

PATHOLOGIES RACHIDIENNES

Rachis cervical et lombaire

Rachis cervical

Manœuvre du signe de " Lhermitte"

Test **passif**

Réalisation :

- 1) Patient en décubitus dorsal
- 2) Flexion passive du rachis cervical : on met notre main derrière la tête du patient et on réalise une flexion de son cou.

| Test Négatif | Test positif |
|----------------|--|
| Pas de douleur | Douleur neuropathique en bas du rachis lombaire et irradiant dans les jambes |

Diagnostics possibles :

- **Myélopathie cervico arthrosique**
- **Compression médullaire des cordons postérieurs** de la moelle (ou syndrome cordonal postérieur).

Manœuvre de « mouvement d'abduction et extension du membre supérieur »

Test **passif**

Réalisation :

On étire le patient vers l'arrière (extension du membre supérieur + on fait tourner la tête du patient vers le côté opposé (abduction)).

| Test Négatif | Test positif |
|----------------|---|
| Pas de douleur | Douleur qui irradie jusqu'aux doigts, cela prouve que l'origine est radiculaire (=racine du nerf innervant la zone douloureuse) |

Névralgie cervico-brachiale+



Tableau clinique : névralgie cervico-brachiale

| | |
|---------------------------------|--|
| Syndrome | Irritation d'un nerf au niveau cervical |
| Symptôme(s) | Cervicalgie importante |
| Causes | multiples : mécanique (arthrose, hernie discale cervicale), infectieuse (spondylodiscite), tumorale, traumatique |
| Test ou manœuvre positif | Manœuvre de « mouvement d'abduction et extension du membre supérieur » |

Tableau clinique de la myélopathie cervico-arthrosique

| | |
|----------------------------------|--|
| Syndrome | Rétrécissement du canal cervical de manière progressive |
| Symptômes | Claudication médullaire (NON DOULOUREUSE) , fatigabilité à la marche (autres symptômes possibles si compression importante) |
| Cause | Arthrose |
| Test ou manœuvre positive | Signe de Lhermitte |

Rachis lombaire

Manoeuvre de Lasègue (mise en évidence sciatalgie)

Test **passif**

Réalisation :

- 1) Patient est en décubitus dorsal, membre inférieur en extension.
- 2) Élévation passive progressive du membre inférieur tendu pour déclencher la douleur radiculaire
- 3) Bonus : Pour accentuer le test, on peut faire une dorsiflexion de la cheville (on ramène la cheville du patient vers lui)

| Test Négatif | Test positif |
|----------------|--|
| Pas de douleur | Douleur lors d'une élévation d'un angle compris entre [30° - 80°]. |

Diagnostic possible :

- Une douleur est signe d'une origine radiculaire L5 et/ou S1 donc une sciatique



Manœuvre de Lasègue controlatéral/croisée

Tout pareil, mais ici on soulève la jambe controlatérale

Diagnostic possible :

-Hernie discale, plutôt médiane

Manœuvre de Léri (mise en évidence cruralgie L3/L4)

Test **passif**

Réalisation :

1) Patient est en décubitus dorsal, membre inférieur en extension.

2) Élévation passive progressive du membre inférieur tendu pour déclencher la douleur radiculaire

3) Bonus : Pour accentuer le test, on peut faire une dorsiflexion de la cheville (on ramène la cheville du patient vers lui)

| Test Négatif | Test positif |
|----------------|--|
| Pas de douleur | Douleur intense dans la cuisse dans la région antérieure (Trajet sensitif L3-L4) |

Diagnostic possible :

- Pathologie crurale (L3 ou L4)

Indice de Schoëber

Test **actif**

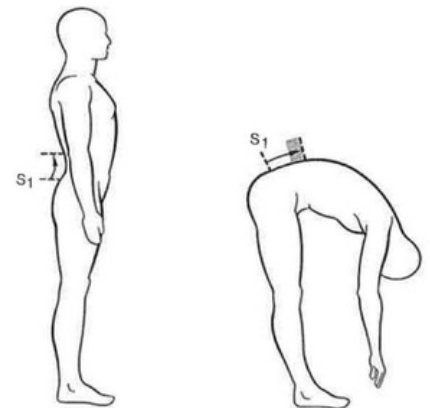
Permet d'objectiver une raideur du rachis lombaire

Réalisation :

1) On trace un trait perpendiculaire à L4-L5 (entre les deux ailes iliaques) et un trait 10 cm au-dessus

2) On demande au patient d'effectuer une antéflexion du tronc tout en gardant les jambes tendues en essayant de toucher le sol avec ses mains

3) On mesure alors l'allongement de la distance entre les deux traits tracés



| Test Négatif | Test positif |
|---|------------------------------|
| Au moins 10+3 cm (et si les patients sont souples, ce sera plutôt +5cm) | La distance ne s'allonge pas |

L5/S1



Diagnostic possible :

