales.

• Ces brides s'associent à des nodules sous-cutanés et à des ombilications cutanées. Les tendons fléchisseurs sont indemnes (flexion passive et active conservée).

- Les doigts les plus fréquemment touchés sont par ordre de fréquence décroissante :
 - D4, D5, D3, D1, D2.

III.6 – Arthrose digitale

• L'arthrose digitale est caractérisée par des douleurs d'horaire mécanique ou mixte des articulations des doigts intéressant la base du pouce (rhizarthrose), les articulations interphalangiennes proximales et distales, ainsi que par des déformations caractéristiques (nodosités de Bouchard et Heberden).



Maladie de Dupuytren



Bride palmaire avec flexion métacarpo-phalangienne de D5



Nodosités d'Heberden



Nodosités de Bouchard

III - RÉSUMÉ SYNDROMIQUE ET HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

III.7 – Rhumatismes inflammatoires

- Les rhumatismes inflammatoires se manifestent par des arthralgies de rythme inflammatoire, des synovites, et des ténosynovites.
- L'atteinte bilatérale et globalement symétrique des poignets, articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales évoque la polyarthrite rhumatoïde.
- Une atteinte asymétrique incluant les articulations interphalangiennes distales fait évoquer un rhumatisme psoriasique, de même qu'un aspect de dactylite (tuméfaction inflammatoire globale d'un doigt prenant un aspect de doigt en « saucisse »).

III.8 – Atteintes des tendons et de leur gaine

- Elles peuvent relever, comme les atteintes articulaires, de causes inflammatoires, mais aussi être la conséquence de microtraumatismes répétés. Par exemple :

- **la ténosynovite sténosante du long abducteur et du court abducteur du pouce (maladie de De Quervain) :**

- elle est responsable de douleur du bord radial du poignet, reproduite par la manœuvre de Finkelstein, avec une tuméfaction locale.



Ténosynovite des fléchisseurs



Ténosynovite des l'extenseur ulnaire du carpe



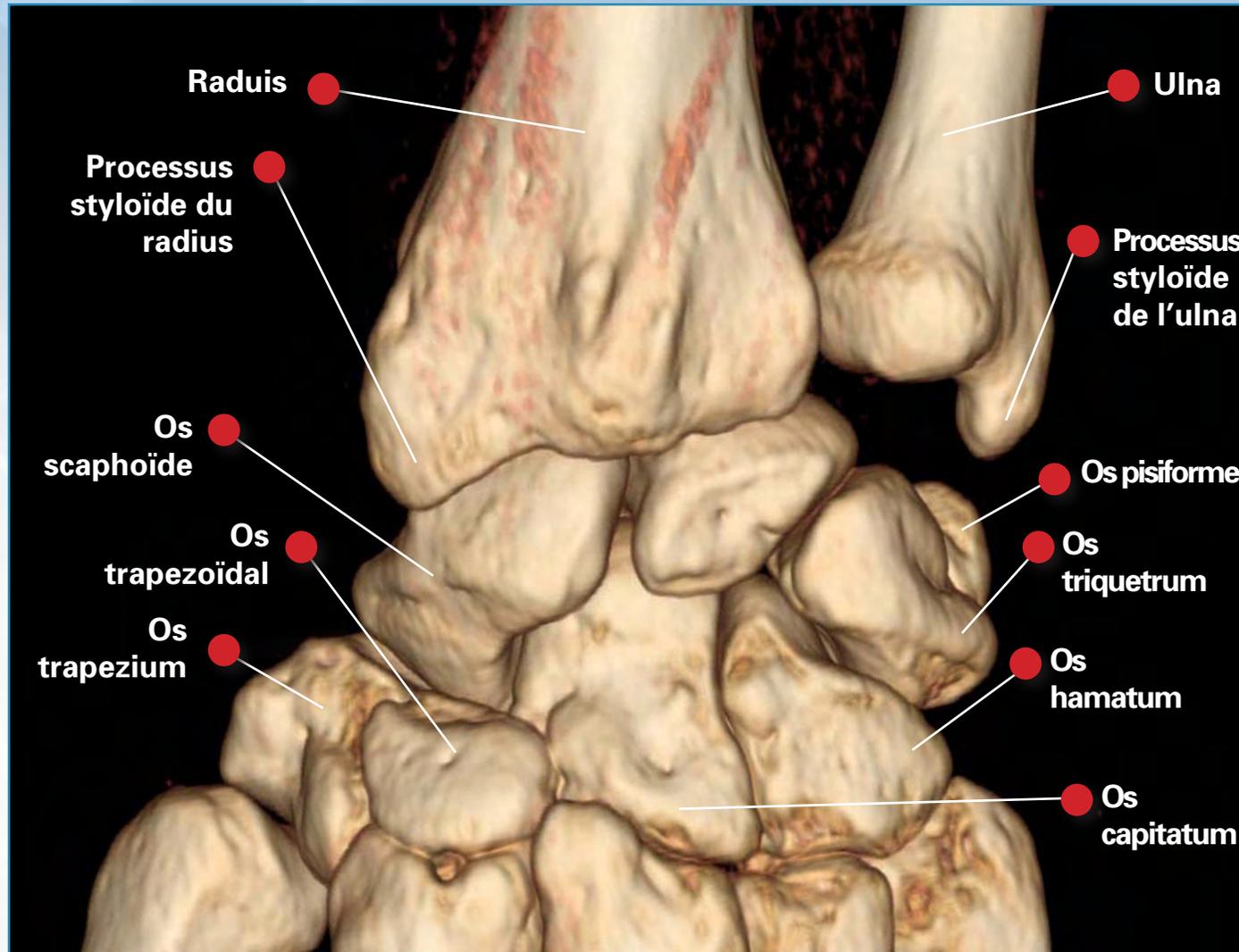
© www.illustration.com - Hockberg et al (eds)

