

Sémiologie Ostéoarticulaire

Coude

Rédacteurs pour le COFER

Pr Pascal GUGGENBUHL, Dr Emilie CHOTARD

Université Rennes 1, Rhumatologie, CHU Hôpital Sud, Rennes

Remerciements aux auteurs ayant participé à la version initiale de ce document

Dr Jérôme RENOUX, Radiologie générale, GH Pitié-salpêtrière, Paris

Dr Mickaël ARTUSO, SOS Mains, CHU St Antoine

Les QR codes sont à votre disposition pour accéder aux vidéos des différents tests à connaître pour préciser l'origine du problème rhumatologique et vous aider à comprendre plus facilement l'examen clinique.

Utilisez-les à l'envie !

Vous pouvez également retrouver l'ensemble des vidéos sur le site du COFER

<http://www.lecofer.org/semiologie.php>

Plan

I Examen physique

- I.1 – Inspection
- I.2 – Palpation
 - I.2.1 – Principaux repères anatomiques
 - I.2.1.1 - Structures osseuses
 - I.2.1.2 - Structures capsulo-ligamentaires
 - I.2.1.3 - Structures musculaires (insertions)
 - I.2.1.4 - Structures nerveuses
 - I.2.1.5 - Structures vasculaires
 - I.2.2 – Analyse fonctionnelle
- I.3 – Mobilisation
- I.4 – Examen tendino-musculaire
- I.5 – Examen neurologique

II Explorations complémentaires

- II.1 – Examens biologiques
- II.2 – Examens morphologiques - Imageries
 - III.2.1 – Imagerie de 1ère intention
 - III.2.2 – Imagerie de 2ème intention
- II.3 – Ponction de l'articulation ou d'une bourse séreuse

III Symptômes & Syndromes

- III.1 – Arthrite
- III.2 – Arthrose
- III.3 – Bursite
- III.4 – Épicondylite latérale (tennis elbow)
- III.5 – Épicondylite médiale (épitrochléalgie ou golfer elbow)
- III.6 – Compression radiale dans le tunnel radial
- III.7 – Luxation du coude
- III.8 – Fracture de la tête radiale
- III.9 – Rupture du tendon distal du biceps
- III.10 – Compression du nerf ulnaire au coude

I - EXAMEN PHYSIQUE

L'examen commence par l'interrogatoire qui reprend l'historique, le site, le type et l'horaire du trouble. Les antécédents de traumatismes sportifs ou professionnels sont particulièrement importants dans la pathologie du coude, qui n'est pas un site habituel de pathologie dégénérative articulaire.

En l'absence de cause évidente (épanchement, traumatisme direct...), il faut réaliser un examen bilatéral, symétrique et surtout systématique du membre supérieur en partant du rachis jusqu'à la main, afin de ne pas méconnaître des douleurs projetées (radiculaires...) ou des lésions distales (compression nerveuse...).

I.1 – Inspection

On peut retrouver un classique flessum antalgique et/ou des déformations liées à une fracture. Il peut également être noté des lésions cutanées évocatrices d'un traumatisme (ecchymose) ou d'un diagnostic (psoriasis en regard de l'olécrane, nodules rhumatoïdes, tophus). L'épanchement peut être intra-articulaire ou intéresser une bourse synoviale. Enfin, on peut voir une amyotrophie localisée (en cas d'atteinte nerveuse systématisée).



I.2 – Palpation

I.2.1 Principaux repères anatomiques

I.2.1.1 - Structures osseuses

Le coude est constitué de 3 articulations qui partagent la même capsule articulaire :

- radio-ulnaire proximale,
- huméro-radiale,
- huméro-ulnaire.

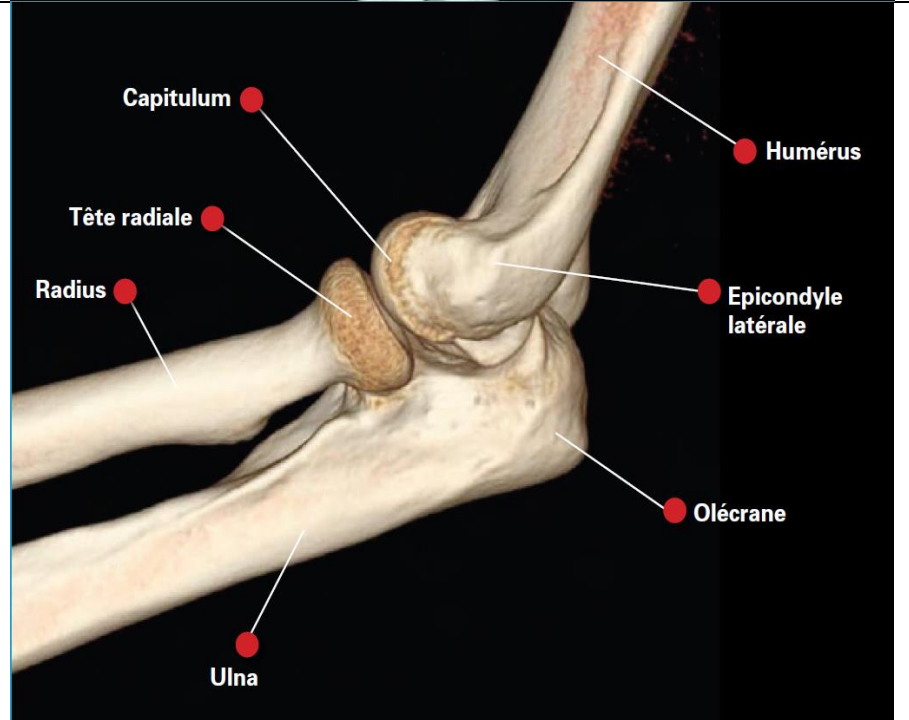
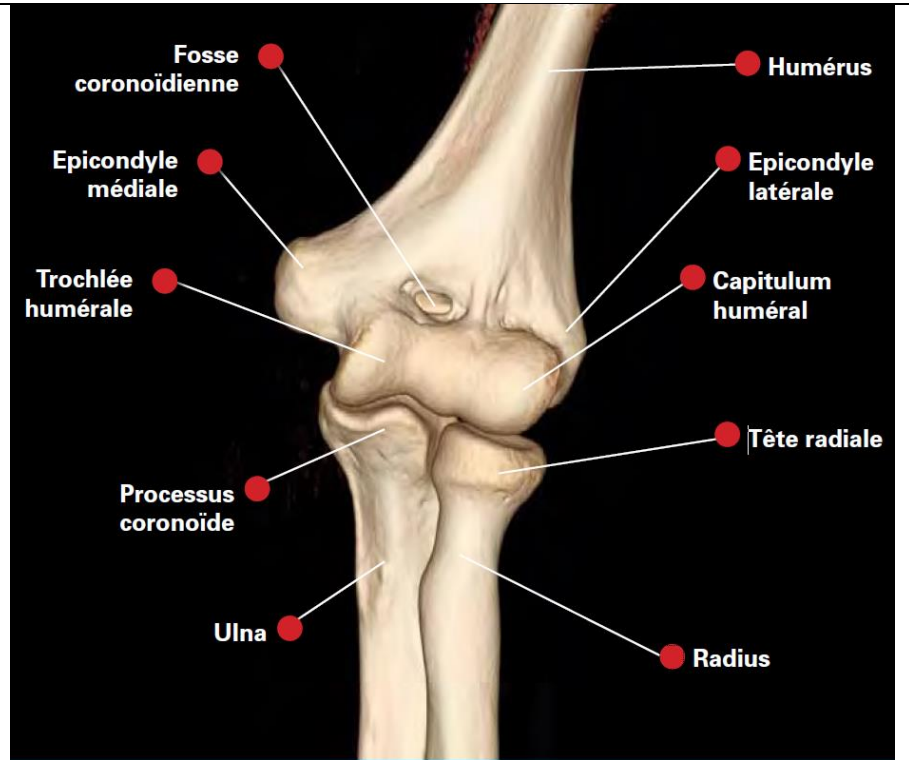
L'extrémité inférieure de l'humérus, en forme de triangle penchée en avant et en interne, comporte deux surfaces articulaires en quasi-continuité :