-Raideur du rachis lombaire importante (utilisé pour suivre l'évolution de la spondylarthrite ankylosante, en faveur d'une spondylodiscite lombaire)

On peut également apprécier **la distance mains-sol :**

-La patient n'arrive pas à toucher le sol (ou a du mal si on sait qu'il est souple) = raideur des ischio-jambiers

-Asymétrie, « Cassure » aspect disharmonieux de la ligne des épineuses : raideur segmentaire = conflit disco-radriculaire

Tableau clinique : la claudication intermittente radriculaire

| | |
|-----------------------------------|---|
| Syndrome | <u>Réduction du canal médullaire</u> lombaire |
| Symptômes | -douleur suivant un trajet radriculaire (crural ou sciatique) -Limitation du périmètre de marche |
| Facteurs soulageant | Si arrêt de la marche et <u>position d'antéflexion</u> ou assise |
| Cause | Congénital ou acquis |
| Test ou manœuvre positives | Signe du caddie ! |

Irradiations nerveuses

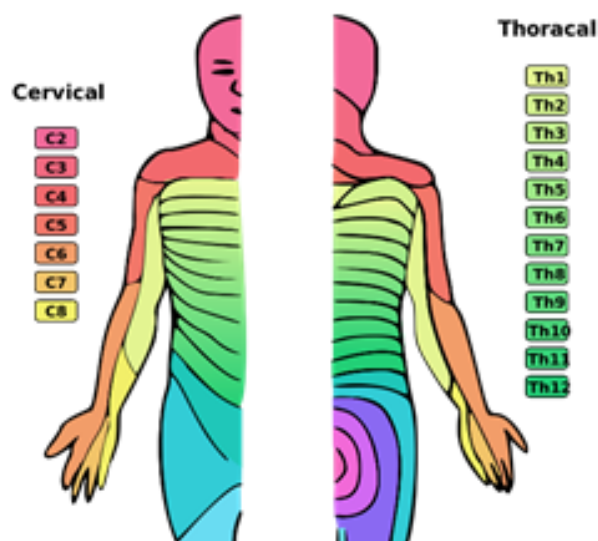
Irradiations cervicales

C5 : Irradiation jusqu'au moignon de l'épaule = le deltoïde + face externe du bras

C6 : face antérieure du bras jusqu'au pouce

C7 : Face postérieure du membre supérieur jusqu'à l'index et le majeur

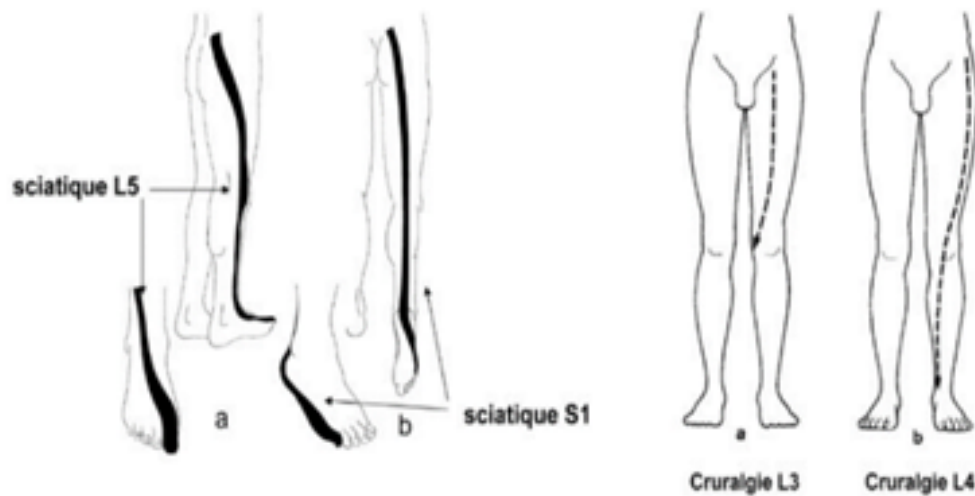
C8/T1 : bord ulnaire de l'avant-bras et les deux derniers doigts



On sépare ici **les irradiations crurales** :

-**L3** = Partie supéro-externe de la fesse, région trochantérienne, face antérieure du 1/3 moyen de la cuisse puis face interne de la cuisse et du genou (s'arrête au genou)

-**L4** = douleur à la face la plus antérieure de la cuisse, se projette sur le genou et descend sur la face antéro-interne de la jambe. La douleur peut descendre en-dessous du genou, mais ne touche pas le pied



Des irradiations **sciatiques** :

-**L5** = Fesse, face postéro-externe de la cuisse, externe du genou, externe ou antéro externe de la jambe, dos du pied, gros orteil

-**S1** = Fesse, face postérieure de la cuisse et de la jambe, plante ou bord externe du pied jusqu'au 5ème orteil

Trajet à
connaître

+++