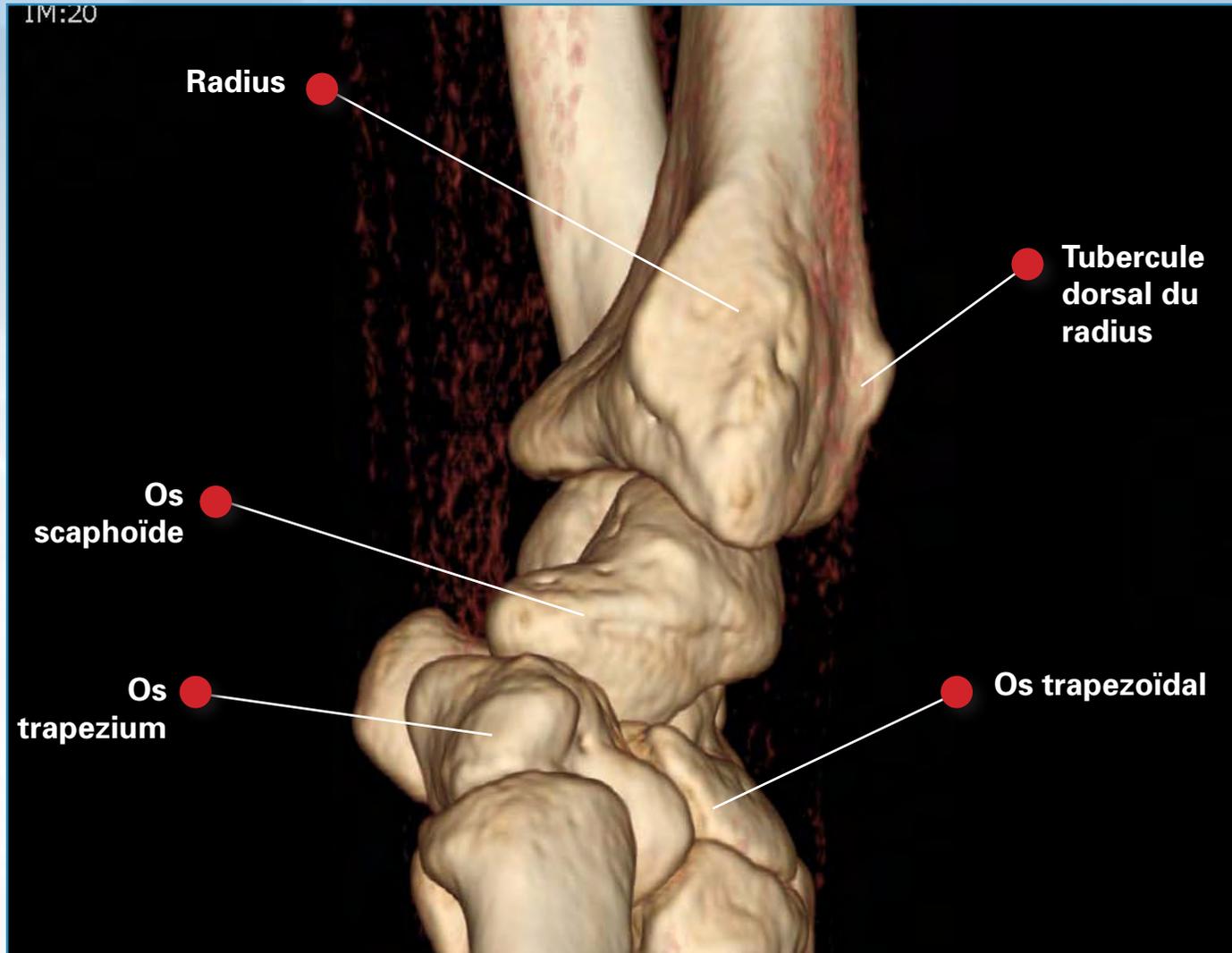
III - RÉSUMÉ SYNDROMIQUE ET HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