- la trochlée (en forme de poulie et s'articulant avec l'incisure trochléaire ulnaire),
- le capitulum (demi-sphère s'articulant avec la tête radiale).

L'extrémité supérieure de l'ulna est constituée par l'olécrane et le processus coronoïde : ces deux dernières structures constituent l'incisure coronoïde dans laquelle la trochlée humérale coulisse, la partie latérale du processus coronoïde est le siège de l'incisure radiale dans laquelle s'articule la tête radiale.

L'extrémité supérieure du radius a une forme de capsule bombée vers le bas : cette dépression s'articule avec la surface sphérique du capitulum huméral, sa partie cylindrique médiale s'engage dans l'incisure radiale de l'ulna et permet les mouvements de pronosupination.





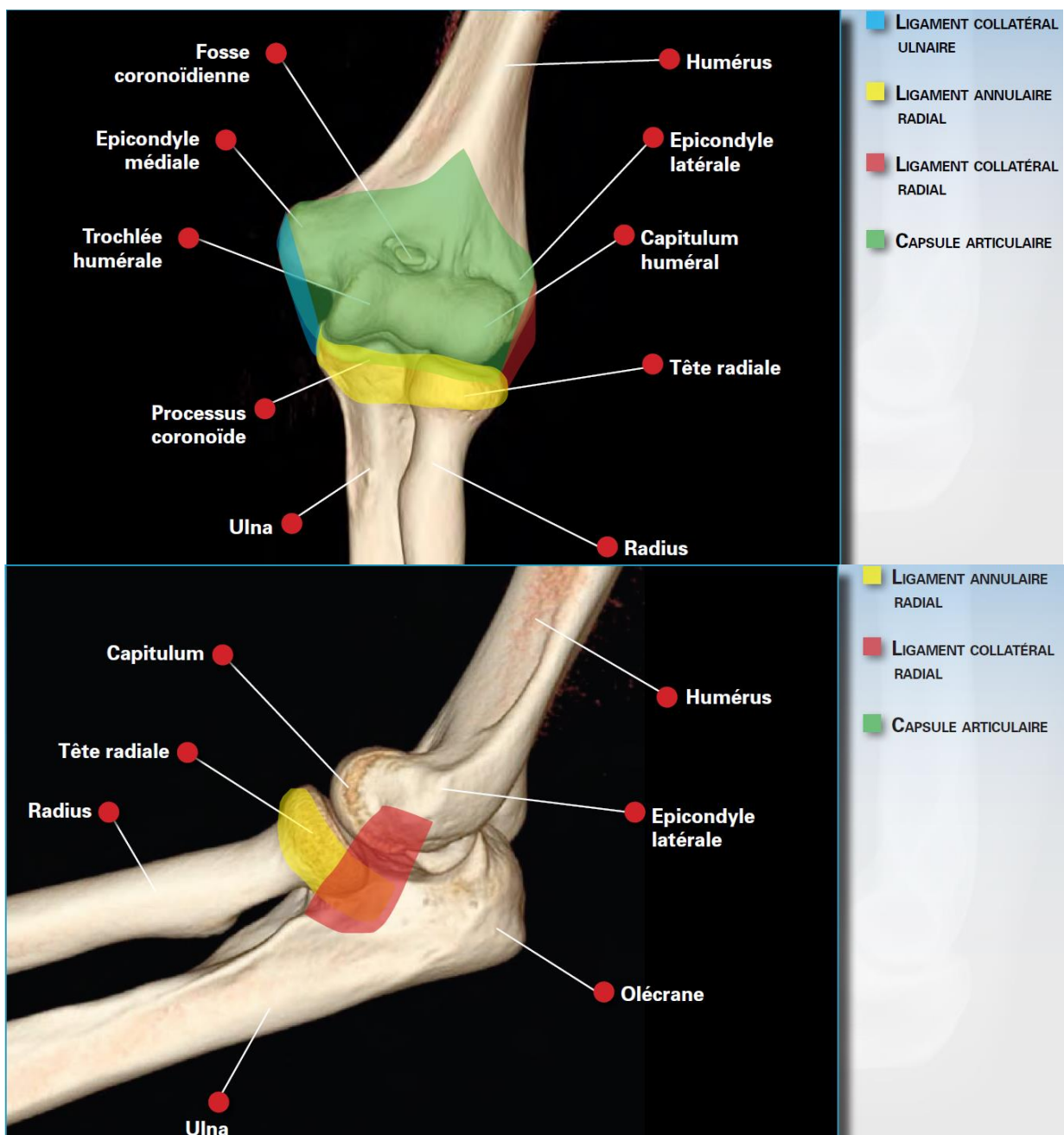
1.2.1.2 - Structures capsulo-ligamentaires

La capsule articulaire s'insère à proximité du cartilage avec une capacité de 25 à 30 cm³, maximale à 80° de flexion (ce qui explique la position fléchie lors d'un épanchement). L'épaississement de la capsule forme 4 structures ligamentaires principales :

- ligament collatéral ulnaire,
- ligament collatéral radial,
- ligament antérieur,
- ligament postérieur.

