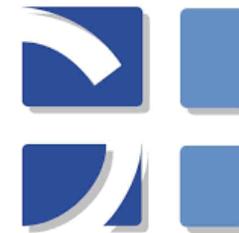


# COUDE - POIGNET



GRUPE  
HOSPITALIER  
DU HAVRE



Dr Laure BERARD - Rhumatologue  
Dr Jean-Edern OLLIVIER - Chirurgien du membre supérieur

Démarche diagnostique et prise en charge  
Séminaire AHFMC– 15 octobre 2020

# COUDE



# Anatomie du coude

## Coude droit

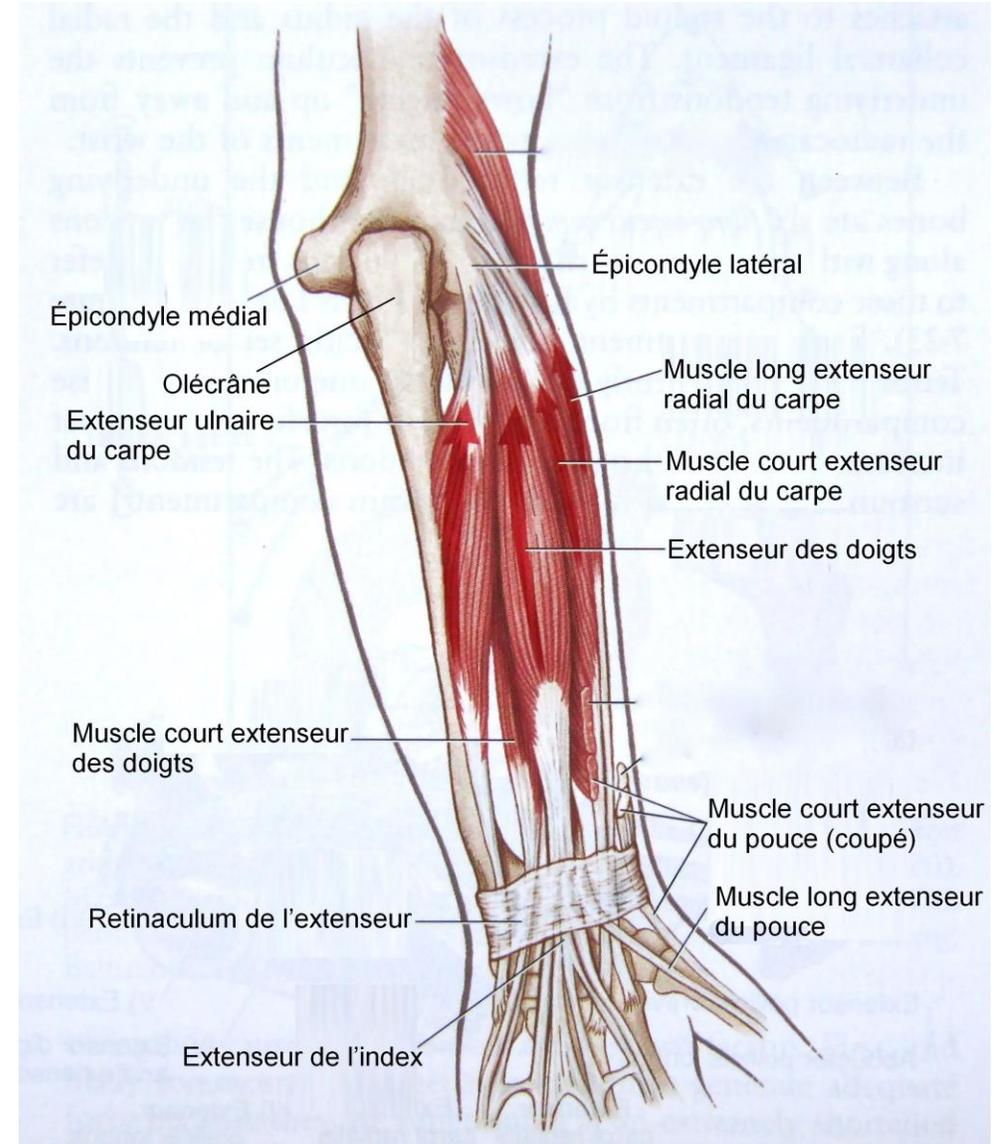
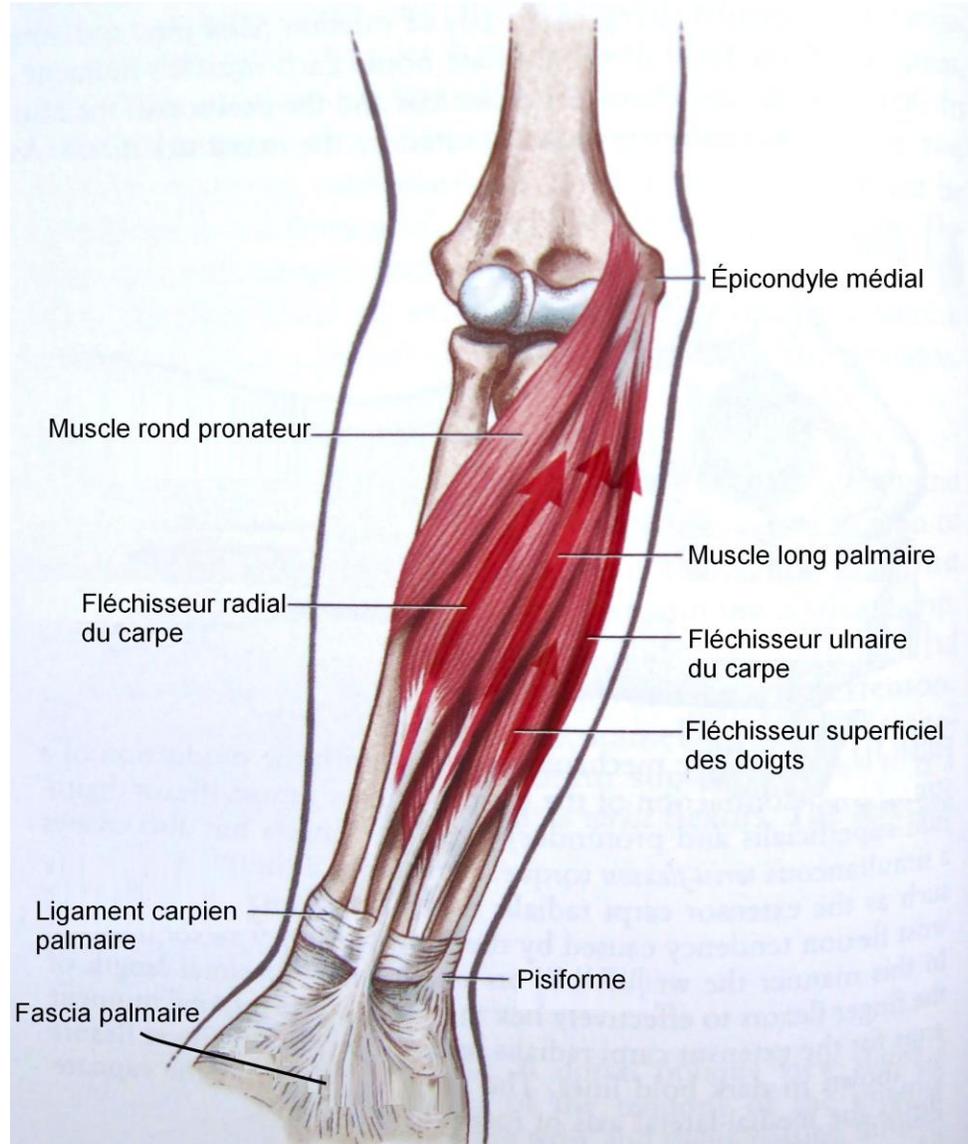