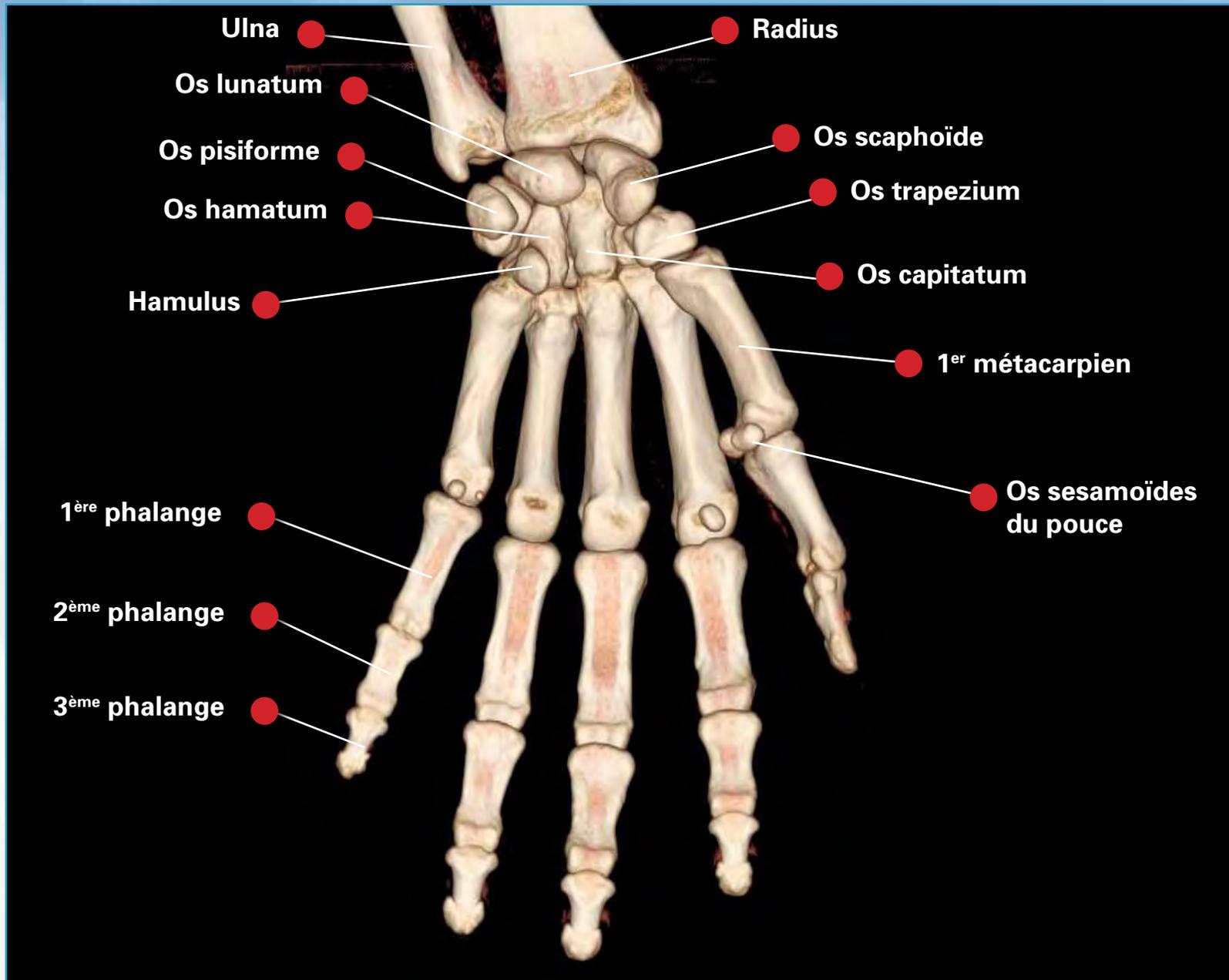
- **le doigt à ressaut :**

- il est caractérisé par un défaut de coulissement des tendons fléchisseurs d'un (ou plusieurs) doigt(s) qui « accroche » sous la poulie A1 (en regard de l'articulation métacarpophalangienne) lors de l'extension active depuis la position de flexion maximale.