Ils entourent l'articulation et permettant un glissement optimal des structures musculo-tendineuses entre elles et sur les os.

Il existe par ailleurs plusieurs bourses synoviales principalement situées autour de l'olécrane.



1.2.1.2 - Structure articulaire

L'épanchement du coude se retrouve dans un triangle formé par la tête radiale, le bord latéral de l'olécrane et l'épicondyle latéral. Les bursites, souvent rétro-olécraniennes, lorsqu'elles ne sont pas visibles dès l'inspection, sont retrouvées sous forme de tuméfaction infiltrée et plus ou moins rénitente. Les différentes structures anatomiques doivent être palpées, en particulier les insertions tendineuses.



1.2.1.3 - Structures musculaires (insertions)

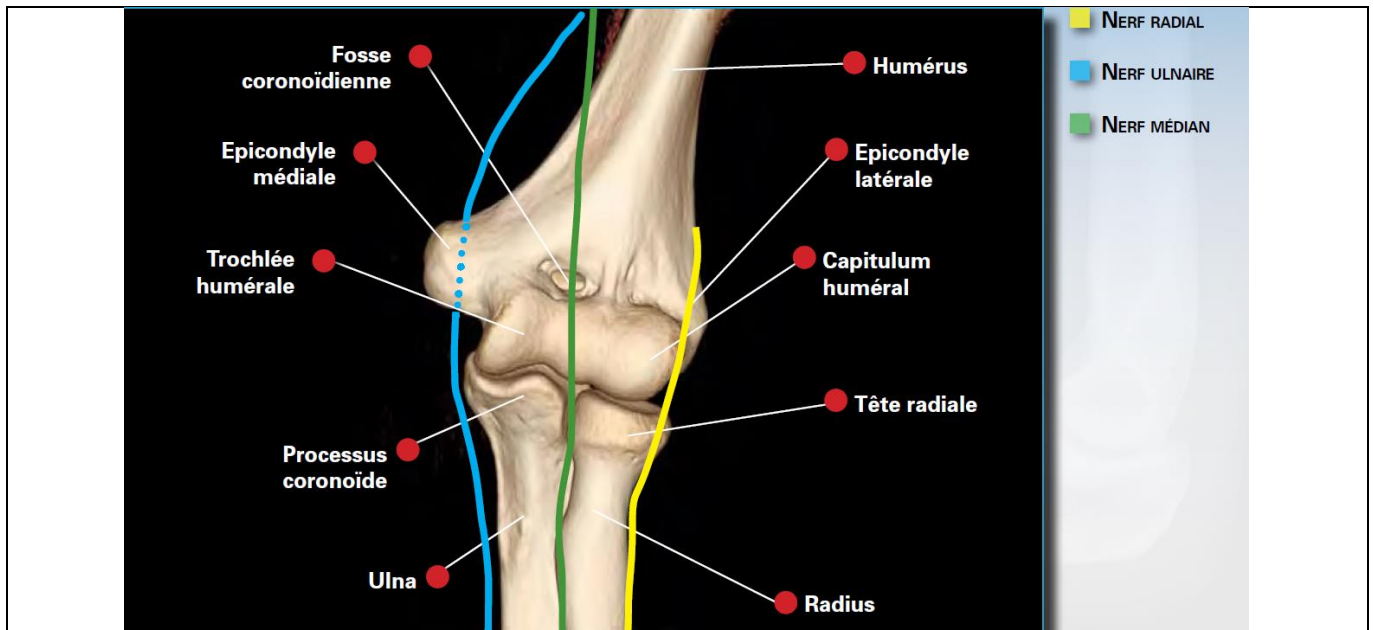
Les différents groupes musculaires sont les suivants :

- Muscles fléchisseurs
 - Brachial (portions inférieures latérales et médiales de l'humérus à la tubérosité ulnaire).
 - Biceps brachial (un chef court s'insérant sur le processus coracoïde scapulaire et un chef long sur le tubercule supra-glenoïdien ; réunion puis insertion distale sur la tubérosité radiale).
 - Brachio-radial (du tiers inférieur de la partie latérale de l'humérus jusqu'à la partie latérale de l'épiphyse distale du radius).
 - Fléchisseurs accessoires : le fléchisseur radial du carpe et le rond pronateur.
- Muscles extenseurs
 - Triceps brachial (un chef long sur le tubercule sous-glenoïdien et deux chefs (latéral et médial) sur la face postérieure humérale jusqu'à l'olécrane).
 - Anconé (épicondyle latéral jusqu'à la portion latérale de l'olécrane).
 - Extenseurs accessoires : les long et court extenseurs du carpe, extenseur commun des doigts et extenseur ulnaire du carpe.
- Muscles supinateurs (= rotation externe)
 - Biceps brachial.
 - Brachio-radial.
 - Supinateur.
- Muscles pronateurs (= rotation interne)
 - Rond pronateur.
 - Fléchisseur radial du carpe.
 - Carré pronateur, qui n'est pas stricto sensu un muscle du coude puisqu'il s'insère à la face antérieure des parties distales du radius et de l'ulna.

1.2.1.4 - Structures nerveuses

Les dermatomes sont longitudinaux au membre supérieur et sont issus des racines C6 à T1. Les myotomes intéressant le coude sont principalement :

- C6 = brachial, biceps brachial, brachio-radial et supinateur (réflexe brachio-radial),
- C7 = triceps brachial, rond pronateur, anconé (réflexe triceps radial).



- Nerf musculo-cutané

Issu de C5 et C6, il innerve les muscles brachiaux et biceps brachiaux (flexion et supination), et la sensibilité de la partie latérale de l'avant-bras.