En extension : vue antérieure

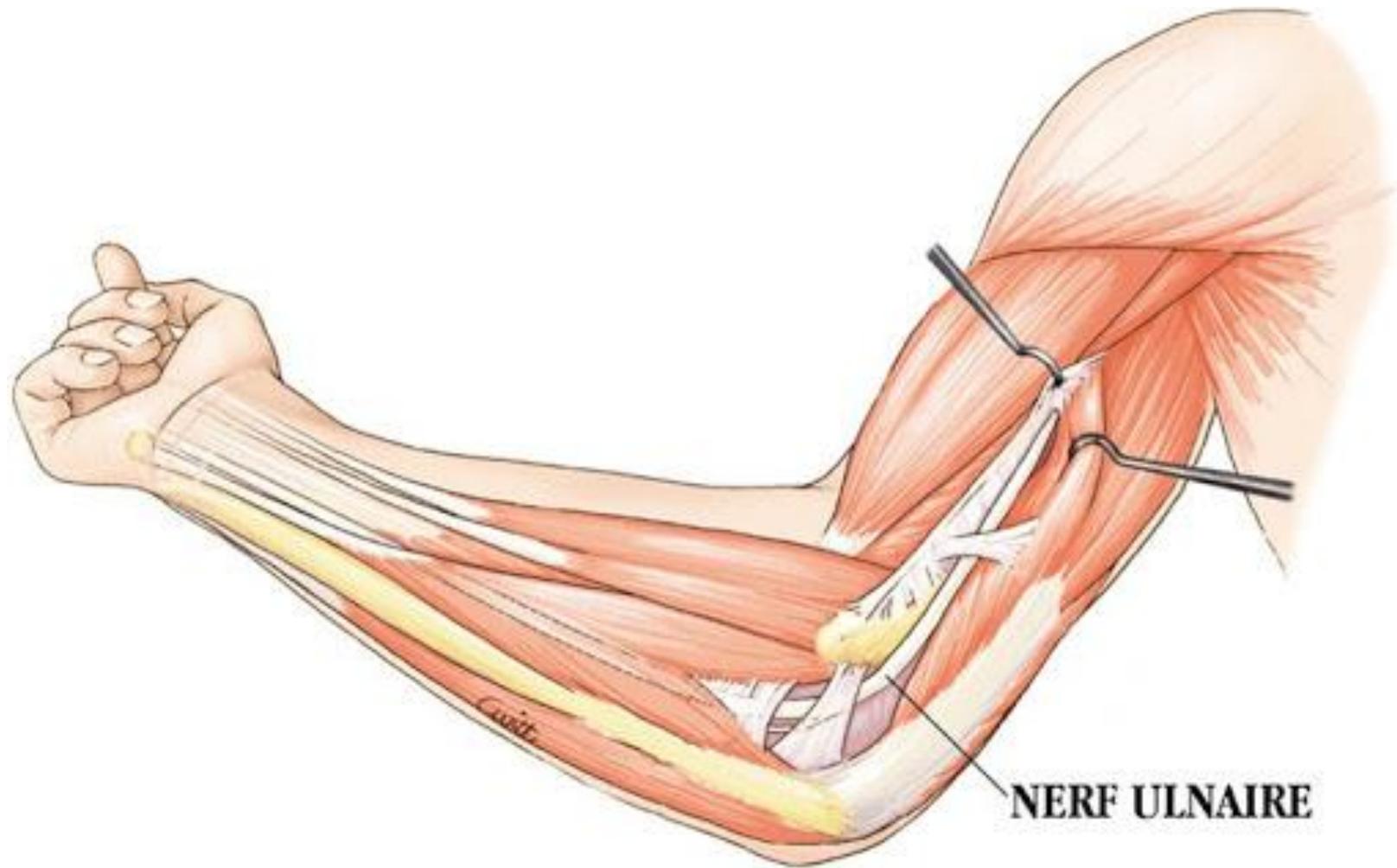


En extension : vue postérieure

# Anatomie du coude



# Anatomie du coude



# Examen clinique

- Inspection
- Palpation :
  - Reliefs osseux : tête radiale, rapports condyles/olécrane
  - Reliefs musculaires : biceps +++, triceps
    - Sur l'épicondyle latéral : extenseurs et supinateurs
    - Sur l'épicondyle médial : fléchisseurs et pronateurs
  - Gouttière du nerf ulnaire
- Mobilisation : flexion-extension + pronation-supination  
(diminuée en cas d'atteinte articulaire, inflammatoire, post-trauma ou dégénérative)