■ **LONG ABDUCTEUR
DU POUCE**

■ **COURT EXTENSEUR
DU POUCE**

■ **LONG EXTENSEUR
RADIAL DU CARPE**

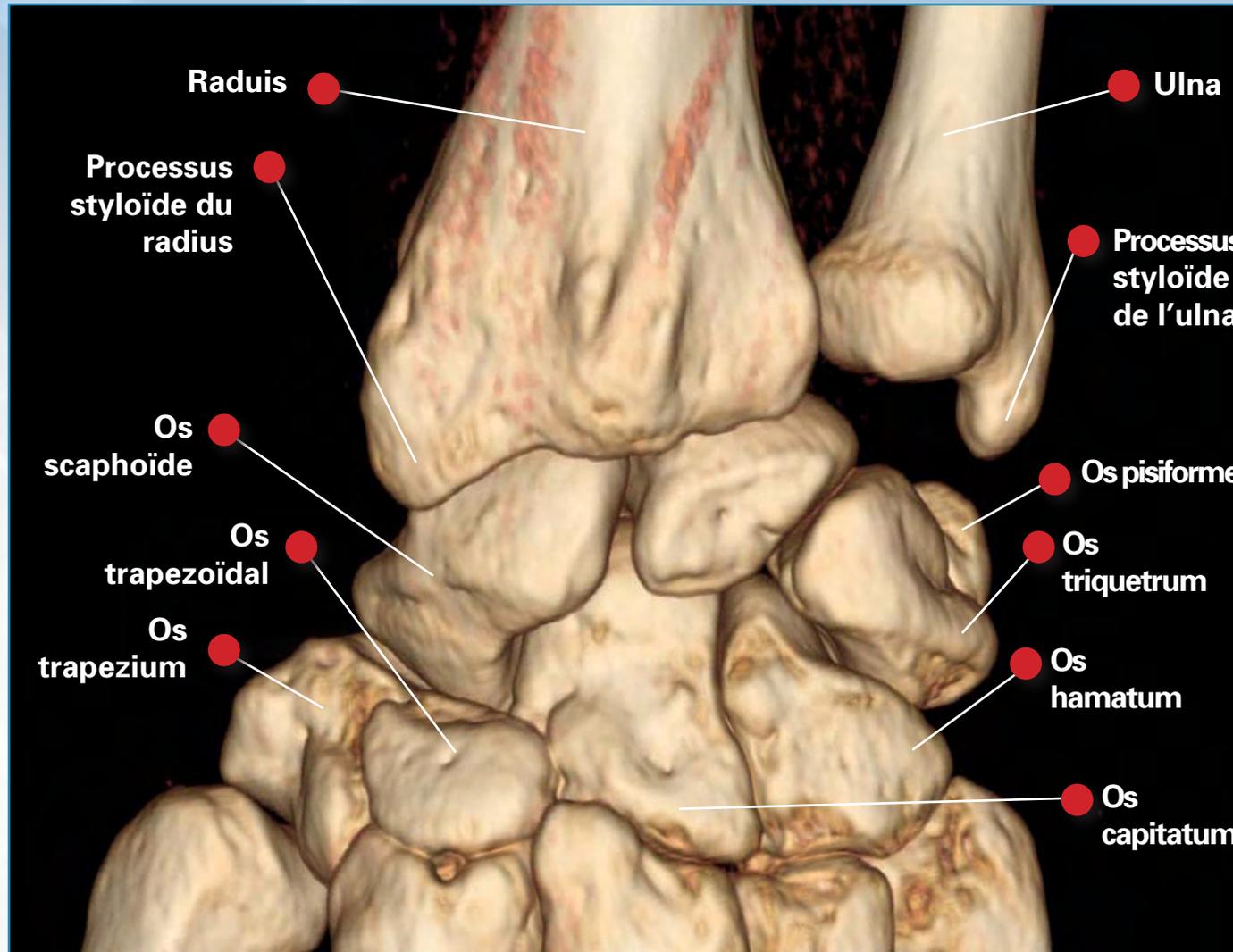
■ **COURT EXTENSEUR
RADIAL DU CARPE**

■ **LONG EXTENSEUR
DU POUCE**

*(Le long extenseur du
pouce passe au-dessus des
extenseurs radiaux)*



POIGNET - VUE POSTÉRIEURE (DORSALE)