- Nerfs cutanés médiaux du bras et de l'avant-bras

Purement sensitifs, ils sont issus de C8 et T1 et innervent la partie médiale et antérieure du bras et de l'avant-bras.

- Nerf radial

Constitué de fibres de C5 à T1, il a un trajet postérieur et se divise au coude en une branche profonde principalement motrice et une branche superficielle purement sensitive. Toujours au coude, le nerf radial passe par des sites potentiels de compression : d'abord par le tunnel radial (brachio-radial en avant, supinateur en arrière, long et court extenseur radial du carpe latéralement), puis par l'arcade de Frohse (à sa sortie de traversée du muscle supinateur). Il innerve les muscles extenseurs du coude et supinateur.

À noter que l'innervation de ce dernier est assurée par C6, ce qui permet de différencier une atteinte radiculaire C7 d'une atteinte radiale. Enfin, le territoire sensitif comprend la face postero-externe du coude jusqu'à la face postérieure de l'avant-bras et des 3 premiers doigts.

- Nerf ulnaire

Constitué de fibres de C7 à T1, il a un trajet médial à l'humérus et à l'ulna et passe au coude dans une gouttière formée par l'épicondyle médiale, qui se continue par les chefs du fléchisseur ulnaire du carpe. Il innerve, au coude en partie, la capsule articulaire et, pour la main, les muscles assurant les mouvements fins des doigts et la sensibilité des deux derniers doigts.

- Nerf médian

Constitué de fibres de C5 à T1, il a un trajet antérieur au bras et, au coude, accompagne l'artère brachiale. Il passe ensuite entre les deux chefs du rond pronateur où il peut être comprimé. Il innerve

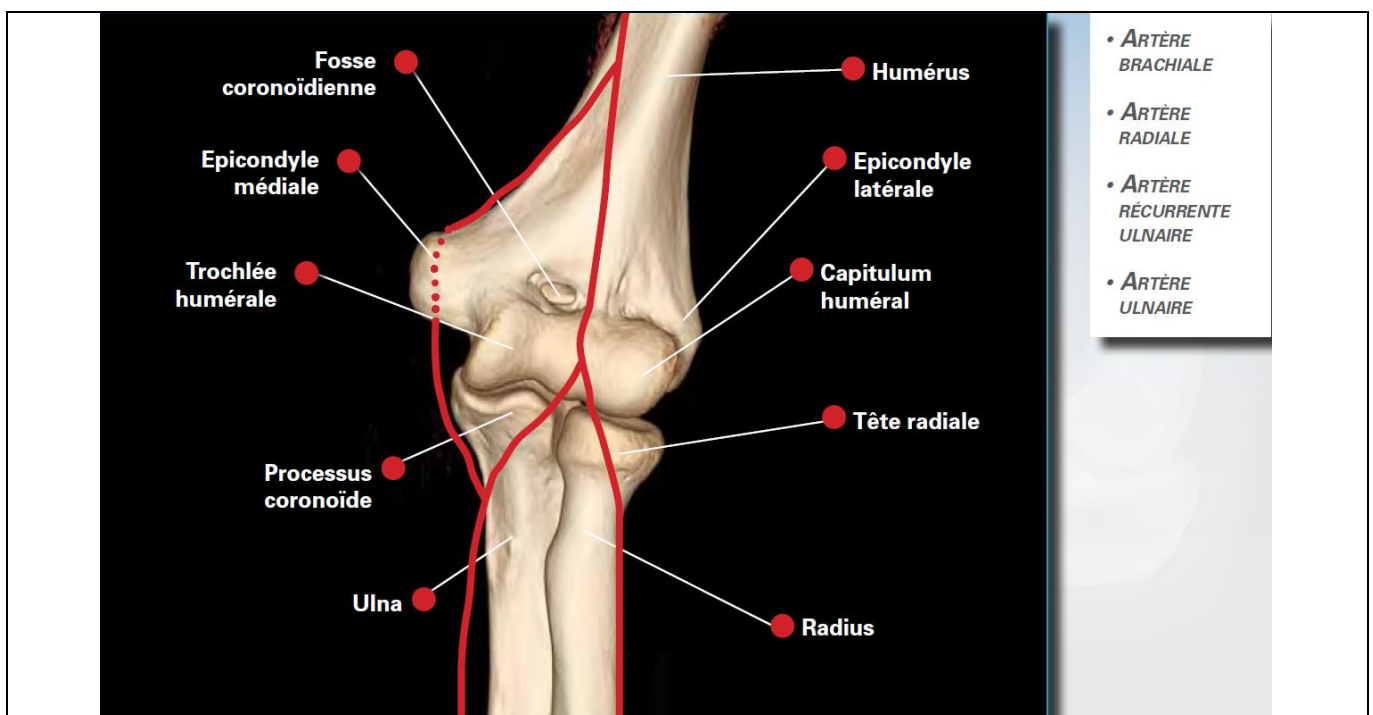
une partie de la capsule articulaire du coude et pour la main, assure la flexion pronation, la pince pouce-doigt et la essentiellement la sensibilité de la face palmaire des trois premiers doigts.

Nerf	Racine	Muscle impliqué	Mobilité coude
Musculo-cutané	C5 C6 (C7)	Brachial (<i>brachialis</i>)	Flexion
	C5 C6	Biceps brachial (<i>biceps brachii</i>)	Flexion, supination
Radial	C5 C6 (C7)	Brachio-radial (<i>brachio radialis</i>)	Flexion
	C6 C7 C8	Triceps (<i>triceps</i>)	Extension
	C7 C8 T1	Anconé (<i>anconeus</i>)	Extension
Radial (N interosseux post)	C5 C6	Supinateur (<i>supinator</i>)	Supination
Ulnaire	C7 C8	Fléchisseur ulnaire du carpe (<i>flexor carpi ulnaris</i>)	Flexion
Médian	C6 C7	Rond pronateur (<i>pronator teres</i>)	Flexion, pronation
	C6 C7	Fléchisseur radial du carpe (<i>flexor carpi radialis</i>)	Pronation
Médian (N interosseux ant)	C8 T1	Carré pronateur (<i>pronator quadratus</i>)	

1.2.1.4 - Structures vasculaires

Il existe un riche réseau anastomotique issu de l'artère brachiale. Cette dernière, issue au creux axillaire de l'artère éponyme, se divise en artère ulnaire et artère radiale avec plusieurs variantes : le plus souvent, la division survient sous l'articulation du coude, mais elle se fait dans 10 % des cas à la partie toute proximale de l'humérus.