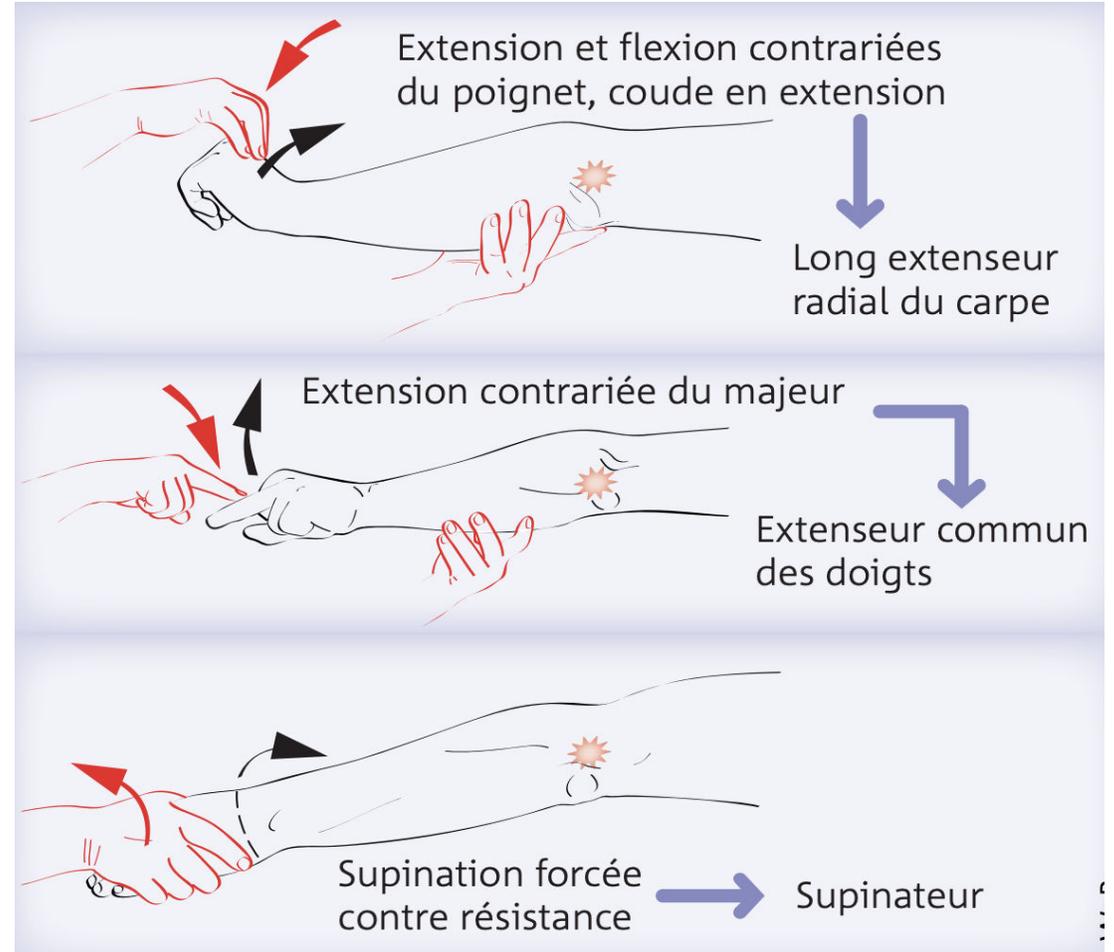
# Epanchements

- Extra articulaire : bursite
  - Tuméfaction inflammatoire
  - Extension passive conservée
  - 1/3 surinfectée - microcristalline
- Articulaire (inflammatoire >> arthrose)
  - **Flessum à 90°**
  - Tuméfaction sous tête radiale
  - Infection à éliminer
  - Goutte – chondrocalcinose
  - PR - Rhumatisme psoriasique
- Toujours à ponctionner
- Pas d'AINS ni Cortico à l'aveugle



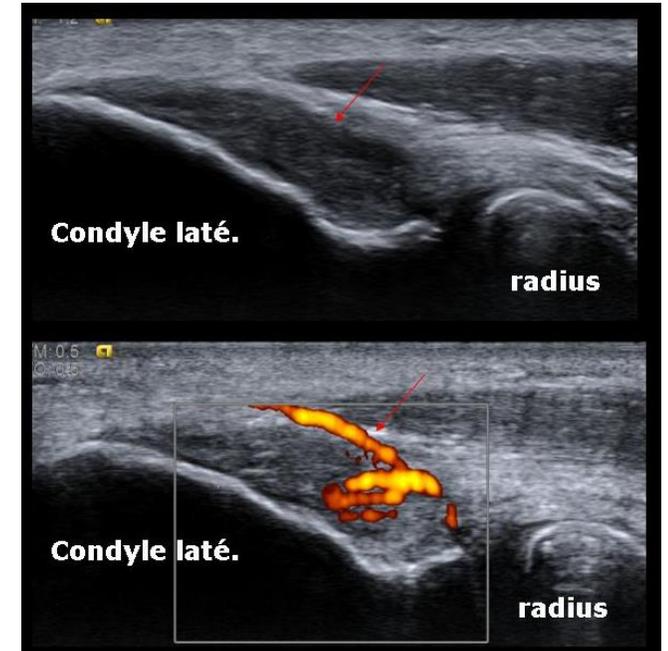
# Epicondylite latérale (1)

- Homme et femme 35-55 ans
- Activité manuelle répétée (tennis, bricolage...)
- Triade douloureuse :
  - **PALPATION** de l'insertion des épicondyles latéraux
  - **CONTRACTION CONTRAIREE** en extension et à la supination
  - **ETIREMENT PASSIF** en extension, pronation et flexion de poignet



# Epicondylite latérale (2)

- Diagnostic clinique
  - Radio : diag diff
  - Echographie si :
    - Formes suraiguës (rupture partielle de tendon)
    - Formes chroniques (importance des lésions tendineuses)
    - Contexte médico-légal
- > épaissement tendineux hypo-échogène +/- déchirures +/- hypervascularisation



# Epicondylite latérale (3)

- PEC difficile et longue
- Phase aigue : repos, glace, AINS
- Phase subaiguë et chronique : kiné (étirements, massages profonds), bracelet, infiltrations, PRP ??
- TTT chirurgical (allongement tendineux) : si échec du traitement médical
- Autres (ondes de choc, ultrasons, laser...) : pas de preuve !
- Guérison spontanée entre 9 et 24 mois (moyenne à 12 mois)



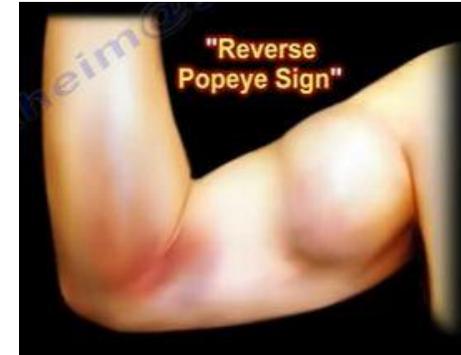
# Epicondylite médiale

- Beaucoup plus rare !
- Douleur à :
  - La palpation de l'insertion des épicondyliens médiaux
  - La contraction contrariée en flexion et à la pronation
- Rechercher signes de neuropathie ulnaire (Tinnel, subluxation du nerf) +++
- TTT médical similaire à l'épicondylite latérale
- Pas de chirurgie sauf si compression du nerf ulnaire