LIGAMENT COLATÉRAL ULNAIRE

LIGAMENTS INTERCARPIENS

LIGAMENT COLATÉRAL RADIAL

LIGAMENT RADIOCARPIEN DORSAL

Radius

Ulna

Processus styloïde du radius

Processus styloïde de l'ulna

Os scaphoïde

Os pisiforme

Os trapezoïdal

Os triquetrum

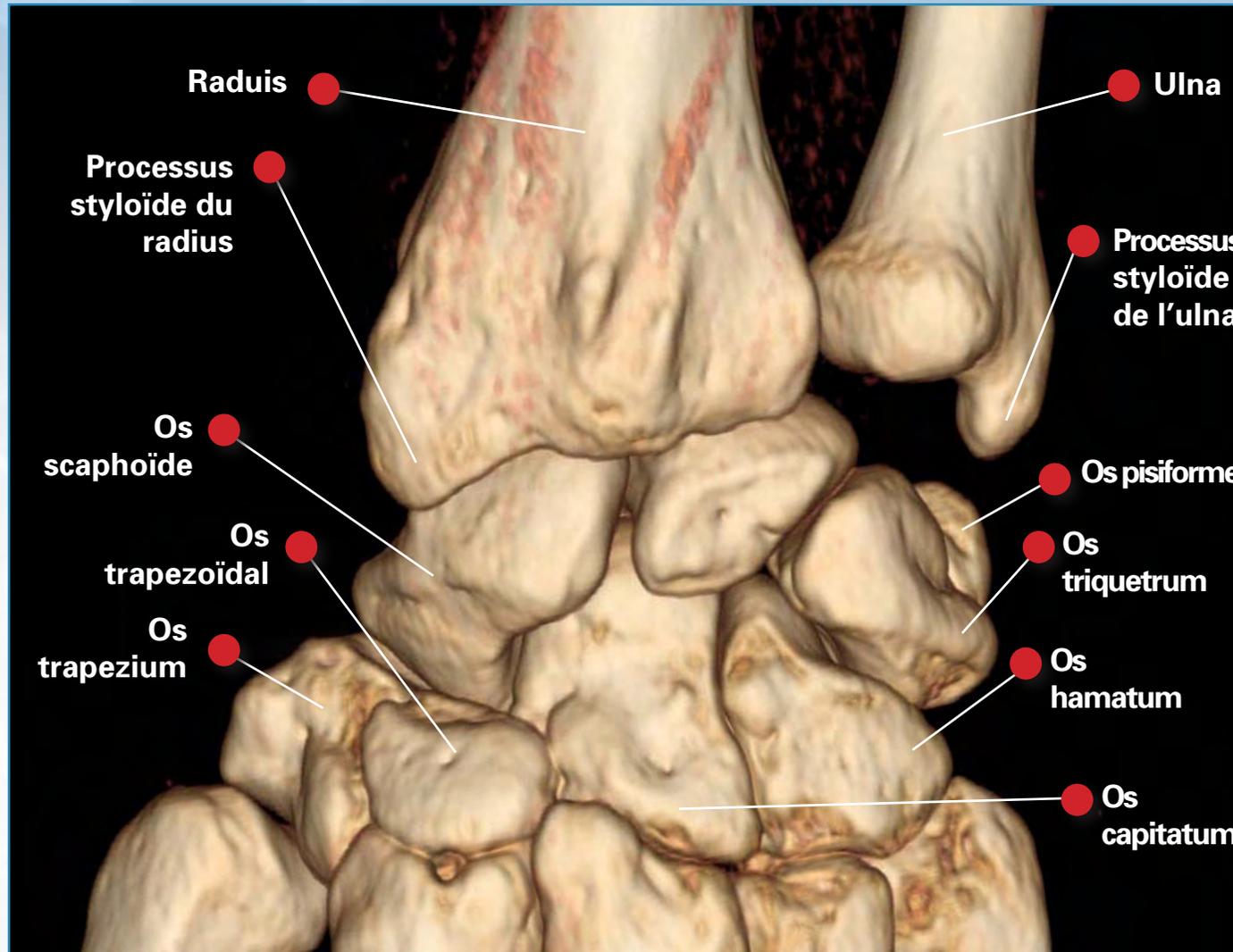
Os trapezium

Os hamatum

Os capitatum

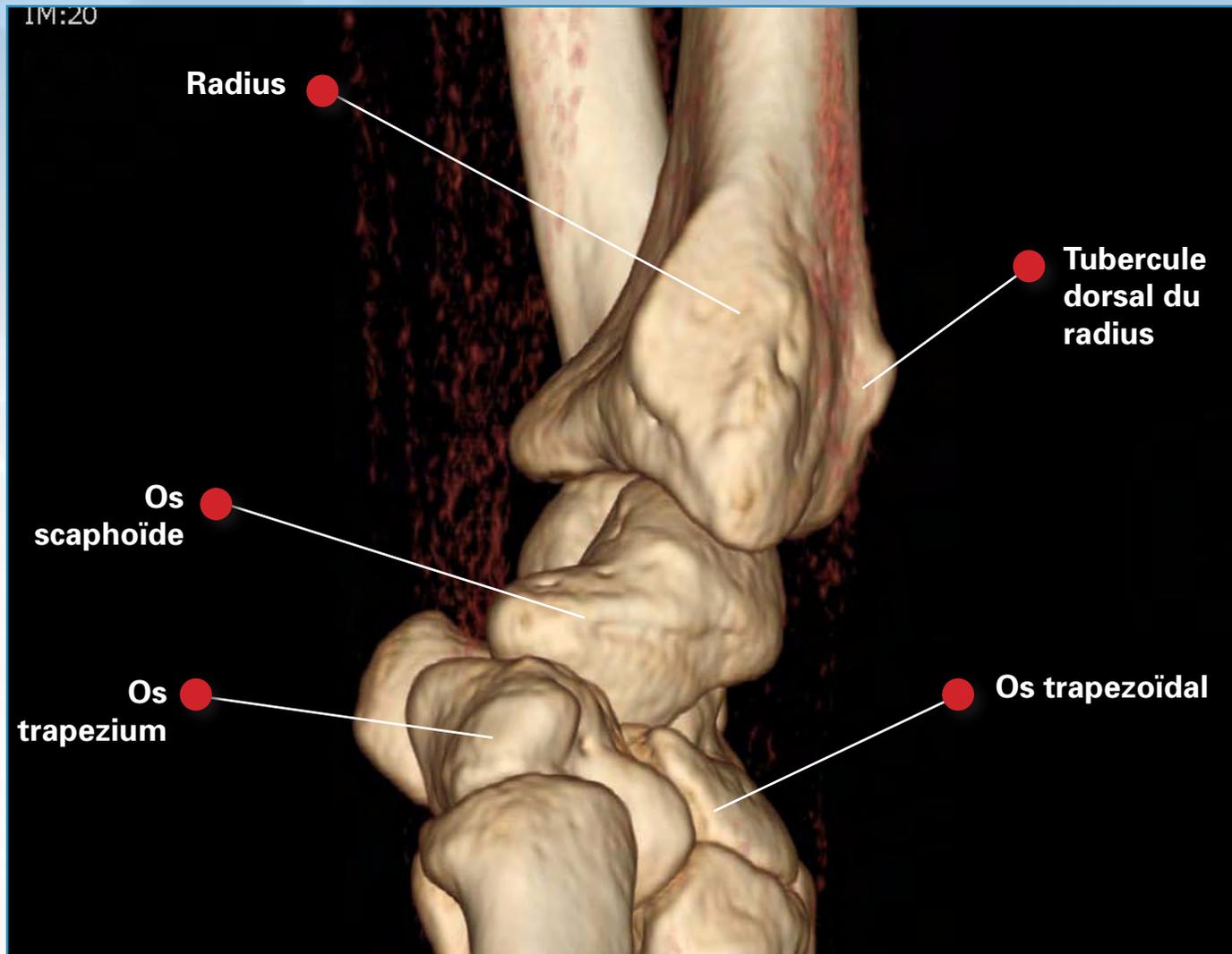


POIGNET - VUE POSTÉRIEURE (DORSALE)