Au coude, l'artère brachiale circule dans un paquet vasculo-nerveux avec le nerf médian. Elle est entourée en arrière par le muscle brachial, en dedans par le muscle rond pronateur, en dehors et en avant par le muscle biceps brachial et son aponévrose.



1.2.2 – Analyse fonctionnelle

L'anatomie du coude permet deux axes principaux de mobilité :

- Flexion-extension, assurée par les articulations huméro-radiale et ulnaire et les muscles fléchisseurs et extenseurs,
- Prono-supination, assurée, au coude par la radio-ulnaire proximale et au poignet par la radio-ulnaire distale et les muscles pronateurs et supinateurs.

La stabilité articulaire et la mobilité sont assurées par l'ensemble des structures précédemment citées.

- L'extension est quasiment nulle (0 à 10°) lorsque l'on part de la position anatomique ; elle est limitée par l'olécrane et la structure capsulo-ligamentaire.
- La flexion active (140 à 150°) est limitée par les masses musculaires principalement et secondairement par le processus coronoïde et la structure capsulo-ligamentaire. L'amplitude fonctionnelle utile est comprise entre 30 et 130°.
- La prono-supination est un mouvement de rotation de l'avant-bras pour lequel la tête radiale roule dans l'incisure radiale de l'ulna. Parallèlement, le radius s'enroule autour de l'ulna, qui est fixe si le membre supérieur est en extension et mobile s'il est en flexion à 90°. Dans ce dernier cas et si le coude est bloqué, l'amplitude est de 170°. L'amplitude fonctionnelle est limitée à 100° (50° pour chacune des mobilités).

Pour mieux comprendre

L'extrémité distale de l'humérus s'évase. On décrit deux piliers ou colonnes qui entourent les surfaces articulaires avec l'ulna (la trochlée) et avec le radius (le capitulum). Ces surfaces articulaires sont déjetées vers l'avant pour permettre la flexion complète du coude. Sans cette projection antérieure, l'avant-bras ne pourrait pas se mettre en face du bras, les muscles bloquant le mouvement par leur volume. L'ulna présente lui deux crochets, antérieur (la coronoïde) et postérieur (l'olécrane) qui viennent entourer la surface trochléenne. La surface articulaire de l'ulna est orientée de 30° de vers l'arrière, là encore pour permettre un mouvement complet de flexion-extension. Enfin l'ulna présente une angulation en valgus de 4°. Ces particularités anatomiques expliquent qu'à l'inspection, bras étendu, l'avant-bras est en valgus par rapport au bras. Cet angle d'inclinaison, physiologique, visible chez tous les individus seulement en extension du coude, est plus marqué en général chez les sujets féminins. Cette orientation a pour but d'éloigner l'avant-bras du corps pour faciliter les mouvements. Il disparaît lors de la flexion du coude, la main se rapprochant du corps.



1.3 – Mobilisation

Elle se fait en position assise, l'examineur empaume le coude examiné et guide les mouvements avec le poignet en actif et en passif. Les amplitudes sont comparées au côté controlatéral s'il est normal. La perte d'extension est souvent un signe de pathologie intra-articulaire. La prono-supination s'étudie coude fléchi à 90° pour éviter toute participation de



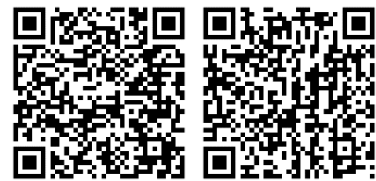
l'épaule. Toute dissociation entre mobilité active et passive est évocatrice de lésions abarticulaires (rupture tendineuse, ligamentaire...).

Il faut également rechercher des mobilités anormales de type valgus ou varus qui peuvent révéler une rupture de structure capsulo-ligamentaire : classiquement, la lésion du ligament latéral interne (suite à une « clé de bras ») sera objectivée par une douleur en valgus forcé et en extension-supination.

Ces mouvements peuvent également permettre de réaliser une sorte de test de compression intra-articulaire (un peu comme le *grinding test* au genou) : une douleur ou craquement ainsi induit fait évoquer la présence d'un corps intra-articulaire de type chondrome.

I.4 – Examen tendino-musculaire

Il doit être analytique et nécessite donc une bonne connaissance anatomique. Un ou des déficits moteurs doivent être recherchés afin de constituer, s'il y a lieu, un syndrome radiculaire, plexique, tronculaire ou une atteinte musculaire isolée. Les atteintes tendineuses doivent être recherchées selon trois points sémiologiques : douleurs d'insertion, douleur à la contraction contrariée et à l'étirement passif.



Par exemple, en cas d'épicondylalgie latérale (tennis elbow), il existe :

- une douleur à la palpation de l'épicondyle latéral,
- reproduite à l'extension contrariée du poignet,
- et à l'étirement, coude en extension, pronation et main fléchie.

À l'inverse, les épicondylalgies médiales (ou épitrochléalgie) correspondent souvent à une atteinte des muscles fléchisseurs de la main et du poignet. Il faut donc rechercher une douleur :

- à la flexion contrariée,
- et à l'extension (supination et extension coude, poignet et doigt).

On peut également objectiver une rupture du triceps radial avec la manœuvre modifiée de Thompson : passivement, on tient l'épaule en abduction 90° et en rotation interne, le coude est pendant et on réalise une pression de la masse musculaire tricipitale ; s'il y a rupture, l'avant-bras ne présente pas d'extension induite.

I.5 – Examen neurologique

Il comprend la recherche de troubles moteurs, sensitifs, et des réflexes ostéo-tendineux.

II – EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES

II.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.2 – Examens morphologiques - Imageries

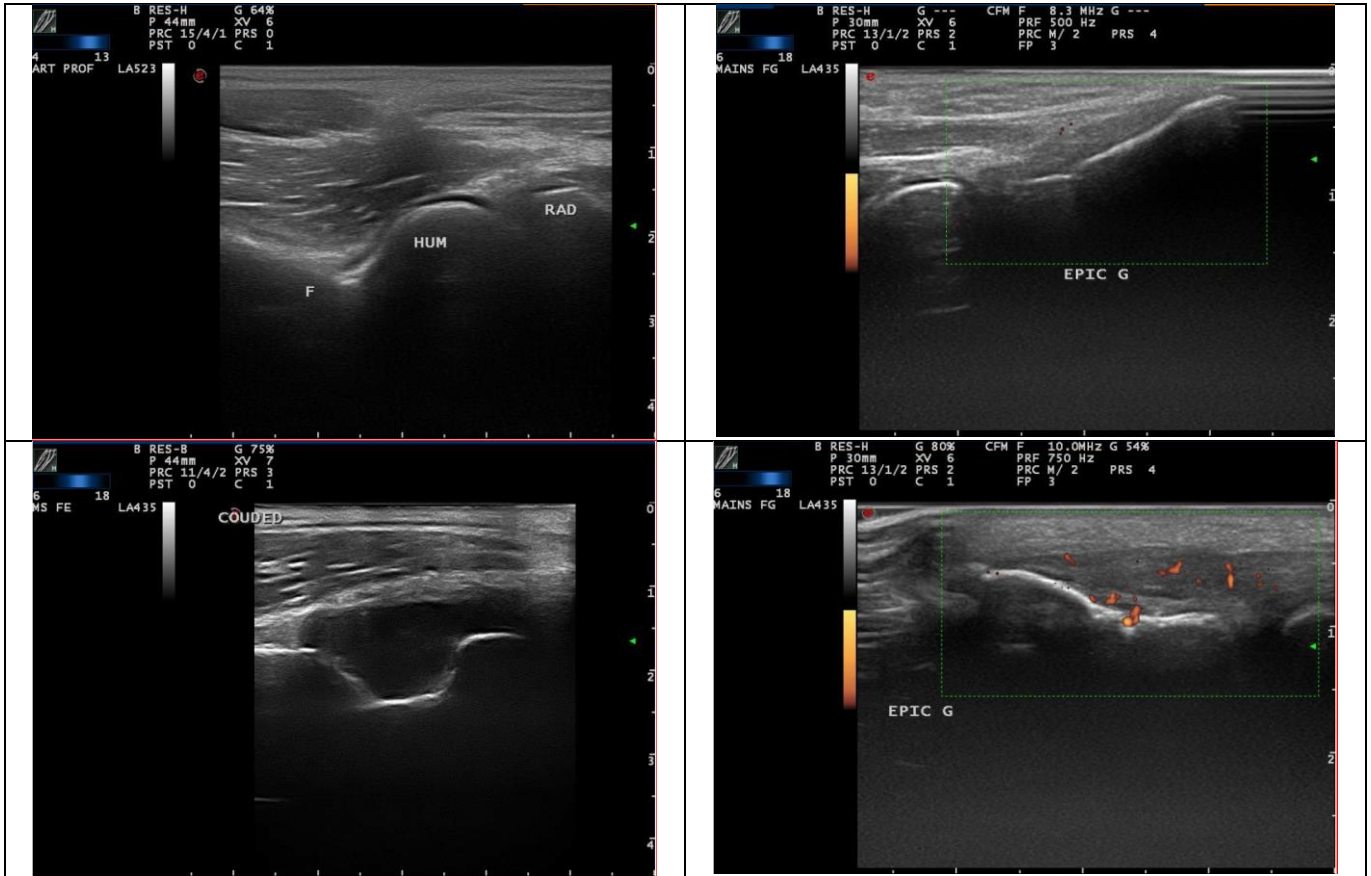
II.2.1 - Radiographies standard

L'exploration radiologique de la pathologie articulaire repose sur la radiographie standard (face et profil).



II.2.2 - Échographie

L'échographie a pour intérêt l'analyse des structures synoviales et tendineuses en cas de doute clinique.



II.3 Ponction de l'articulation ou d'une bourse séreuse

La présence d'un épanchement articulaire ou d'une bursite impose une ponction afin de rechercher une origine infectieuse (qui constitue une urgence médicale) et une éventuelle étiologie (mise en évidence de microcristaux qui signent une arthropathie microcristalline).

III - SYMPTOMES & SYNDROMES

III.1 – Arthrite

Classiquement, le patient présente une douleur inflammatoire avec un coude fléchi à 90° et peu mobilisable. On retrouve une zone rénitente, rouge et douloureuse sous la tête radiale. La démarche diagnostique est commune à des arthrites d'autres localisations.

En présence d'une monoarthrite, il faut éliminer de principe une arthrite infectieuse.

Les autres diagnostics sont moins urgents : rhumatisme microcristallin, rhumatisme inflammatoire, hémarthrose, etc. Les radiographies permettent d'objectiver des signes d'arthrite à la phase d'état (pincement diffus, érosions...) ; elles sont souvent normales au début.

III.2 – Arthrose

Le patient présente une douleur mécanique avec diminution de la mobilité. Le coude n'est pas une localisation classique. Il faut rechercher à l'interrogatoire un antécédent de traumatisme ou des facteurs de risque professionnels (marteau-piqueur...) et des signes en faveur d'une cause secondaire (chondrocalcinose, chondrome, etc.).

Les radiographies permettent d'objectiver un pincement plus localisé, une condensation sous-chondrale, des géodes et des ostéophytes.

III.3 – Bursite

Tuméfaction inflammatoire avec mobilité du coude conservée, sauf en extension poussée où la douleur peut être accentuée. La démarche diagnostique est identique à celle de l'arthrite, notamment dans la recherche d'une cause infectieuse en priorité.

La bursite peut devenir chronique en particulier dans la goutte au cours de laquelle l'acide urique peut s'organiser en concrétions ou tophus.



III.4 – Épicondylite latérale (tennis elbow)

Tendinopathie des muscles extenseurs du poignet. Il existe souvent un contexte sportif (tennis, escrime, etc.) ou professionnel (secrétaire...).

À l'examen, on trouve une douleur d'insertion, à l'extension contrariée du poignet et à l'étirement passif (coude étendu et en pronation, flexion du poignet).

III.5 – Épicondylite médiale (épitrochléalgie ou golfer elbow)

Tendinopathie des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts. Il existe ici aussi souvent un contexte sportif (escalade, golf, etc.) ou professionnel (caissières...).

Douleur d'insertion, à l'appui de la pulpe des doigts (avant-bras posé en pronation sur un plan).