# Rupture du tendon du biceps (1)

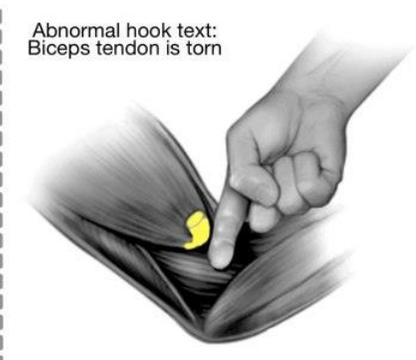
- Homme 45-60 ans
- HdIM : effort de soulèvement, sensation ou bruit de craquement
- Hématome, douleur au pli du coude
- Perte du relief du biceps, Reverse Popeye
- Hook test
- Attention : pas de perte de la flexion active du coude  
(brachio-radial et brachial antérieur)



Normal hook test:  
Biceps tendon is intact

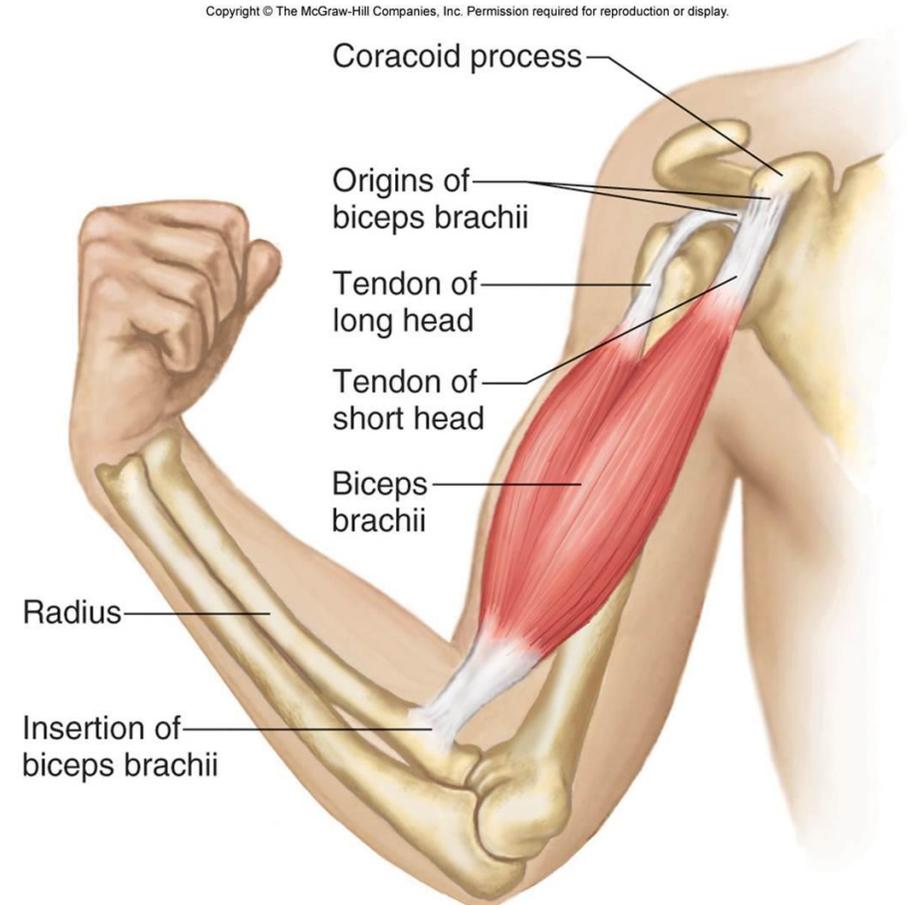


Abnormal hook test:  
Biceps tendon is torn



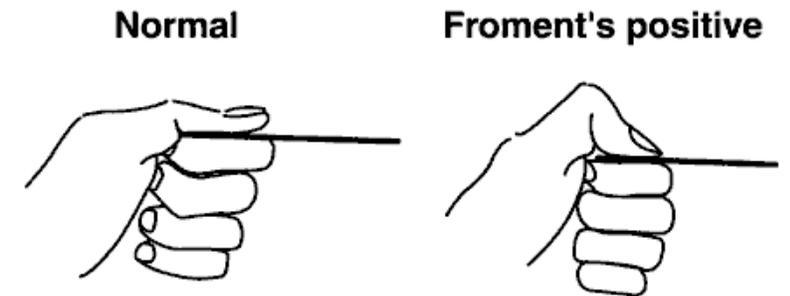
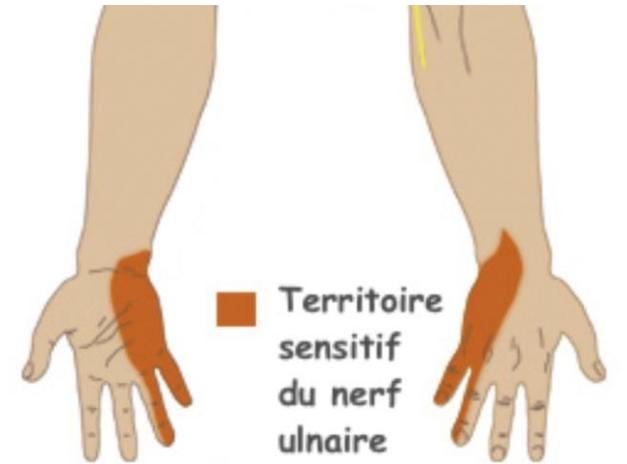
# Rupture du tendon du biceps (2)