- LONG EXTENSEUR RADIAL DU CARPE
- COURT EXTENSEUR RADIAL DU CARPE
- EXTENSEUR ULNAIRE DU CARPE

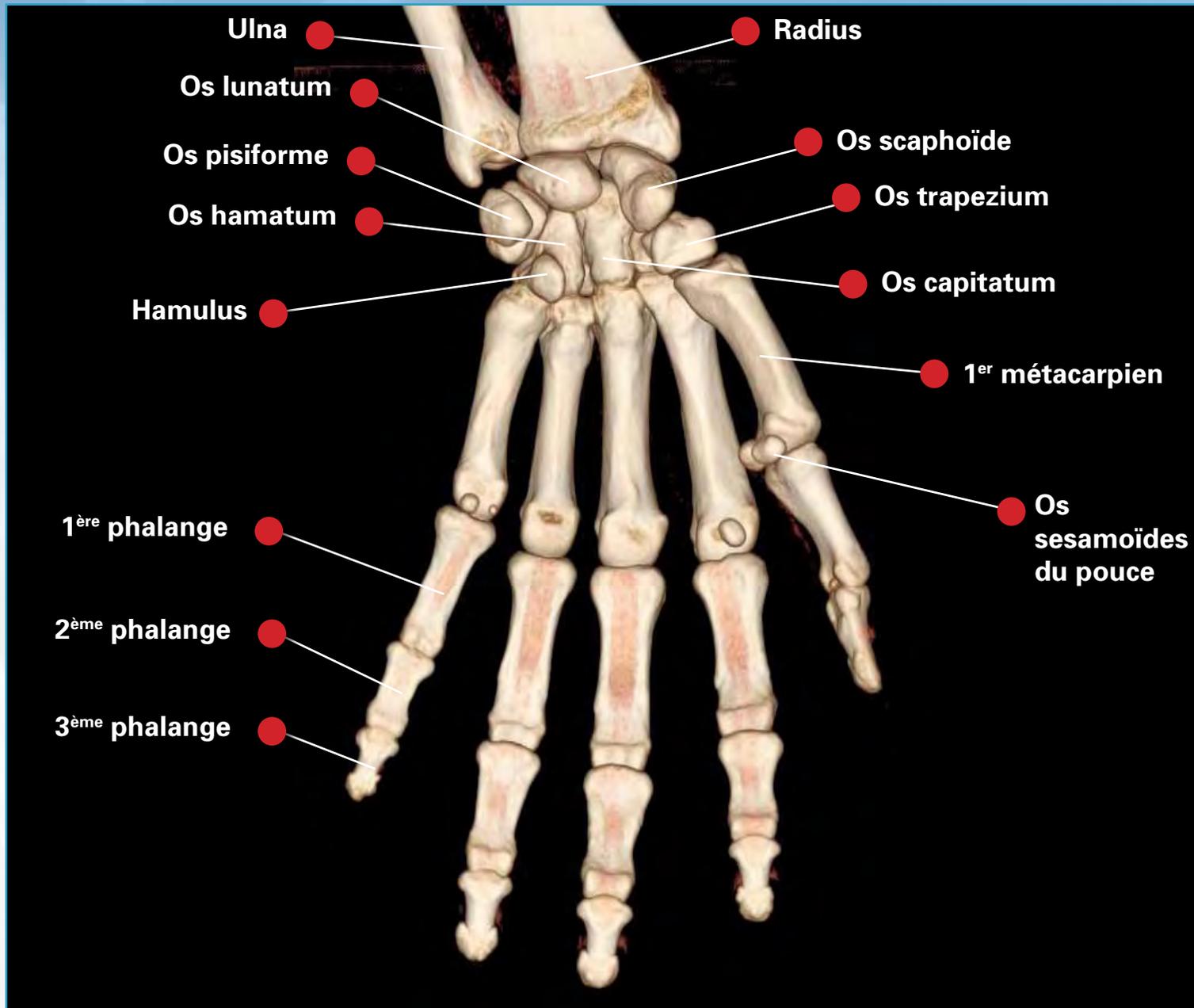




■ LONG EXTENSEUR
RADIAL DU CARPE

■ COURT EXTENSEUR
RADIAL DU CARPE

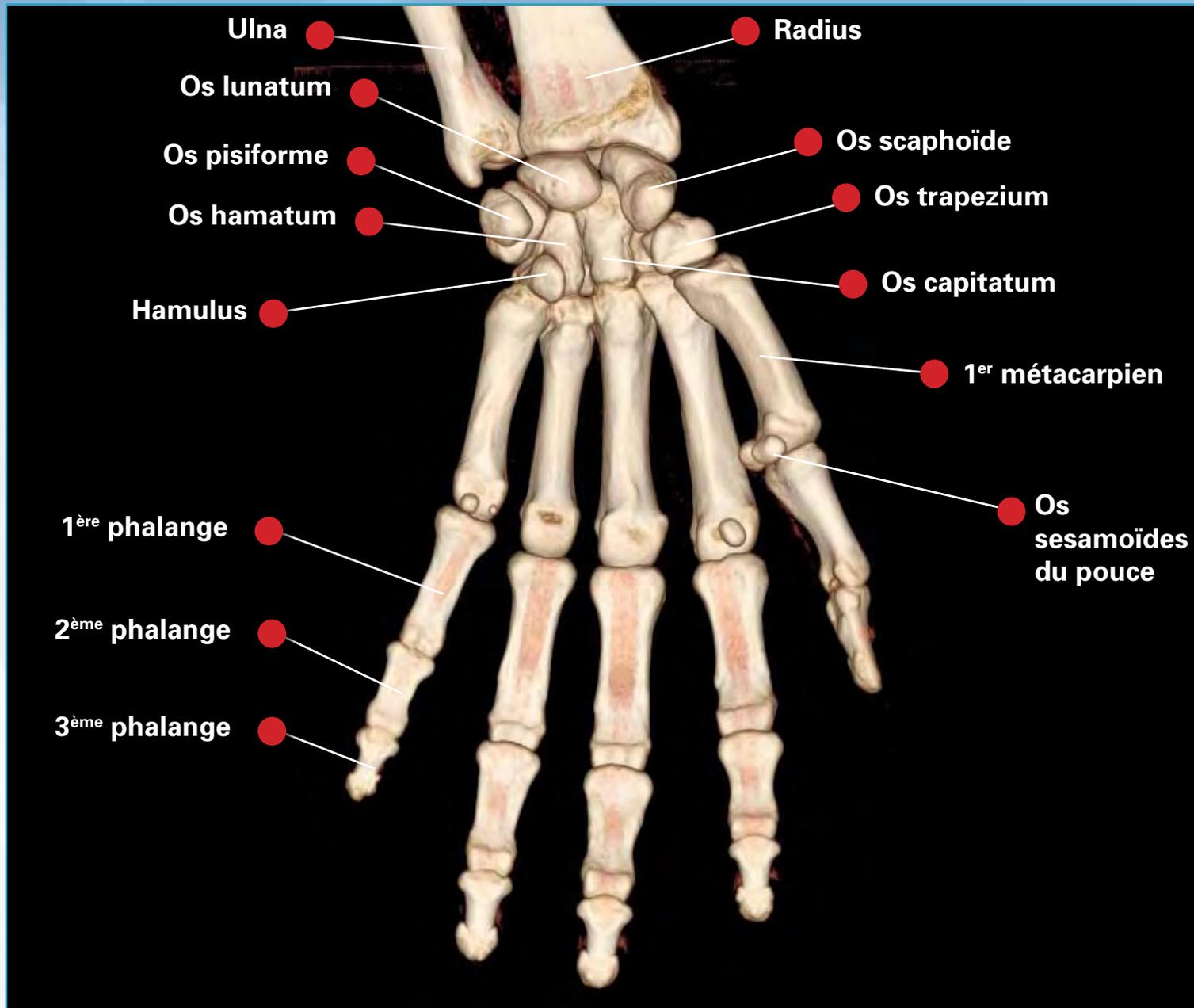




■ PLAQUE PALMAIRE

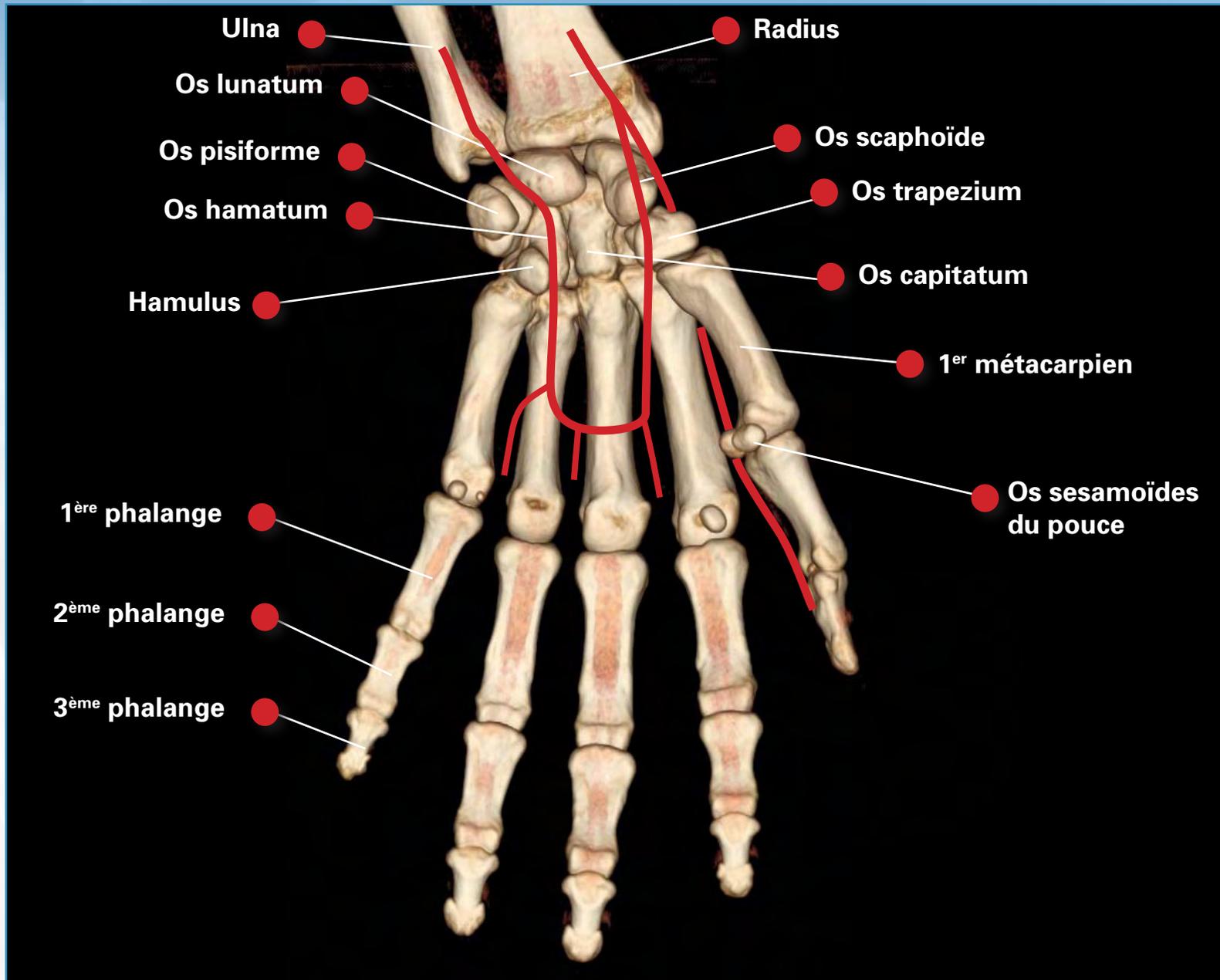
■ LIGAMENTS
COLLATÉRAUX





- TENDON FLÉCHISSEUR ULNAIRE DU CARPE
- TENDON FLÉCHISSEUR RADIAL DU CARPE
- TENDON FLÉCHISSEUR SUPERFICIEL
- TENDON FLÉCHISSEUR PROFOND
- MUSCLE 4^{ÈME} LUMBRICAL
- TENDON





- *ARTÈRE ULNAIRE*
- *ARTÈRE RADIALE*
- *ARCADE PALMAIRE SUPERFICIELLE*



MAIN - VUE DORSALE



 NERF RADIAL

 NERF ULNAIRE

 NERF MÉDIAN



■ C6

■ C7

■ C8



■ C6

■ C7

■ C8

MAIN - VUE PALMAIRE



■ NERF RADIAL

■ NERF ULNAIRE

■ NERF MÉDIAN



- LEQUEL DE CES OS NE FAIT PAS PARTIE DE LA 2^E RANGÉE DU CARPE ?

- Capitatum.....
- Lunatum.....
- Hamatum.....



- LA FLEXION-EXTENSION DU POIGNET EST PLUS LE FAIT DE :