III.6 – Compression radiale dans le tunnel radial

Douleur face latérale du coude pouvant se confondre sémiologiquement avec une épicondylite d'autant qu'il n'y a pas de déficit moteur. L'examen permettant de faire la différence est la supination contrariée qui reproduit la symptomatologie.

III.7 – La luxation du coude

Elle survient après une chute sur la main. Le mécanisme habituel est une rotation externe de l'avant-bras autour de l'humérus ce qui explique que les lésions ligamentaires touchent toujours le plan externe, et souvent (mais pas toujours) le plan interne.

La sémiologie pathologique associera :

- Une douleur, intense, située autour du coude
- Une impotence fonctionnelle, totale ; le sujet ne peut plus bouger le coude et soutient son avant-bras avec l'autre main (attitude des traumatisés du membre supérieur)
- A l'inspection le coude est déformé. De face il est élargi, de profil, l'olécrane fait saillie en arrière et l'avant-bras paraît raccourci.
- A la palpation, on palpe la saillie de l'olécrane qui pointe sous la peau. Les repères osseux (épitrochlée, épicondyle et olécrane) ne sont plus sur la même ligne. La douleur est telle et la déformation tellement évidente que l'examen clinique du coude s'arrête ici. Par contre, il faut rechercher une souffrance vasculaire (palpation du pouls radial) ou nerveuse (territoire du médian et du nerf ulnaire). On ne teste que la sensibilité en pratique car tous les mouvements sont douloureux.



III.8 – La rupture du tendon distal du biceps

Elle survient chez l'homme (presqu'exclusivement) après la quarantaine. Après un effort violent de soulèvement ou en retenant quelque chose de lourd (flexion et supination contrariées) le patient a ressenti un claquement brutal et douloureux au coude. L'impotence est modérée.

A l'inspection, on remarque, de face, un œdème du pli du coude et surtout l'ascension du corps du biceps qui est « remonté » dans le bras. Une ecchymose autour de la face antérieure du coude apparaît dès la 24^{ème} heure. À la palpation, le tendon du biceps, (normalement immédiatement sous-cutané) n'est plus palpable et a disparu (il s'insère sur la tubérosité du radius). On palpe parfois encore son expansion médiale (lacertus fibrosus) qui peut faire croire à une rupture incomplète. Un testing musculaire retrouve une perte de force notable (à cause de la douleur) en flexion et supination.

Si on est un très fin sémiologiste, on remarquera parfois une irritation dans le territoire du nerf cutané latéral antébrachial qui émerge, au coude, un cm en dehors du biceps et peut être irrité dans les ruptures de son tendon.



Difficile de ne pas remarquer l'ascension spectaculaire du corps musculaire dans cette rupture de l'insertion distale du biceps

III.9 – La fracture de la tête radiale

Elle s'observe après une chute sur la main, l'avant-bras en pronosupination neutre ou légère supination. La tête radiale vient buter contre le capitulum, comme une noix prise entre les mors d'un casse-noix dont les bras sont l'avant-bras et le bras, et l'axe le ligament collatéral médial (qui est donc souvent distendu dans les fractures complexes, ce qui a des incidences sur les indications chirurgicales).

La douleur est toujours présente, elle se projette à la face externe du coude. L'impotence fonctionnelle est variable, mais les mouvements de flexion-extension ou de pronosupination sont douloureux.

A l'inspection, il n'existe pas de déformation. On note parfois un bombement au bord externe du coude (dans le triangle de Nélaton) traduisant l'épanchement articulaire (hémarthrose).

La palpation retrouve une douleur sur la tête radiale et l'épanchement déjà signalé. Les repères osseux du coude sont en place. La mobilisation douce de l'articulation est habituellement possible ce qui permet de confirmer qu'il n'y a pas de luxation.

Il existe parfois une douleur au bord médial, sous l'épitrôchlée ce qui fait envisager le diagnostic associé de lésion du ligament collatéral médial. L'ecchymose, quand elle apparaît, est de petite taille, centrée sur le bord externe du coude.

Le diagnostic repose sur la radiographie (et parfois le scanner) car il n'y a pas d'autres signes cliniques.



Fracture de la tête radiale visible sur une radiographie de coude de profil. Homme de 55 ans, chute sur le verglas, sur la main, coude en extension.

III.10 – Compression du nerf ulnaire au coude

Syndrome canalaire correspondant à une compression du nerf ulnaire lors de son passage dans la gouttière épitrôchléo-olécrânienne (située en arrière de l'épicondyle médial, en médial de l'olécrâne et fermée par à son plafond par le ligament épitrôchléo-olécrânien.) Cet espace parfois serré peut comprimer le nerf (qui devra être libéré chirurgicalement dans certains cas d'atteinte sévère) ; les signes cliniques seront pour la plupart situés en distal à la main.

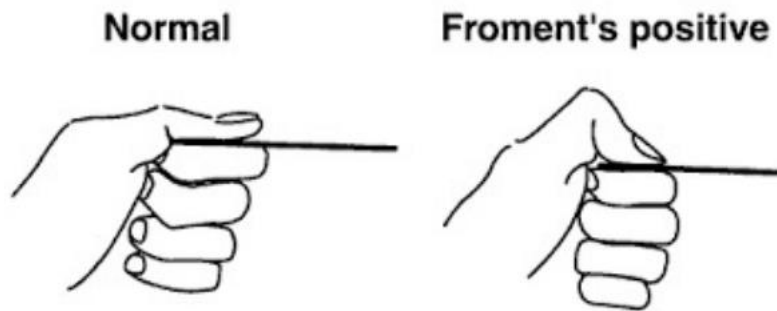
Les signes cliniques sont les suivants

-Acroparesthésies du 4^e et du 5^e doigts de la main (nocturnes ou permanentes) pouvant aussi être déclenchées par la percussion du nerf dans son canal = signe de Tinel positif)

-Hypoesthésie voire douleurs du 4^e et du 5^e doigts de la main

-Perte de force en flexion des 4^e et 5^e doigts de la main

-Signe de Froment : faiblesse de l'adducteur du pouce ; le patient est obligé de compenser en fléchissant la dernière phalange du pouce lorsqu'il saisit une feuille