- PAS D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE
- Avis chirurgical semi urgent
- Indication chirurgicale : patients actifs
- Abstention chirurgicale : patients peu actifs ou fragiles
- -> perte de force de flexion de 30 à 50 % / parfois crampes
- Pas de possibilité de chirurgie différée
- Ne pas confondre avec rupture haute de la longue portion du biceps

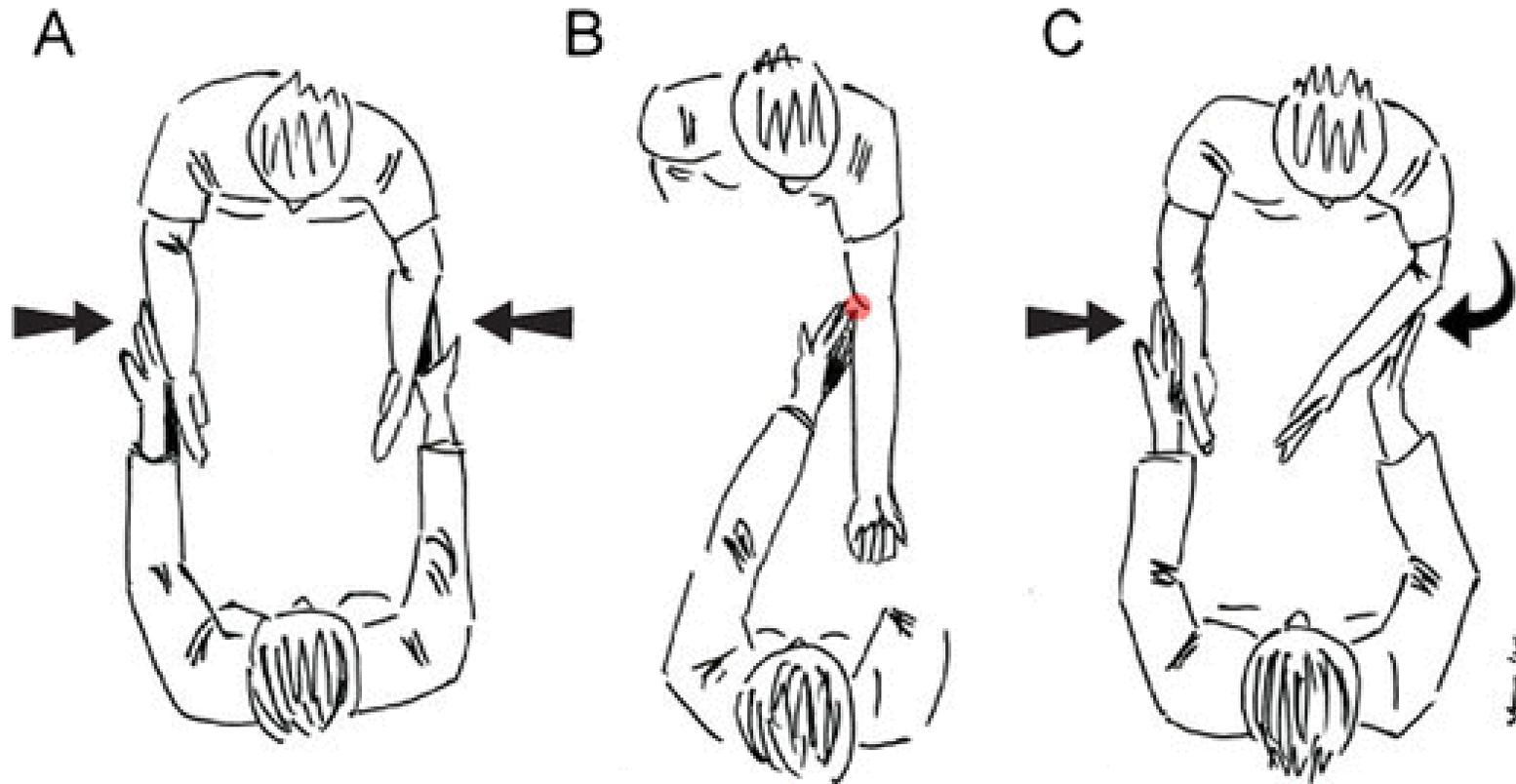


# Syndrome du nerf ulnaire au coude (1)

- Compression lente du nerf ulnaire
- Examen clinique :
  - Paresthésies 5<sup>ème</sup> doigt et bord ulnaire 4<sup>ème</sup> doigt
  - Recrudescence nocturne
  - Perte de force de serrage
  - Signe de Froment
  - Signe de Tinel au coude
  - Scratch collapse test