- L'articulation radiocarpienne.....
- L'articulation médiocarpienne.....
- L'articulation radio-ulnaire.....



- QU'EST-CE QUI DIFFÉRENCIE À LA MAIN UN MUSCLE EXTRINSÈQUE D'UN MUSCLE INTRINSÈQUE ?

- Les extrinsèques ont leur corps musculaire dans l'avant-bras.....
- Les intrinsèques ont leur insertion proximale dans l'avant-bras.....
- Les intrinsèques sont spécifiques de la flexion-extension des doigts...

Q4
QUESTION

- **LORSQUE VOUS PRENEZ LE POULS AU POIGNET, VOUS PALPEZ QUELLE ARTÈRE ?**

- Artère ulnaire.....
- Artère cubitale.....
- Artère radiale.....



- **LE POUCE EST INNERVÉ PAR :**

- La racine C8.....
- Le nerf médian.....
- Le nerf radial.....



- LA DISTANCE DE DISCRIMINATION NORMALE ENTRE 2 POINTS EN TERMES DE SENSIBILITÉ SUPERFICIELLE EST DE :

- 3 mm.....
- 6 mm.....
- 1 cm.....



- LORS DE L'EXAMEN ARTICULAIRE DE LA MAIN, QUEL ÉLÉMENT VOUS ORIENTE VERS UNE LIMITATION D'ORIGINE NEUROLOGIQUE ?