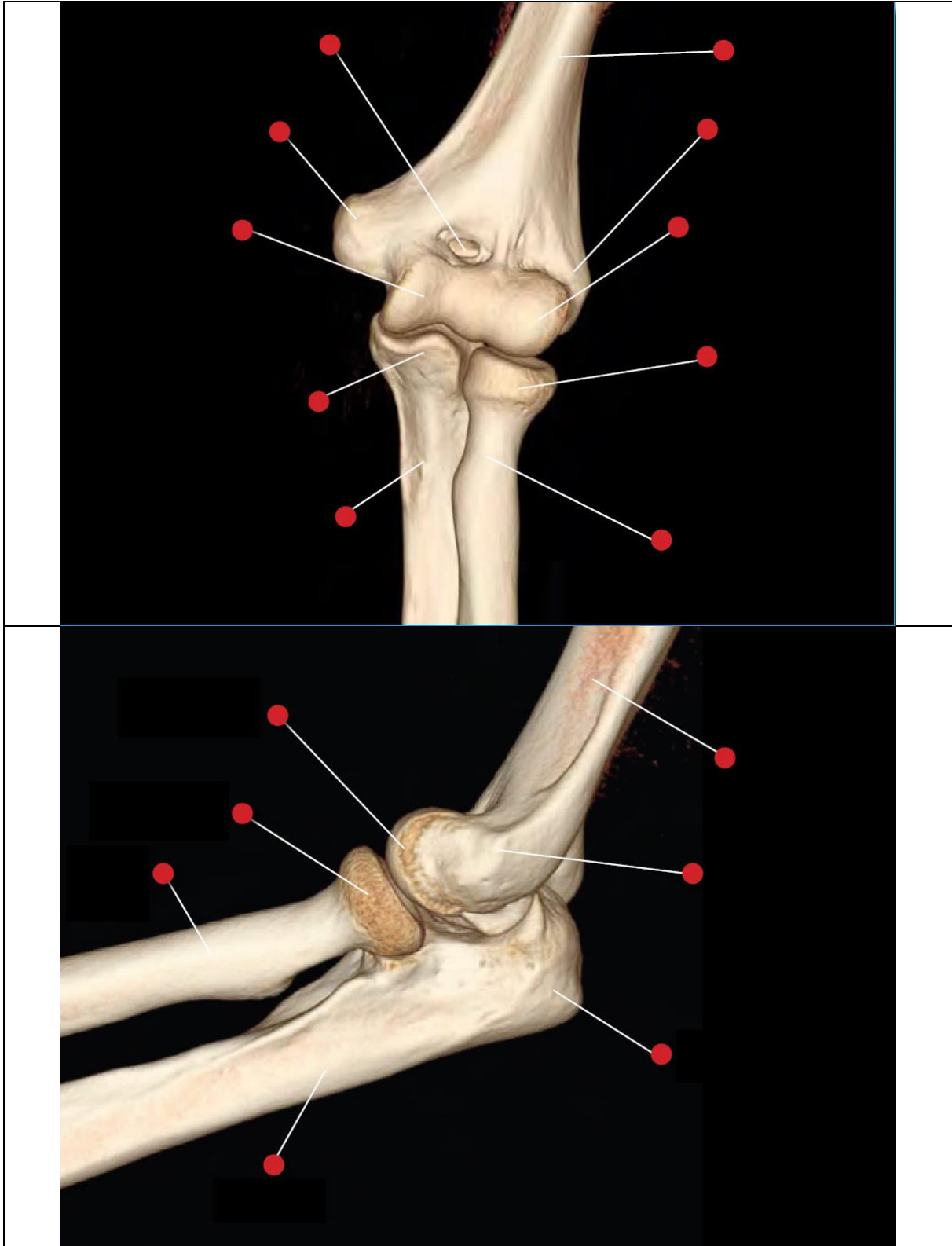
- paralysie progressive et amyotrophie des muscles intrinsèques de la main dans les cas sévères
- Griffe ulnaire dans les cas sévères (paralysies des muscles intrinsèques de la main)



L'examen de référence est l'électroneuromyogramme (ENMG) qui permet de localiser précisément la zone de compression ainsi que son degré de sévérité.

AUTO-EVALUATION

I - Nommez les repères anatomiques cliniques sur les 2 images ci-dessous



QROC et QCM

1 – Citer l'(les) articulation(s) se composent le coude ?

.....

2 – Quelle(s) action(s) ont les muscles supinateurs du coude ?

- A – L'extension
- B – La rotation externe
- C – La rotation interne

3 – Parmi ces muscles, lequel (lesquels) n'est (ne sont) pas des muscles pronateurs du coude

- A – Fléchisseur radial du carpe
- B – Biceps brachial
- C – Carré pronateur

4 – Au coude, l'artère brachiale circule avec :

- A – Le nerf médian
- B – Le nerf radial
- C – Le nerf ulnaire

5 – Le triceps brachial relève du myotome :

- A – C6
- B – C7
- C – T1

6 – Qu'est-ce qui distingue cliniquement une atteinte radiale d'une atteinte C7 ?

- A – L'atteinte du muscle supinateur
- B – L'atteinte de l'extenseur du carpe
- C – L'atteinte du fléchisseur ulnaire du carpe

7 – Quel(s) item(s) caractérise(nt) le nerf médian ?

- A – Trajet antérieur au bras et au coude
- B – Passage dans la gouttière épicondylienne médiale
- C – Passage entre les 2 chefs du rond pronateur

8 – Les repères anatomiques cliniques d'un épanchement du coude sont :

- A – La tête radiale
- B – Le bord latéral de l'olécrâne
- C – L'épicondyle latéral

9 – La lésion classiquement entraînée par une « clé de bras » intéresse :

- A – Le triceps radial
- B – Le ligament latéral interne
- C – L'épicondyle

10 – Qu'allez-vous évoquer en 1^{ère} intention devant un tableau de monoarthrite du coude ?

- A – Une hémarthrose
- B – Une bursite aiguë
- C – Une infection

11 – Qu'évoquez-vous devant cette image ?

- A- Bursite olécrânienne
- B – Hémarthrose
- C – Fracture du coude

1 : 3 articulations : radio-ulnaire, huméro-radiale, huméro-ulnaire – 2 : B – 3 : C – 4 : A – 5 : B – 6 : A – 7 : AC – 8 : ABC – 9 : B – 10 : C -