# Rq : Scratch Collapse Test



# Syndrome du nerf ulnaire au coude (2)

- EMG +++
- TTT médical :
  - AINS
  - Kinésithérapie
  - Attelle de coude nocturne
- TTT chirurgical : libération du nerf ulnaire +/- transposition si nerf instable
- Diag diff : si absence de symptomatologie au dos de la main = atteinte du nerf ulnaire au niveau de la loge de Guyon



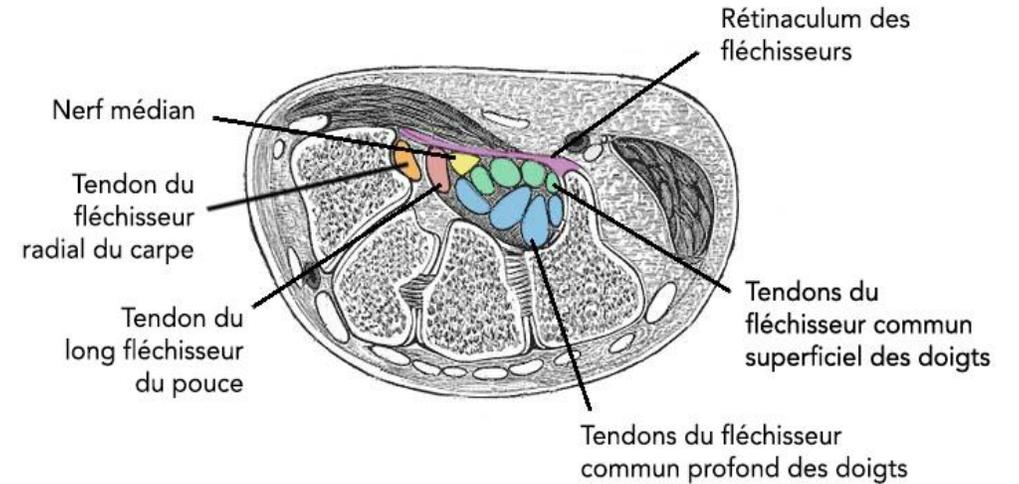
Transition vers....

# POIGNET



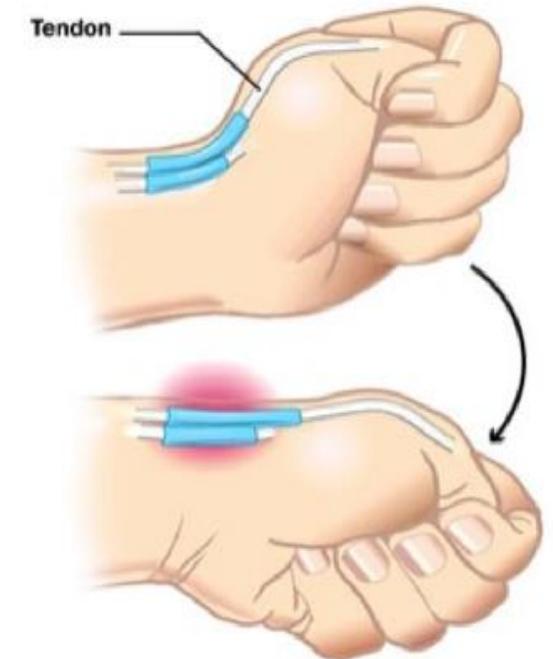
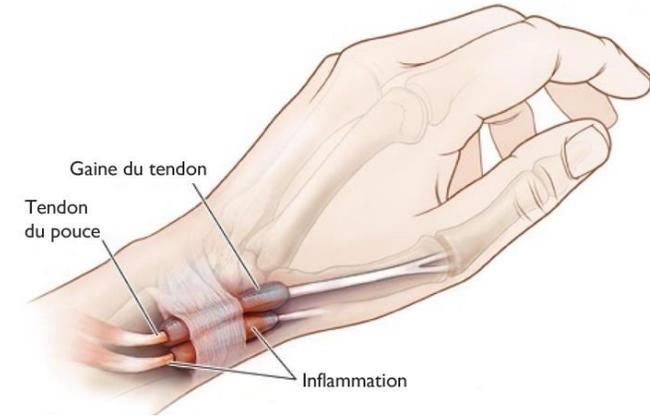
# Syndrome du canal carpien

- Idiopathique +++ mais rechercher autre étiologie
- Diagnostic clinique :
  - Paresthésies, engourdissements
  - Faiblesse maladresse de la main
  - Amyotrophie
  - Tinel, Phalen
- EMG
- TTT médical : orthèse de poignet nocturne / infiltration
- TTT chirurgical : section du rétinaculum des fléchisseurs  
(geste simple et définitif)



# Tendinite de De Quervain

- Ténosynovite des extenseurs du 1<sup>er</sup> compartiment (court extenseur et long abducteur du pouce)
- Maladie professionnelle
- Diagnostic clinique :
  - Palpation directe
  - Manœuvre de Finkelstein
- TTT médical +++ : Attelle 3s, AINS, infiltrations ++
- TTT chirurgical si échec : ouverture du compartiment