- Normalité de la mobilisation passive.....
- Normalité de la mobilisation active.....
- Limitation lors des mobilisations active et passive.....



- LA RECHERCHE DE PARESTHÉSIES LORS DE LA FLEXION FORCÉE PROLONGÉE DES POIGNETS CORRESPOND À LA MANŒUVRE DE :

- Allen.....
- Tinel.....
- Phalen.....



- DEVANT DES PARESTHÉSIES DES DOIGTS 4-5, UNE FROIDEUR DISTALE ET DES DOULEURS DU BRAS, VOUS ÉVOQUEZ :

- Un syndrome de Raynaud.....
- Un syndrome de la traversée thoracobrachiale.....
- Une arthrose cervicale.....



- LES NODOSITÉS D'HEBERDEN :

- Caractérisent la maladie de Dupuytren.....
- Forment des brides fibreuses palmodigitales.....
- Déforment les doigts.....

Q11
QUESTION

- QUE DIRIEZ-VOUS DE L'INSPECTION DE CETTE MAIN ?



- Gonflement articulaire MCP2.....
- Acrocyanose.....
- Déformation en coup de vent.....



- LEQUEL DE CES TERRITOIRES D'INNERVATION CORRESPOND À LA RACINE C6 ?



- Rouge.....
- Bleu.....
- Jaune.....