# Rhizarthrose (1)



- = Arthrose Trapézo-Métacarpienne
- Terrain :
  - Femmes (80 à 90 %) après 50 ans
  - Arthrose la plus fréquente de la main
  - Bilatérale +++
- Examen clinique :
  - Douleur mécanique TM +++
  - Diminution de la force de la pince pouce-index
  - Raideur
  - Subluxation base 1er métacarpien (parfois réductible, en touche de piano)
  - Déformation du pouce
  - Douleur circumduction
  - Grinding test +



# Rhizarthrose (2)

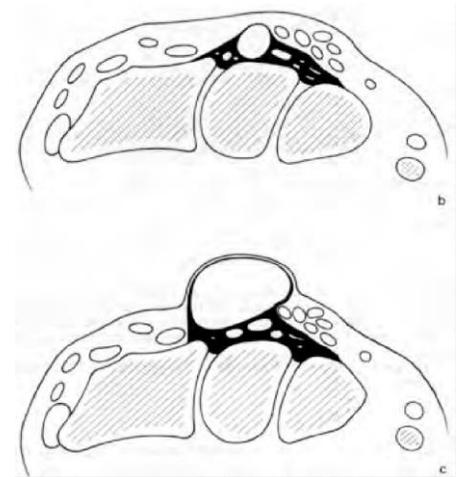
- Radiographies
- TTT médical :
  - AINS et antalgiques
  - Infiltrations radioguidée
  - Orthèse de repos
  - Kinésithérapie (physiothérapie)
- TTT chirurgical :
  - Après échec ttt médical 6 mois
  - Prothèse +++ : indolence rapide, mobilité parfaite  
CI : travailleurs manuels lourd
  - Trapézectomie



# Kystes

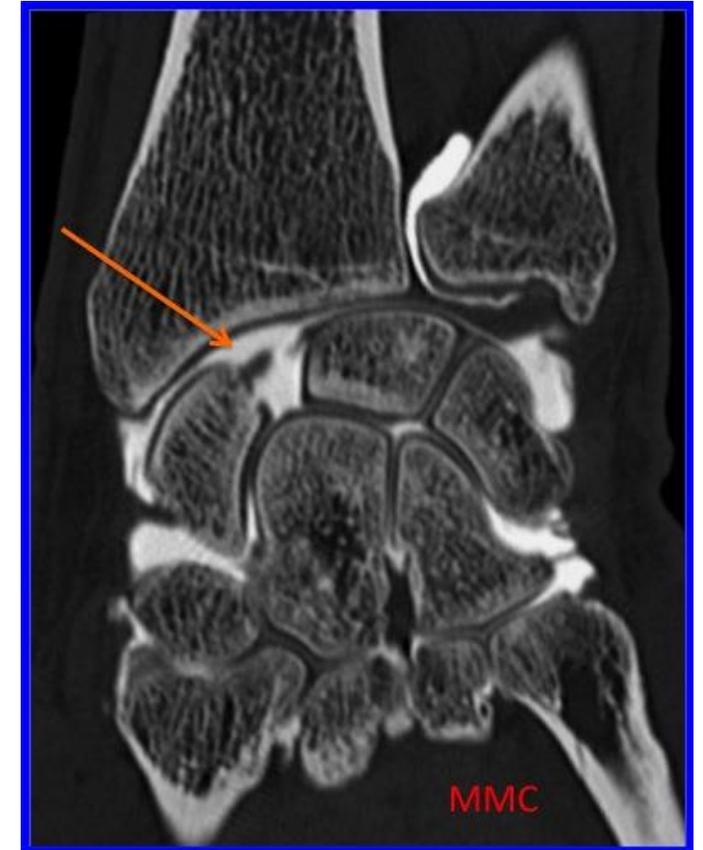
- ~~Kyste arthro-synovial~~ -> Kyste mucoïde !
- = dégénérescence intra-ligamentaire
- Femme < 30 ans
- Apparition souvent brutale +/- après douleurs du poignet
- Variation de taille
- Douleurs modérées, gêne fonctionnelle +/- esthétique
- PAS d'examen complémentaire  
(sauf si douleur importante sans kyste = kyste occulte -> IRM)

TTT médical : ponction-aspiration + infiltration -> récurrences +++  
TTT chirurgical : excision du tissu pathologique (ciel ouvert ou arthroscopie)  
Rq : disparition spontanée dans les 6 mois dans 25 % des cas !!



# Traumatologie

- Nombreuses entorses bénignes du poignet  
-> Attelle de poignet 15-21 jours
- Si douleur persistante :
  - Fracture du scaphoïde -> radios +/- scanner
  - Entorse grave scapho-lunaire -> ArthroScanner +++  
(Test de ballotement + Watson test)



An impressionistic painting of a sunset over a river. The sky is a mix of warm orange and cool blue tones. A bright red sun is positioned in the upper right, with its reflection shimmering in orange and red on the water's surface. In the lower center, a small, dark boat with two figures is visible. The left side of the painting shows the silhouettes of trees and buildings along the riverbank, rendered with visible brushstrokes. The overall style is soft and atmospheric, characteristic of the Impressionist movement.

Merci  
de votre attention